

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DE TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

E QUANDO A DEPENDÊNCIA CHEGAR?
UM ESTUDO DAS ORGANIZAÇÕES DISPONÍVEIS PARA
IDOSOS EM UMA CIDADE MÉDIA DO INTERIOR
PAULISTA

VANIA APARECIDA GURIAN VAROTO

SÃO CARLOS - SP
2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DE TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

E QUANDO A DEPENDÊNCIA CHEGAR?
UM ESTUDO DAS ORGANIZAÇÕES DISPONÍVEIS PARA
IDOSOS EM UMA CIDADE MÉDIA DO INTERIOR
PAULISTA

VANIA APARECIDA GURIAN VAROTO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Engenharia de Produção.

Orientador: Prof. Dr. Oswaldo Mário Serra Truzzi
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Sofia Cristina Iost Pavarini
Agências Financiadoras: FAPESP
CAPES

SÃO CARLOS - SP
2005

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária/UFSCar**

V324qd

Varoto, Vania Aparecida Gurian.

E quando a dependência chegar? Um estudo das organizações disponíveis para idosos em uma cidade média no interior paulista / Vania Aparecida Gurian Varoto. -- São Carlos : UFSCar, 2005.

194 p.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2005.

1. Comportamento organizacional. 2. Organização para idosos. 3. Serviços para idosos. 4. Dependência. 5. Velhice. 6. Suporte formal e informal para idosos. I. Título.

CDD: 658.1 (20^a)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Ciências Exatas e de Tecnologia
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
Rod. Washington Luís, Km. 235 - Caixa Postal 676
CEP. 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil
Fônes: (016) 3351-8238 - (ramal 232)
Fax: (016) 3351-8238 (r. 232)
E-mail: ppgep@dep.ufscar.br

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: VANIA APARECIDA GURIAN VAROTO

TESE DE DOUTORADO DEFENDIDA E APROVADA EM 27/04/2005
PELA COMISSÃO JULGADORA:

PROF. DR. OSWALDO MÁRIO SERRA TRUZZI
(Orientador - PPGE/UFSCar)

PROF. DR. JOÃO ALBERTO CAMAROTTO
(PPGE/UFSCar)

PROF. DR. SOFIA CRISTINA IOST PAVARINI
(DEnf/UFSCar)

PROF. DR. ADRIANA SPARENBERG OLIVEIRA
(FMRP/USP)

PROF. DR. JÚLIO CÉSAR DONADONE
(PPGE/UFSCar)

PROF. DR. MARIA AUXILIADORA CURSINO FERRARI
(TO-Fac.Medicina/USP)

Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Prof. Dr. Dário Henrique Alliprandini

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Oswaldo Mário Serra Truzzi (orientador-PPGEP/UFSCar)
Prof^a Dr^a Sofia Cristina Iost Pavarini (co-orientadora-DEnf/UFSCar)
Prof. Dr. João Alberto Camarotto (PPGEP/UFSCar)
Prof. Dr. Júlio César Donadone (PPGEP/UFSCar)
Prof^a Dr^a Maria Auxiliadora Cursino Ferrari (TO-Fac.Medicina/USP)
Prof^a Dr^a Adriana Sparenberg Oliveira (FMRP-USP-TO)

Ao meu marido, companheiro, amigo, Κυκο. À minha filha, Θ λια, e aos meus filhos Λυχασ e Πεδρο, que me acompanham em todos os meus sonhos.

"Sem sonhos, a vida não tem brilho. Sem metas, os sonhos não têm alicerces. Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais. Sonhe, trace metas, estabeleça prioridades e corra riscos para executar seus sonhos. Melhor é errar por tentar do que errar por se omitir! Não tenha medo dos tropeços da jornada. Não se esqueça de que você, ainda que incompleto, foi o maior aventureiro da História (sua)".

Augusto Cury

Agradecimentos

Contribuições de diferentes dimensões compuseram este trabalho para que fosse finalizado. Agradeço a todos que acompanharam e apoiaram este desafio.

Aos meus orientadores, Prof. Oswaldo e Prof^a Sofia, pela dedicação, apoio, competência profissional e incentivo ao longo deste trabalho.

Um obrigado “muuuuito” especial a Prof^a Sofia. Além da competência profissional inquestionável, é pessoa amiga, sincera e “do bem”. Pessoa especial e admirável!

À Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoas em Nível Superior-CAPES, que financiou parte desta pesquisa.

À Fundação de Auxílio à Pesquisa do Estado de São Paulo-FAPESP, pelo apoio e financiamento de grande parte desta pesquisa e da disponibilidade de recursos para a viagem de estágio no exterior, em Blacksburg-VI, EUA, que possibilitou aprofundar o tema de estudo.

Aos dirigentes, profissionais e idosos das organizações que fizeram parte deste trabalho, que, com atenção e disponibilidade, dividiram suas experiências cotidianas, e em especial, aos idosos e familiares, que abriram suas portas permitindo conhecer um pouco sobre suas vidas.

Aos funcionários, professores, alunos e amigos com quem compartilhei momentos proveitosos nesses anos. Dentre eles, os dos Departamentos de Engenharia de Produção, Enfermagem, Psicologia, Ciências Sociais, Terapia Ocupacional, todos da UFSCar. Também, dos Departamentos de Educação-Pós-Graduação em Gerontologia da UNICAMP. Todos me proporcionaram a oportunidade de aprender, discutir e dividir novas experiências e conhecimentos.

Ao Virginia Tech-Gerontology Center em Blacksburg-Virginia, e ao Adult Day Care Services-Heartland Senior Center, em Ames-Iowa, nos EUA, que me receberam tão cordialmente para o estágio no exterior.

A meus familiares que sempre estiveram ao meu lado em todos novos desafios a que me propus.

A todos os membros do grupo de pesquisa Saúde e Envelhecimento-Centro de Orientação ao Idoso e seu Cuidador-COIC, da UFSCar, que me

impulsionaram ao desafio deste trabalho, assim como estiveram sempre ao meu lado em todos os momentos. Em especial, Sofia, Lisa e Marisa.

A todos vocês, deixo uma mensagem de Augusto Cury, do livro *Você é Insubstituível*. Afinal, *vocês* foram insubstituíveis para que esta etapa fosse completada.

“Aplique a técnica do DCD (duvide, critique e determine). Duvide de tudo aquilo que controla sua emoção e conspira contra sua vida. Critique cada pensamento negativo. Critique a passividade do “eu”. Critique seu conformismo e reflita sobre as causas de seus conflitos. Determine ser alegre, seguro, feliz. Dê um choque de lucidez em sua emoção, archive novas experiências! Seja autor e não vítima de sua história”.

OBRIGADA!

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO.....	19
1 Motivação e Laços Institucionais.....	19
2 Contexto da Pesquisa.....	21
3 Pressupostos do Trabalho e Objetivos.....	24

PARTE I

CAPÍTULO 1

CONTEXTUALIZANDO O ENVELHECIMENTO.....	28
1.1 O Idoso no Mundo Ocidental.....	34
1.2 As Organizações Existentes para Idosos e as Novas Perspectivas.....	44

CAPÍTULO 2

O MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS E AS ORGANIZAÇÕES DISPONÍVEIS DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO IDOSA.....	70
2.1 O Contexto Municipal.....	70
2.2 As Organizações Disponíveis.....	72
2.3 Caracterização das Organizações.....	81
2.3.1 Moradia.....	81
2.3.2 Cultura, lazer, esporte, educação e social.....	92
2.3.3 Saúde.....	109
2.3.4 Suporte/encaminhamento.....	120

PARTE II

CAPÍTULO 3

CONTEXTUALIZANDO A DEPENDÊNCIA NA VELHICE.....	126
3.1 Dependência, Independência, Autonomia e o Suporte ao Idoso Fragilizado.....	126
3.2 Um Olhar para os Egressos de Grupos da Terceira Idade.....	134
3.3 Ouvindo os Idosos e seus Familiares: Procedimentos de Coleta e de Análise de Dados.....	140

CAPÍTULO 4

E QUANDO A DEPENDÊNCIA CHEGA? A DOENÇA, A DEPENDÊNCIA E O SUPORTE SOCIAL.....	144
4.1 A Dependência na Velhice.....	144
4.2 A Rede de Suporte Formal e Informal Quando a Dependência se Instala.....	164
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	178
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	184
ANEXOS.....	195

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1.1. Legislação sobre alternativas de atendimento para idosos.	57
QUADRO 1.2 Características das organizações da categoria <i>moradia</i> , segundo relato de um representante e/ou dirigente.....	82
QUADRO 1.3 História das organizações da categoria <i>moradia</i> , segundo relato de um representante e/ou dirigente.....	84
QUADRO 1.4 Panorama geral do perfil do representante e/ou dirigente da organização entrevistado da categoria <i>moradia</i>	88
QUADRO 1.5 Panorama geral dos moradores das organizações da categoria <i>moradia</i> , segundo relato de um representante e/ou dirigente.....	90
QUADRO 1.6 Características das organizações/grupos da categoria <i>cultura, lazer, esporte, educação e social</i> , segundo relato de um representante e/ou dirigente.....	93
QUADRO 1.7 Número de organizações encontradas na categoria <i>cultura</i> , <i>lazer, esporte, educação e social</i> , e quantidade de suas respectivas unidades.....	94
QUADRO 1.8 História das organizações/grupos da categoria <i>cultura</i> , <i>lazer, esporte, educação e social</i> , segundo relato de um representante e/ou dirigente.....	97
QUADRO 1.9 Panorama geral do perfil do representante e/ou dirigente da organização/grupo entrevistado da categoria <i>cultura</i> , <i>lazer, esporte, educação e sócia</i>	101
QUADRO 1.10 Panorama geral dos usuários/participantes das organizações da categoria <i>cultura, lazer, esporte</i> , <i>educação e social</i> , segundo relato de um representante e/ou dirigente.....	106
QUADRO 1.11 Características das organizações da categoria <i>saúde</i> , segundo relato de um representante e/ou dirigente.....	110

QUADRO 1.12	História das organizações da categoria <i>saúde</i> , segundo relato de um representante e/ou dirigente.....	112
QUADRO 1.13	Panorama geral do perfil do representante e/ou dirigente da organização/grupo entrevistado da categoria <i>saúde</i>	115
QUADRO 1.14	Panorama geral dos usuários das organizações da categoria <i>saúde</i> , segundo relato de um representante e/ou dirigente.....	117
QUADRO 1.15	Número de vagas disponíveis e preenchidas dos programas/grupos visitados e número de egressos segundo gênero e aqueles com 60 anos e mais.....	137
QUADRO 1.16	Motivos pelos quais as pessoas pararam de frequentar os programas, segundo entrevistas com os dirigentes/coordenadores, usuários e registros das organizações.....	138

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 2.1 Pirâmide etária absoluta do Brasil no ano de 1990.....	36
FIGURA 2.2 Projeção da pirâmide etária absoluta do Brasil para o ano de 2005.....	36
FIGURA 2.3 Projeção da pirâmide etária absoluta do Brasil para o ano de 2050.....	37

LISTA DE TABELAS

TABELA 3.1 Distribuição aproximada da faixa etária em São Carlos.....	71
TABELA 3.2 Número de organizações de cada categoria e número das visitadas.....	76

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I Roteiro para entrevista com um representante de uma organização/grupo para idosos.....	195
ANEXO II Autorização.....	198
ANEXO III Folder: Recursos Existentes para Idosos no Município de São Carlos.....	199
ANEXO IV Ofício de encaminhamento de material de divulgação dos recursos existentes para idosos em São Carlos ao Conselho Municipal do Idoso.....	201
ANEXO V Idosos na organização que já freqüentaram, mas que não freqüentam mais.....	202
ANEXO VI Entrevista com o idoso.....	203
ANEXO VII Entrevista com um membro da família.....	205
ANEXO VIII Escala de Atividades de Vida Diárias e Básicas Instrumentais de “OARS”.....	207
ANEXO IX Mini-Exame do Estado Mental-MEEM.....	212

LISTA DE SIGLAS

- ✓ ABVDs – Atividades básicas da vida diária
- ✓ ADC – Adult Day Care Center
- ✓ ADS – Adult Day Service
- ✓ AIVDs – Atividades instrumentais da vida diária
- ✓ AVC – Acidente Vascular Cerebral
- ✓ AVDs – Atividades da vida diária
- ✓ CAPES – Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- ✓ CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- ✓ CCRC – Continuing-Care Retirement Community
- ✓ CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- ✓ COIC – Centro de Orientação ao Idoso e seu Cuidador
- ✓ DA – Doença de Alzheimer
- ✓ DEP – Departamento de Engenharia de Produção
- ✓ DIR – Divisão Regional de Saúde
- ✓ EUA – Estados Unidos da América
- ✓ FAPESP – Fundação e Auxílio à Pesquisa do Estado de São Paulo
- ✓ FESC – Fundação Educacional São Carlos
- ✓ GCI – Grupo de Convivência de Idosos
- ✓ HSS – Heartland Senior Services
- ✓ IA- Iowa
- ✓ IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ✓ ICF – Intermediate Care Facility
- ✓ ILP – Instituições de Longa Permanência
- ✓ ILPI – Instituições de Longa Permanência para Idosos
- ✓ MEEM – Mini-Exame do Estado Mental (Minimal State Examination)
- ✓ NAPES – Núcleo de Atenção e Pesquisa em Saúde
- ✓ NOB – Normas Operacionais Básicas
- ✓ OARS - Olders Americans Research and Services
- ✓ ONU – Organização das Nações Unidas
- ✓ OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

- ✓ PAD – Programa de Atenção Domiciliar
- ✓ PID – Programa de Intervenção Domiciliar
- ✓ PNS – Política Nacional de Saúde
- ✓ PPA – Programa de Preparação para a Aposentadoria
- ✓ PSF – Programa de Saúde da Família
- ✓ SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
- ✓ SEADE – Serviço Estadual de Análise de Dados
- ✓ SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
- ✓ SESC – Serviço Social do Comércio
- ✓ SESI – Serviço Social da Indústria
- ✓ SNF – Skilled Nursing Facility
- ✓ SUS – Sistema Único de Saúde
- ✓ TO – Terapia Ocupacional
- ✓ TV – Televisão
- ✓ UATI – Universidade Aberta da Terceira Idade
- ✓ UBS – Unidade Básica de Saúde
- ✓ UFSCar – Universidade Federal de São Carlos
- ✓ UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas
- ✓ UNIPEM – Unidade Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão da Maturidade
- ✓ USP – Universidade de São Paulo
- ✓ VI - Virginia
- ✓ VT – Virginia Polytechnic Institute and State University
- ✓ VTADS – Virginia Tech Adult Day Services

*Desejo que você, sendo jovem,
não amadureça depressa demais,
e que sendo maduro, não insista em rejuvenescer
e que sendo velho, não se dedique ao desespero.
Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor e
é preciso deixar que eles escorram por entre nós.*

*Estrofe do poema "Desejo"
Victor Hugo (1802-1885)*

RESUMO

Em função do envelhecimento populacional, há no Brasil atualmente uma grande diversidade de serviços e programas para idosos. O objetivo deste trabalho foi analisar a oferta de serviços disponíveis para idosos com alguma dependência de uma cidade do interior paulista. Para identificar essas organizações foi realizado um levantamento junto à Prefeitura Municipal, usando-se a técnica Bola de Neve e uma pesquisa em listas telefônicas, através de palavras-chave. Foram realizadas entrevistas com os dirigentes das organizações encontradas, e as informações foram organizadas e sistematizadas em 4 categorias: moradia (n=6); cultura, lazer, esporte, educação e social (n=27); saúde (n=21) e suporte/encaminhamento (n=1), totalizando 55 organizações de atendimento ao idoso. Foi produzido um *folder* com essas informações, divulgado na comunidade e todo material desse *folder* foi entregue ao Conselho Municipal do Idoso para continuidade da atualização e divulgação. A categoria cultura, lazer, esporte, educação e social teve destaque quanto ao número de lugares e das pessoas que participavam. Ela desenvolve atividades que enfatizam a integração social. No entanto, quando as pessoas adoecem e passam a apresentar alguma dependência deixam de freqüentar estes espaços, conhecidos por grupos da terceira idade. Identificar quem eram os desistentes, desses lugares, que adoeceram e a rede de suporte formal e informal utilizada por eles e seus familiares, foram os objetivos seguintes desta pesquisa. Para tanto, foram realizadas entrevistas com os responsáveis dos programas da categoria: cultura, lazer, esporte, educação e social, além de consultas aos registros e entrevistas com usuários, depois de dois anos da primeira entrevista. Os resultados demonstraram que, dos 2183 inscritos, 306 pessoas (14%) deixaram de participar, sendo 211 mulheres (69%) e 95 homens (31%). Desses, 225, eram idosos; 150, mulheres (67%); e 75, homens (33%). A maioria dos coordenadores desconhecia os motivos pelos quais os idosos deixaram de participar, seguido dos motivos “ter ficado doente” (n=42) e “ter morrido” (n=42). Entrevistas em profundidade com os idosos, que deixaram de freqüentar por motivo de doença, e com seus familiares foram realizadas no domicílio dos mesmos. Constatou-se que o agravamento de algumas doenças dificultando principalmente as atividades instrumentais de vida diária foram as que contribuíram para algumas limitações cotidianas, dentre elas, continuarem a participar dos programas. Fatores como, dificuldades financeiras, transporte adaptado e valores culturais, também foram relevantes para a organização da dinâmica familiar dos entrevistados, frente à dependência cotidiana. Verificou-se que a rede de suporte mais utilizada por eles foi à família. Lugares de atendimento na área de saúde também foram utilizados pautados no tratamento de patologias. Novas alternativas de organizações de atendimento a idosos dependentes precisam ser criadas para atender a heterogeneidade de uma população que cresce cada vez mais e que está ficando cada vez mais idosa. Por outro lado, faz-se necessário melhorar o atendimento dos lugares já existentes, focalizando um trabalho integrado, sistematizado, qualificado no sentido de educar a população como um todo frente os desafios do processo do envelhecimento com ou sem dependência.

Palavras-chave: Organizações para idosos. Serviços para idosos. Dependência. Velhice avançada. Suporte formal e informal para idosos.

ABSTRACT

Due to the rapid aging of the Brazilian population, the number of programs for the elderly is increasing. The objectives of this study were to: (a) analyze the organizations that offer services for the elderly, in a city in the state of Sao Paulo, Brazil, and (b) identify the support network used by dependent elderly. In the conduct of this study, all ethical guidelines that apply to studies with humans were followed. The organizations were identified using municipal registers, and others sources as Snow Ball Technique, and interviews were conducted with the head administrators. The organizations were grouped in four categories: long-term care (n=6); culture, leisure, sports, education and social activities (n=27); healthcare (n=21); and referral (n=1), totaling 55 organizations that offer services for the elderly. An advertising folder containing all pertinent information was produced and was it was presented to the Municipal Elderly Council in order to be advertised and upgraded. The greatest numbers of elderly were involved in cultural, leisure, sports, education and social programs, a category that emphasizes activities that promote social integration. However, in a two years period, of the 2183 registered participants, 225 withdrew (150 women and 75 men). To better understand this, interviews were conducted with program directors and service users in the highest use category, along with other documents. The most frequent reasons for withdrawal were illness (n=42) and death (n=42). Thus, in-depth interviews were conducted with elderly people, who withdrew due to illness, and their family members in their home.

It was observed that the aggravating stages of some diseases caused an increased difficulty of instrumental activities on a daily basis contributed to some limitations, and among them the difficulty of continuing participating in the program. Issues like financial difficulties, adapted transportation and cultural values also were relevant to the organization of the family dynamics of interviewed people. It was verified that the most utilized support network by these people was the family. Caring places in the health area were also used in the treatment of the pathologies. New organization alternatives in terms of elderly caring need to be created to attend the population that grows and ages day after day. On the other hand, it is necessary to improve the conditions of existing caring institutions with the focus on team and qualified work in order to educate the population facing the aging process.

Key words: Organizations for elderly people. Services for elderly people. Dependency. Older age. Formal and Informal support for elderly people.

INTRODUÇÃO

1 Motivação e Laços Institucionais

Esta pesquisa nasceu de uma busca curiosa para conhecer e compreender as estruturas organizacionais de atendimento ao idoso. A oportunidade de ter vivido por quase quatro anos e meio nos Estados Unidos da América-EUA, logo após ter concluído a graduação em Terapia Ocupacional-TO (1991) e ter trabalhado por mais de um ano em uma instituição de cuidados diurnos para idosos (ADULT DAY CARE CENTER-ADC, em Ames-Iowa), incentivou-me a continuar pesquisando sobre o assunto quando retornei ao Brasil (1996).

O trabalho desenvolvido no ADC é voltado à pessoa idosa com algum grau de dependência, seja ela física, seja cognitiva e/ou social. As atividades são desenvolvidas diariamente para um grupo heterogêneo de homens e mulheres (em torno de 30 pessoas com 65 anos e mais) no intuito de trabalhar suas potencialidades e habilidades considerando as suas limitações e dificuldades. Neste local, eu pude compreender melhor o desenvolvimento e/ou a manutenção de potencialidades de pessoas diferentes, através da atividade humana cotidiana, pelas pequenas ações cotidianas, em sua maioria despercebidas por nós considerados “normais”.

Durante minha permanência nos EUA, pude conhecer diferentes organizações de atendimento ao idoso, com diferentes formas de atuação de profissionais e funcionários, assim como programas e projetos de suporte e apoio aos idosos e à comunidade. Essas visitas e, principalmente, o meu trabalho no ADC me impulsionaram para, em um primeiro momento, por meio de observações na comunidade, conhecer quais as organizações de atendimento ao idoso em São Carlos. Observei, desapontada, que quase nada havia se modificado desde o ano em que me graduei.

Diante desse quadro, busquei novos aprimoramentos sobre a velhice e o envelhecimento, assim como o curso de especialização em Saúde Coletiva, cuja monografia final foi sobre cuidadores de idosos. Também me envolvi como membro de um Grupo de Pesquisa “Saúde e Envelhecimento”, desde 1999, do Programa Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão na Maturidade-PIPEM, da UFSCar, no Centro de Orientação ao Idoso e seu Cuidador-COIC, junto ao Departamento de Enfermagem e

Psicologia, com outros profissionais da área de gerontologia. Este grupo está cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq como grupo de pesquisa, e na Pró-Reitoria de Extensão da UFSCAR, como programa de extensão.

Nessa trajetória, iniciei esta pesquisa, pensando aprofundar minha curiosidade acerca da oferta de organizações para idosos com algum grau de dependência e desenvolver um trabalho científico sobre as organizações de atendimento ao idoso, com um projeto inicial de mestrado, junto ao Departamento de Engenharia de Produção na UFSCar (área de pesquisa: Dinâmica Organizacional e Trabalho). Esse projeto cresceu e se aprofundou, passando a ser um projeto de doutorado (doutorado direto), sugerido pelos componentes da banca de qualificação do mestrado.

Entendendo ser o estudo sobre a velhice, sobre o processo de envelhecimento e suas implicações, assuntos complexos e heterogêneos, busquei ajuda de outros profissionais, universidades e departamentos para melhor compreendê-los. Para tanto, uma reflexão mais abrangente dos aspectos organizacionais e gerontológicos desta pesquisa, incorporou colaborações, conhecimentos e experiências de duas grandes universidades no Brasil: Universidade Federal de São Carlos-UFSCar e Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP, integrando os Departamentos de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, de Enfermagem, de Psicologia, de Ciências Sociais, todos na UFSCar, e de Educação junto ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia na UNICAMP. Também busquei conhecer, na região, alternativas de cuidados ao idoso, por meio de visitas a diferentes lugares.

Vinculado ao Programa de Pós-Graduação, estagiei e visitei outros lugares nos EUA. Vários lugares na Virginia Polytechnic Institute and State University-VT em Blacksburg-Virginia, tais como o Centro de Gerontologia, o Laboratório de Tecnologia Assistiva, o Centro Dia para Adultos, o acervo em gerontologia da biblioteca, troca de informações com diversos professores do Departamento de Desenvolvimento Humano e do Centro de Serviços para Famílias. Visitas foram efetuadas em outras instituições de atendimento ao idoso, na mesma cidade, contribuindo também para este trabalho, por exemplo, na vila residencial Warm Hearth Village-Continuing-Care Retirement Community-CCRC, na Home Health Agency, na Multi-generational Christianburg Recreation Center e Senior Facility (em Christianburg-VI). Retornei em Ames-IA, no

Adult Day Care Center-Heartland Senior Center, local onde trabalhei por algum tempo, podendo observar e obter mais informações a respeito das organizações para idosos em diferentes estados e municípios dos EUA, assim como modificações ocorridas ao longo de oito anos atrás.

Existe no Brasil um número reduzido de programas de Pós-Graduação em Gerontologia e nenhum em Terapia Ocupacional. Estas são áreas que permitem e exigem uma interdisciplinaridade e encontram-se cada vez mais envolvidas em outros programas de pesquisas integrados. Como exemplo, o Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da UFSCar tem, ao longo dos últimos anos, contado com a participação de profissionais de diversas áreas, e particularmente no que se refere aos terapeutas ocupacionais, muitos projetos têm sido desenvolvidos integrando diferentes áreas.

Frente às novas demandas sociais e ao novo cenário sócio-demográfico brasileiro no que diz respeito à velhice, busquei, nesta pesquisa, conhecer as organizações de atendimento à população idosa de uma maneira geral, e em especial na cidade de São Carlos-SP, e analisar a oferta das mesmas para o idoso com algum grau de dependência.

2 Contexto da Pesquisa

Ao longo das últimas décadas, o mundo como um todo passou a olhar a etapa da vida velhice e o processo de envelhecimento na perspectiva possível de viver com prazer, com satisfação, com realização profissional e pessoal, abrindo um espectro de possibilidades por meio do potencial de cada pessoa e do contexto em que ela vive, deixando de enfatizar, de forma nebulosa e negativa, essa etapa.

Juntamente a essa nova dimensão, observa-se que uma concepção mais entrelaçada de mudanças sociais e de novas demandas individuais e coletivas, novos serviços, programas e grupos destinados ao atendimento à população idosa foram, ao longo do tempo, sendo estruturados em diferentes países, cada um com suas particularidades, baseados em seu contexto histórico emergente.

O Brasil também tem se destacado, dentre os países em desenvolvimento, frente a novos programas e serviços à população idosa, visto que a velhice tem um novo cenário e visibilidade nacional diferente da de décadas anteriores. Em muitos

municípios, existe uma ênfase nos programas e serviços para os idosos relacionados às atividades sociais e de lazer, contribuindo para um panorama mais positivo sobre a velhice. Entretanto, a dimensão atual dessa fase da vida tem demonstrado que, para as pessoas idosas com alguma fragilidade, ou para aquelas que, mesmo não tendo muitos anos de vida vividos, mas que, por algum motivo, tiveram alguma intercorrência que interferiu em seu cotidiano, parece haver uma escassez de serviços que os atendam.

Este trabalho¹ se dedica a conhecer os serviços/programas/grupos que prestam atendimento à população idosa e analisar a oferta daqueles que se destinam ao atendimento ao idoso com algum grau de dependência. Para tanto, este trabalho foi dividido em duas partes, quatro capítulos. Os capítulos são de natureza conceitual e de natureza empírica, e, ao longo das páginas, se entrelaçam e se complementam, já que este trabalho tem como base o fundamento metodológico da pesquisa quali-quantitativa.

Nos capítulos são descritos conteúdos teóricos respaldados na literatura gerontológica, de pressupostos da construção social da velhice e do processo do envelhecimento, dando uma ênfase maior a esses aspectos no contexto social brasileiro. O texto vai se complementando no decorrer do processo de investigação, em um “vai e vem”, característica peculiar da pesquisa qualitativa (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER, 1998). Os aspectos quantitativos são utilizados no complemento da descrição do processo de investigação, desenhando um perfil dos sujeitos da pesquisa e suas características. Neste sentido, não se vai abordar, num capítulo específico a metodologia por completo. Os caminhos percorridos desta pesquisa, os dados que emergiram e as discussões sobre eles vão sendo apontados ao longo do trabalho, na medida em que os dados vão aparecendo e os aspectos teóricos e análises vão integrando uma discussão mais dinâmica.

A **PARTE I** é apresentada em dois capítulos, 1 e 2, que discorrem sobre a contextualização da velhice e do envelhecimento, por meio da literatura existente na Gerontologia, pressupostos de categorizações sociais construídas ao longo do tempo e as estruturas organizacionais. Discutiu-se a (re)construção de denominações sociais, a (re)construção das organizações de atendimento à população idosa ao longo do tempo no Brasil e em outros países. Também discutiram-se as demandas atuais da população

¹ Parte desta pesquisa foi financiada pela Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Esta última proporcionou financiamento de estágio no exterior possibilitando maior aprofundamento no tema.

idosa no que diz respeito aos serviços de atendimento a ela. Apontaram-se a precariedade e a escassez dos serviços estruturados ao longo do tempo, principalmente destinados aos idosos com um certo grau de dependência.

No segundo capítulo faz-se uma abordagem do município onde este estudo se desenvolveu —São Carlos, SP—, sobre as organizações encontradas de atendimento à população idosa disponível nesta cidade, após o levantamento delas, e a categorização e sistematização dos dados obtidos.

A oferta de serviços/programas/grupos para idosos com algum grau de dependência neste município, assim como o suporte e apoio para seus familiares, mostrou-se escassa. Verificar a extensão desses serviços, conhecer onde estão os idosos mais dependentes e a rede de suporte formal e informal que eles utilizam são aspectos apontados na **PARTE II**, composta pelo capítulo 3 e 4. Os temas dependência/independência/ autonomia foram discutidos no capítulo 3, apontando as relações dinâmicas entre elas. Descreveu-se o percurso metodológico escolhido para a continuidade da pesquisa justificando-o e apresentaram-se os dados obtidos por meio das entrevistas em profundidade efetuadas com os idosos e seus familiares.

O capítulo 4 tenta suscitar uma reflexão crítica das necessidades da população idosa frente à visibilidade atual que a velhice ganhou e questiona sobre o preparo de recursos formal e informal para lidar com o novo cenário. Qual é o suporte e apoio oferecido e disponível ao idoso mais dependente e sua família? Os grupos de terceira idade têm se destacado em muitos municípios, mas, quando seus usuários idosos adoecem, quem cuida deles? Quais são esses usuários, onde eles estão, quais serviços utilizam?

Há necessidade de mudanças rápidas, no que diz respeito ao atendimento às pessoas com mais idade, e/ou àquela com algum grau de dependência. Faz-se, também, necessário um olhar mais crítico do processo de envelhecimento em sua complexidade e heterogeneidade individual e coletiva, considerando seus ganhos e perdas. Conhecer, sistematizar e divulgar os serviços/programas/grupos de atendimento à população idosa nos municípios é essencial para traçar metas efetivas de suporte e apoio à comunidade. Identificar demandas e disponibilidades nos municípios também são aspectos que se complementam para que ações efetivas de políticas pública e privada sejam desenvolvidas com vistas ao atendimento formal e informal à população em geral. Esta

pesquisa discute esses aspectos e aponta os caminhos e estratégias percorridas no estudo podendo ser elas suporte para outros estudos, levando-se em conta as particularidades de cada um.

Espera-se despertar nos leitores deste trabalho um olhar mais crítico acerca da velhice, que, como qualquer outra etapa da vida, é constituída de perdas e de ganhos. O propósito é refletir sobre novas alternativas viáveis para se lidar com uma população mais envelhecida, às quais acresçam não somente anos na vida, mas “qualidade”, a partir de circunstâncias pessoais e coletivas.

3 Pressupostos do Trabalho e Objetivos

Não é nova a atividade de cuidar de uma pessoa que necessita de algum tipo de atenção especial, sejam crianças, sejam adolescentes, idosos e/ou outros. Ao longo da história e do tempo em qualquer sociedade, de acordo com seus valores e suas necessidades, surgem novos lugares, adaptações, (re)direcionamentos e novas tendências visando suprir as demandas vigentes.

Os desafios trazidos pelo envelhecimento da população têm diversas dimensões e dificuldades, principalmente decorrentes da grande complexidade e heterogeneidade de compreensão da velhice e do processo de envelhecimento. Mudanças, inovações e (re)direcionamentos de diferentes organizações de atendimento à população idosa destacam-se diante das novas demandas.

As diversas organizações destinadas ao atendimento à população idosa, com seus programas/serviços/grupos, colaboram e participam na (re)construção da percepção social do idoso no contexto em que ele está inserido. Dentre elas, as instituições de longa permanência para idosos (ILPI) estão presentes em nossa sociedade desde há muito tempo. Na maioria das vezes, as ILPI tendem a favorecer a dependência dos idosos, embora, via de regra não admitam o ingresso dos que portam certa dependência (BORN, 2002; MENDIONDO, 2002; SIQUEIRA, 2000; PAVARINI, 1996).

Por outro lado, existe uma oferta crescente de organizações de serviços de incentivos à independência e autonomia, geralmente desenvolvendo atividades em grupos (por exemplo: grupos do SESC, universidade aberta da terceira idade, centros comunitários, etc). O “sucesso surpreendente dessas iniciativas é proporcional à

precariedade dos mecanismos de que se dispõe para lidar com a velhice avançada” (DEBERT, 1999a, p.15).

Parece existir uma lacuna na oferta de organizações de atendimento aos idosos com certo algum de dependência e/ou àqueles com idade mais avançada, assim como uma escassez de serviços de suporte e apoio à sua família.

A família geralmente é a base de suporte em todos os sentidos (físico, mental e social), para os cuidados com o idoso com determinado grau de dependência e/ou com uma pessoa que necessita de alguma atenção especial, na maioria das vezes, por falta de recursos na comunidade (BORN, 2002; MENDIONDO, 2002; DUARTE, 2001; SIQUEIRA, 2000; PAVARINI, 1996).

Frente ao novo cenário sociodemográfico da população idosa brasileira (aumento da longevidade, concentração de pessoas na área urbana, novos arranjos familiares e de estrutura de moradia—famílias e casas menores, maior atuação da mulher no trabalho fora de casa, dentre outros), quais são as perspectivas do cuidado, de suporte e apoio à comunidade diante da complexidade e heterogeneidade da velhice e do processo de envelhecimento? Os cuidados com essa camada da população têm sido efetivamente desenvolvidos por quem? A quem cabe e caberão os cuidados com os idosos?

Se a longevidade é um fato real, e se as doenças crônico-degenerativas também acompanham esse processo, a quem cabe e caberá cuidar, dar suporte e apoiar os idosos com algum grau de dependência e/ou aqueles com mais anos de vida? Afinal, o que acontece com os idosos, que, por algum motivo, necessitam de algum tipo de ajuda quando a dependência chegar?

Segundo dados preliminares e pesquisas empíricas (PAVARINI et al., 2001b; VAROTO, 1999), São Carlos, a cidade onde esta pesquisa foi desenvolvida, não contempla organizações de atendimento à população idosa adequadas ao nível de desenvolvimento do município. Parece haver uma escassez de organizações destinadas ao atendimento à população idosa com algum grau de dependência, além de falta de informações organizadas e disponíveis sobre essa população junto à comunidade.

A partir do contexto acima, estabeleceram-se os objetivos:

Objetivo Principal

- **A**nalisar a oferta de serviços disponíveis para idosos com algum grau de dependência em uma cidade do interior paulista.

Objetivos Secundários

- **I**dentificar as organizações de atendimento à população idosa na cidade de São Carlos-SP;
- **S**istematizar as informações sobre as organizações destinadas ao atendimento à população idosa na cidade de São Carlos-SP;
- **I**dentificar idosos que participavam de serviços/programas/grupos de terceira idade com incentivo à independência/autonomia e que, por motivo relacionado a alguma doença, deixaram de participar deles;
- **V**erificar as redes de suporte formal e informal de atendimento ao idoso com certo grau de dependência e sua família.

PARTE I

CAPÍTULO 1

CONTEXTUALIZANDO O ENVELHECIMENTO

“Se você tem entre 45 e 65 anos, preste bastante atenção no que se segue. Se você for mais novo, preste também, porque um dia vai chegar lá. E, se já passou, confira.

Sempre me disseram que a vida do homem se dividia em quatro partes: infância, adolescência, maturidade e velhice. Quase correto. Esqueceram-se de nos dizer que, entre a maturidade e a velhice (entre os 45 e os 65), existe a ENVELHESCÊNCIA.

A envelhescência nada mais é que uma preparação para entrar na velhice, assim como a adolescência é uma preparação para a maturidade. Engana-se quem acha que o homem maduro fica velho de repente, assim da noite para o dia. Não. Antes, a envelhescência. E, se você está em plena envelhescência, já notou como ela é parecida com a adolescência? Coloque os óculos e veja como este nosso estágio é maravilhoso:

—Já notou que andam nascendo algumas espinhas em você? Notadamente na bunda?

—Assim como os adolescentes, os envelhescentes também gostam de meninas de 20 anos.

—Os adolescentes mudam a voz. Nós, envelhescentes, também. Mudamos o nosso ritmo de falar, o nosso timbre. Os adolescentes querem falar mais rápido; os envelhescentes querem falar mais lentamente.

—Os adolescentes vivem a sonhar com o futuro; os envelhescentes vivem a falar do passado. Bons tempos...

—Os adolescentes não têm idéia do que vai acontecer com eles daqui a 20 anos. Os envelhescentes até evitam pensar nisso.

—Ninguém entende os adolescentes... Ninguém entende os envelhescentes... Ambos são irritadiços, enervam-se com pouco. Acham que já sabem de tudo e não querem palpites nas suas vidas.

—Às vezes, um adolescente tem um filho: é coisa precoce. Às vezes, um envelhescente tem um filho: é uma coisa pós-coce.

—Os adolescentes não entendem os adultos e acham que ninguém os entende. Nós, envelhescentes, também não entendemos eles. “Ninguém me entende” é uma frase típica de envelhescente.

—Quase todos os adolescentes acabam sentados na poltrona do dentista e no divã do analista. Os envelhescentes, também a contragosto, idem.

—O adolescente adora usar uns tênis e uns cabelos. O envelhescente também. Sem falar nos brincos.

—Ambos adoram deitar e acordar tarde.

—O adolescente ama assistir a um show de um artista envelhescente (Caetano, Chico, Mick Jagger). O envelhescente ama assistir a um show de um artista adolescente (Rita Lee).

—*O adolescente faz de tudo para aprender a fumar. O envelhescente pagaria qualquer preço para deixar o vício.*

—*Ambos bebem escondidos.*

—*O adolescente esnoba que dá três por dia. O envelhescente, quando dá uma a cada três dias, está mentindo.*

—*A adolescência vai dos 10 aos 20 anos: a envelhescência vai dos 45 aos 65 anos. Depois, sim, virá a velhice, que nada mais é que a maturidade do envelhescente.*

—*Daqui a alguns anos, quando insistimos em não sair da envelhescência para entrar na velhice, vão dizer: “É um eterno envelhescente”. Que bom.”*

(PRATA, M.; 1997)

A crônica acima, “Você é um envelhescente?”, é um convite à reflexão sobre os aspectos que permeiam o envelhecimento. Também mostra um pouco das construções sociais ao redor dessa etapa da vida, com seus mitos e verdades acerca da velhice e do processo do envelhecimento. Salienta como as etapas da vida estão periodizadas no referencial de idade cronológica, nos comportamentos, nas atitudes socialmente construídas e delimitadas a cada etapa da vida.

A velhice como um estágio da vida, assim como a infância, a adolescência, a fase adulta, é um exemplo de construção social modelada ao longo do tempo e, geralmente, é demarcado por intermédio da divisão cronológica de anos vividos.

Mario Prata, em sua crônica, colabora com um jeito diferente de pensar no ciclo da vida, tanto individual quanto socialmente. Essa crônica descreve alguns comportamentos, atitudes e padrões que podem ser impostos ao ser humano, e geralmente são peculiares a um determinado grupo social, como: as crianças, os adolescentes, os idosos. Nesses grupos, alguns comportamentos parecem similares entre seus membros e aceitos pela sociedade como normativos para cada um, ora sendo vistos como positivos, ora como negativos.

“*Engana-se quem acha que o homem maduro fica velho de repente, assim da noite para o dia*”. A velhice é uma etapa da vida construída ao longo do tempo. A cada dia, uma pessoa é mais velha que o dia anterior; portanto, as mudanças individuais vão acontecendo ao longo do tempo, mesmo que não se perceba.

Envelhecer é um processo que o homem vive desde sua concepção até a sua morte. Em cada indivíduo, as mudanças físicas, comportamentais e sociais desenvolvem-se em ritmos e em velocidades diferentes. O processo de envelhecimento envolve uma série de fatores biopsicossociais que contribuem para

uma velhice caracterizada como “bem sucedida”, tais como educação, urbanização, habitação, saúde, lazer e trabalho, adequados às necessidades e capacidades do indivíduo, assim como à sua motivação e iniciativa. Dessa forma, é possível entender a velhice a partir de uma grande diversidade de fatores, dentre eles, sociais, biológicos, culturais, econômicos, etc, que se entrelaçam e se definem na trajetória de vida de cada pessoa.

Do que se discute sobre a velhice hoje em dia, na sua complexidade e heterogeneidade, a idade cronológica é um dos fatores que contribui para a organização social, mesmo sabendo-se que o valor numérico, critério de idade, não é o único. A velhice é um processo dinâmico e heterogêneo. Neste processo, questões de gênero, cultura, condições individuais e sociais estão incorporadas (DEBERT, 1999a; MENDIONDO, 2002).

Os aspectos culturais vinculados aos sistemas sociais de conhecimento, ideologias, valores, leis e rituais cotidianos englobam pessoas diferentes em lugares diferentes. Como salienta MORGAN (1996), variações de diferentes pessoas, lugares, sociedade e sua cultura trazem a compreensão de diferentes formas de organizações estruturais nas relações envolvidas, e as *“dimensões da cultura moderna estão enraizadas na sociedade industrial, cuja organização é em si mesma um fenômeno cultural”* (p.117).

Essa dinâmica de “vai e vem” nas relações entre as pessoas é um processo natural e interdependente, que leva sempre a mudanças pessoais e sociais, mesmo que a direcionalidade das mudanças não seja pré-estabelecida (GIDDENS, 1993).

A determinação de categorias de idade na sociedade é um dos resultados das construções sociais com implicações na vida cotidiana das pessoas. A divisão da vida em períodos, sem dúvida, define práticas esperadas em cada um e suas variações, de acordo com o grupo social e cultural em que se está inserido (DEBERT, 1998 e 1999a). Então, as denominações referidas em cada categoria de idade também são reflexos dessas construções. Um exemplo evidente e muito discutido por pesquisadores refere-se a qual terminologia é mais adequada, ou mais correta, na denominação de pessoas com mais idade. Quais são essas pessoas denominadas de: idosos, velhos, da terceira idade, da quarta idade?

A construção e denominação desses termos estão relacionadas aos aspectos sociais e culturais de uma sociedade, que se compõem ao longo da história. O termo “velho” possui uma conotação de algo em desuso e é fortemente vinculado à decadência e à incapacidade produtiva para o trabalho. Também é muito utilizado para designar coisas, objetos em desuso, assim como metáfora de categorização dos indivíduos pobres e sem família, marginalizados socialmente por razões diversas, discutidas nas reflexões de PEIXOTO (1998) sobre situações sociais na França desde o final do século XIX.

As mudanças na economia e a inserção de uma nova política social, na França, para os indivíduos de mais idade no século XX, como as pensões, as aposentadorias, introduzem socialmente uma nova categoria para aquelas pessoas com mais idade e vistas como “velhos improdutivos”. De certa forma, com um “status” diferenciado e valorizado no mercado consumidor, o “velho” pobre passa a ser um cliente no sistema de consumo, e o termo “idoso”, menos estereotipado, passa a ser utilizado (PEIXOTO, 1998). A mesma autora aponta que o novo termo

“...caracteriza tanto a população envelhecida em geral, quanto os indivíduos originários das camadas sociais mais favorecidas. Para além do caráter generalizante desse termo, que homogeneiza todas as pessoas de mais idade, esta designação deu outro significado ao indivíduo velho, transformando-o em sujeito respeitado. A partir de então os problemas dos velhos passaram a constituir necessidades dos idosos”. (p.73)

Políticas sociais de apoio às pessoas, como os fundos de pensões e a aposentadoria, colaboram para delimitar papéis sociais e de certa forma contribuem para uma visão “superficial” de respeito e privilégio àquele que delas usufrui. Essas ações de políticas sociais também marcam historicamente, demarcam cronologicamente a inserção dos idosos e simbolizam significativamente a perda de um papel social fundamental do ser humano, ou seja, o de ser produtivo. A produtividade econômica priorizada no curso da vida moderna traz, segundo MOODY (apud DEBERT, 1999a, p.56) os segmentos da “juventude e a vida escolar; o mundo adulto e o trabalho; e a velhice e a aposentadoria”. Entretanto, DEBERT (1999a) aponta que

“...os novos padrões de aposentadoria que englobam, entre os aposentados, um contingente cada vez mais jovem da população dão também uma nova configuração aos modos de gestão da velhice. A nova estrutura de empregos é concomitante à criação de uma série de etapas intermediárias no interior da vida adulta, como a “meia-idade”, a “terceira-idade”, a “aposentadoria ativa”” (p.18). Portanto, “a aposentadoria deixa de ser um marco a indicar a passagem para a velhice ou uma forma de garantir a subsistência daqueles que por causa da idade não estão mais em condições de realizar um trabalho produtivo. As mudanças no aparelho produtivo que levaram a uma ampliação das camadas médias assalariadas são acompanhadas de uma nova linguagem empenhada em alocar o tempo dos aposentados”. (p.18)

No Brasil, o termo “velho” e “idoso” caminham de modo semelhante ao que acontece na França, porém mais tardiamente, em função de sua história sócio-político-cultural, juntamente com interesses de atores sociais que se dedicam a compreender o processo de envelhecimento e suas interfaces na sociedade atual. Assim como na França, o termo “terceira idade” passa a ser associado ao período de aposentadoria cada vez mais recente e à necessidade de inserção de novo contingente de “velhos novos” com potencial produtivo, com ambição de descoberta de novas habilidades e crescente interesse em uma velhice “bem sucedida”, emprestando a esse termo a característica de sinônimo de envelhecimento ativo e independente (PEIXOTO, 1998).

Embasados na história da sociedade, percebe-se que a idade cronológica e as formas de classificação social continuam a caracterizar grupos e pessoas: social e culturalmente. Também, a idade e a classificação social distinguem o jovem do idoso e do velho, pré-estabelecendo faixas etárias para essas categorias. O termo “velho” continua, implicitamente, sendo utilizado, principalmente para as pessoas à margem de uma sociedade capitalista de consumo. Por outro lado, o termo “idoso” é associado àquelas que estão inseridas no mercado de consumo, que desfrutam de certa posição social e, geralmente, de uma representação cultural mais favorecida.

A categoria denominada de “terceira idade” e/ou de “velhos jovens” está vinculada ao dinamismo e certa independência. Essas pessoas priorizam a integração social, a autogestão do seu tempo livre, da vida, através de formas diversas de diversão e entretenimento, dentre outras. Marca-se a idade de 60 anos e mais, no Brasil, a denominação da terceira idade, embora se observe a participação de pessoas com menos de 60 anos em grupos considerados de terceira idade. Para o termo idoso

também no Brasil é denominado para toda pessoa com 60 anos e mais (PAPALÉO NETTO, 2002; CACHIONI, 1999; MENDIONDO, 1996).

Encontra-se na nomenclatura francesa, como descreve PEIXOTO (1998), a expressão “quarta idade” (pessoas com mais de 75 anos), que marca a continuidade da “terceira idade”. Entretanto, essa nova expressão traz consigo características de alguma debilidade física, mental e social, conotando alguma fragilidade do idoso, subentendendo, na maioria das vezes, dependência e, muitas vezes, falta de autonomia.

Novas concepções acerca da velhice estão se expandindo. O tema velhice e envelhecimento tem se difundido nos últimos anos no mundo todo. A sua construção como etapa da vida, vinculada aos aspectos de decadência física, perda de papéis sociais, são produtos do século XIX (FOUCAULT, 1995). No século XX, a velhice passa a ser valorizada de forma a incentivar as potencialidades e habilidades individuais, não descartando atributos designados como os primeiros. Entender a velhice direcionando-se a uma reflexão mais crítica sobre a sua complexidade, sua heterogeneidade, apontando para os ganhos que esta etapa da vida pode proporcionar, sem se esquecer das perdas ao longo do processo do envelhecimento são movimentos que se tem trabalhado (MENDIONDO, 2002; NERI, 2001a; PAVARINI, 1996; BALTES, 1987).

Essa dimensão reflexiva, embora ainda tímida para muitos, não deve ser esquecida, porque, se torna necessário considerar não somente o fato de que o idoso tem vivido mais tempo, mas também a qualidade desses anos vividos. Sabe-se que, com o aumento dos anos de vida, doenças crônico-degenerativas estarão acompanhando o dia-a-dia de uma parcela desse contingente populacional. A esses idosos é preciso oferecer não apenas cuidados necessários, assim como possibilidades de gerenciar sua vida, suas atividades, seu lazer, seu tempo livre com maior independência e autonomia (FERRARI, 2004; MENDIONDO, 2002; NERI, 2001a; BALTES, 1987).

1.1 O Idoso no Mundo Ocidental

O número de pessoas idosas no Brasil tem aumentado numa velocidade espantosa nos últimos anos. Não é um fenômeno isolado e, sim, mundial. Mas, afinal, quem é considerado idoso? A Organização das Nações Unidas (ONU) descreve, através da classificação cronológica, a idade de 65 anos para os países desenvolvidos, e de 60 anos para os países em desenvolvimento (PASCHOAL, 2002b). Não se deve simplificar uma pessoa e seu contexto desta forma, pois o processo da vida é complexo e heterogêneo. Entretanto, na maioria das vezes, essas classificações auxiliam na elaboração e determinação de leis, normas e regras. No Brasil é denominada pessoa idosa toda aquela com 60 anos ou mais.

BERQUÓ (1999) apresenta dados significativos mapeando essa população segundo sexo, raça, escolaridade, renda, tipo de família, participação no mercado de trabalho, e também aponta suas necessidades. No complemento dos estudos dessa demógrafa, encontram-se dados segundo os quais, em 1991, a população total idosa atingiu mais de 7 milhões de pessoas. No ano de 2000, em torno de 8 milhões; para 2010, há uma projeção em torno de 11 milhões; e para 2020, um contingente de idosos em torno de 16 milhões. Espera-se, segundo esses dados, que, ao final do ano 2020, 1 em cada 13 brasileiros terá 60 anos ou mais. No ano de 2000, essa proporção foi estimada em 1 para cada 20 (CAMARANO, 2002; RAMOS, 2002; RODRIGUES & RAUTH, 2002; IBGE, 2002; MACHADO, 1993).

BERQUÓ (1999) aponta uma concentração de idosos nas áreas urbanas, com o predomínio de mulheres (maioria viúvas, morando na casa dos filhos ou filhas, ou morando sozinhas), uma proporção em torno de 60% de idosos brancos, analfabetismo elevado, maior número de hospitalizações e custos do sistema de saúde pública vinculados ao atendimento de idosos no fim do século vinte. Esse cenário merece, como salienta a mesma autora, um maior *“interesse dos órgãos públicos, dos formuladores de políticas sociais e da sociedade em geral, dado o volume crescente desse segmento populacional, seu ritmo de crescimento e de suas características demográficas, econômicas e sociais”* (p.38).

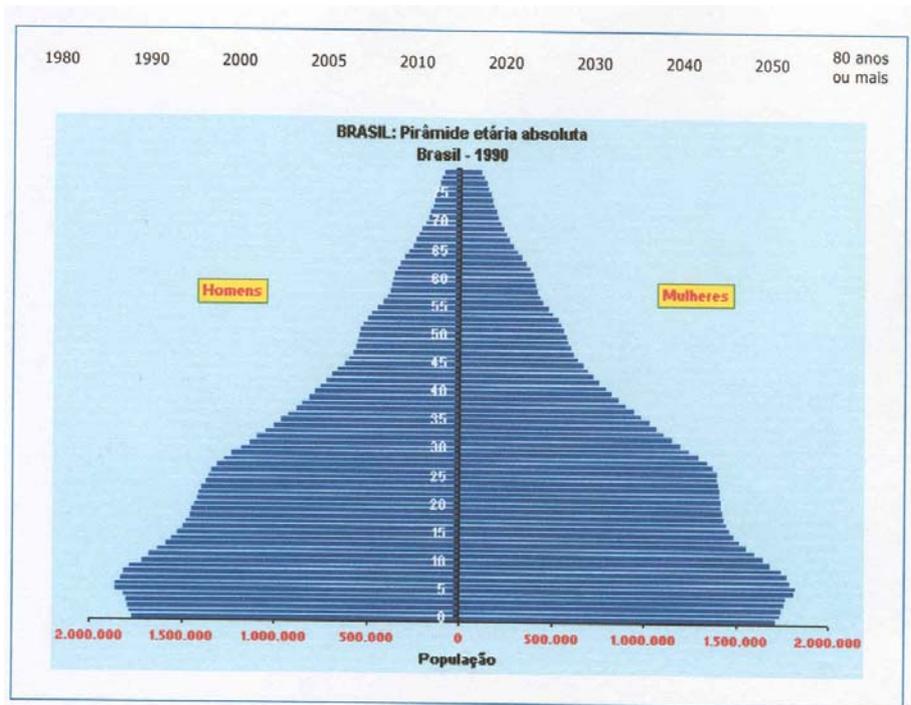
Segundo dados do IBGE de 2002 (FUNDAÇÃO SEADE, 2001), a população brasileira atual gira em torno de 167 milhões de habitantes, com um número maior de

mulheres (para cada 100 mulheres, uma proporção de 96 homens). Desse número de habitantes, os idosos (acima de 60 anos) representam em torno de 9% da população brasileira, sendo que 32% moram sozinhos ou com o cônjuge e concentram-se na área urbana. Quanto à escolaridade, quase metade (48,7%) dos analfabetos brasileiros tem mais de 50 anos. Na população de 60 anos e mais, encontra-se um grande número de idosos analfabetos (71,6%).

As projeções do IBGE publicadas no ano de 2004 revelam que a expectativa de vida no Brasil, que era de 70,4 anos em 2000, deverá subir para 81,2 anos em 2050. Hoje, o país com maior esperança de vida é o Japão, com 81,6 anos, segundo a ONU. Esses dados remetem que hoje o brasileiro vive mais na terceira idade e morre menos na infância. Positivamente, vê-se um controle da mortalidade infantil, e que continua em queda. Por outro lado, dados indicam um aumento da mortalidade por causas externas, como homicídios e acidentes de trânsito, os quais, se estivessem em queda, poderiam colaborar para que a expectativa de vida aumentasse em dois ou três anos (IBGE, 2004).

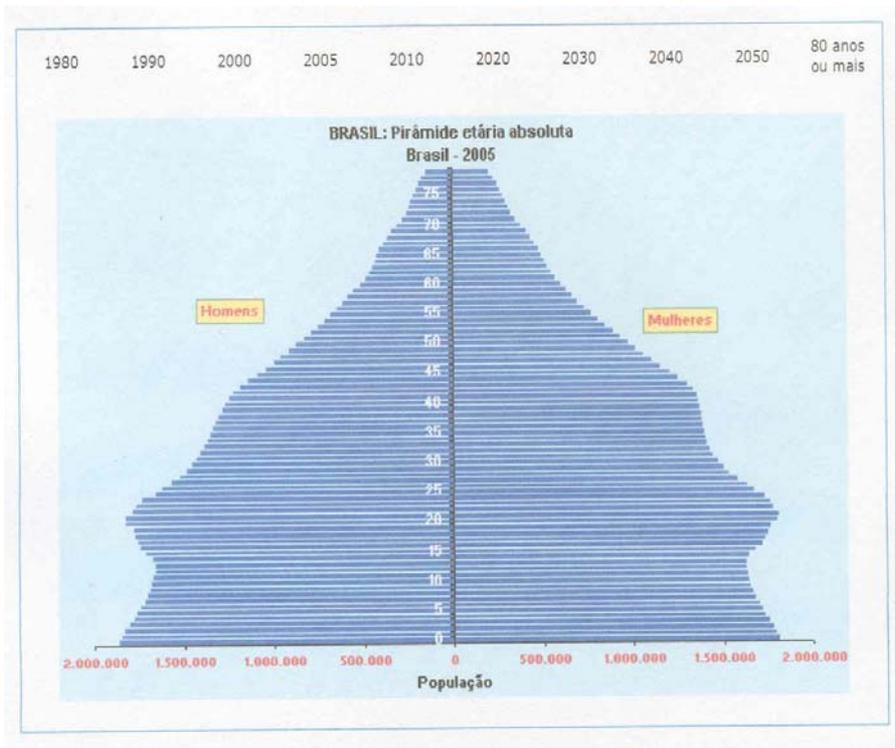
A Organização Mundial da Saúde estima que, no Brasil, a população de idosos crescerá em torno de 16 vezes em relação à população total que crescerá em torno de 5 vezes, entre os anos de 1950 e 2025 (BRASIL, 2002a; IBGE, 2002). As FIGURAS 2.1, 2.2 e 2.3 mostram claramente um panorama visual das pirâmides etárias absolutas no Brasil nos anos de 1990, e projeções para o ano de 2005 e de 2050 respectivamente, sinalizando que o país precisa de mudanças rápidas em políticas públicas que venham dar conta das demandas que vierem, contribuindo para o aumento da expectativa de vida juntamente com sua qualidade.

FIGURA 2.1 Pirâmide etária absoluta do Brasil no ano de 1990.



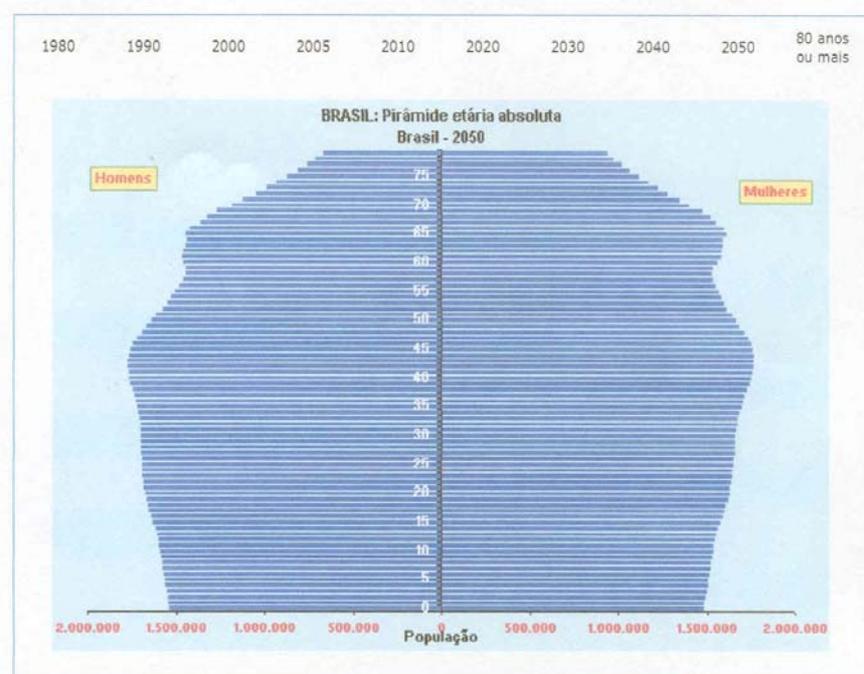
Fonte: <http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao>12/09/2004

FIGURA 2.2 Projeção da pirâmide etária absoluta do Brasil para o ano de 2005.



Fonte: <http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao>12/09/2004

FIGURA 2.3 Projeção da pirâmide etária absoluta do Brasil para o ano de 2050.



Fonte: <http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao12/09/2004>

Grande parte do aumento da expectativa de vida teve sua aceleração na década de 60, devido às modificações na sociedade ao longo dos anos, principalmente no que diz respeito aos avanços na medicina. Mudanças na organização familiar, nos espaços habitacionais, maior atuação da mulher no mercado de trabalho, diminuição da fecundidade, intensa urbanização, dentre outros, são fatores colaboradores para esse aumento (BORN, 2002; CAMARANO, 2002; RAMOS, 2002; RODRIGUES & RAUTH, 2002). Dessa forma, não se pode separar envelhecimento individual e populacional. Suas implicações na sociedade é que vão impulsionar novas mudanças sociais, como salienta TIRADO (2000).

“O envelhecimento populacional acarreta sérias implicações econômicas, sociais e para a área da saúde. Portanto, é fundamental conhecer o tamanho, a distribuição e a composição, a renda, a situação de moradia, as condições de saúde e os tipos de deficiência da população idosa, visando responder de forma adequada às suas demandas.” (p.10)

Com o aumento do número de pessoas idosas, o tema velhice e os aspectos do envelhecimento têm tido destaque em muitas pesquisas de diferentes áreas, que

buscam compreender melhor as variáveis que entrelaçam esse tema, assim como traçar novas alternativas para viver esta estapa da vida com qualidade: individual e socialmente. Nesses caminhos, difunde-se um novo “jeito” de compreender e envelhecer de forma mais positiva, considerando que podem existir algumas perdas funcionais, fisiológicas, mas que também podem existir ganhos como uma continuidade do processo de desenvolvimento da vida de uma pessoa (DEBERT, 1999a; NERI, 2001a; MENDIONDO, 2002; HENDRICKS, 1995; BALTES, 1987). Há abordagens marcantes nas áreas de pesquisa, dentre elas a Gerontologia².

Muitas pessoas deixaram de encarar o envelhecimento populacional como algo nebuloso e trabalham para que mudanças sociais ocorram, procurando abrir caminhos expressivos e efetivos para que se aprenda a envelhecer de forma digna, dentro de circunstâncias individuais e culturais, preservando a autonomia e independência, com integridade, envolvimento e satisfação. A perspectiva de uma vida digna, íntegra, com envolvimento e satisfação, abrange dimensões sociais e culturais do homem ao longo de sua trajetória de vida.

O homem constrói, nas suas relações com outras pessoas e com o mundo ao redor, seus conceitos e seus valores, os quais são formados e reformulados durante o curso de sua vida, representados de formas diversas para cada um, de acordo com sua história de vida, experiências e vivências em interação com o meio social e cultural em que está inserido.

As construções sociais determinam papéis diferenciados para o homem, ora valorizando comportamentos, atitudes, *status* social, ora segregando e desvalorizando experiências, conhecimentos únicos de cada ser humano e grupo social. As

² Gerontologia: “é o campo multi e interdisciplinar que visa à descrição e à explicação das mudanças típicas do processo do envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais. Interessa-se também pelo estudo das características dos idosos, bem como das várias experiências de velhice e envelhecimento ocorrendo em diferentes contextos socioculturais e históricos. Abrange aspectos do envelhecimento normal e patológico. Compreende a consideração dos níveis atuais de desenvolvimento e do potencial para o desenvolvimento (MADDOX apud NERI, 2001b).

Embora a Gerontologia seja um campo que envolve muitas disciplinas, a pesquisa repousa sobre um eixo formado pela biologia, pela psicologia e pelas ciências sociais, com seus modelos, métodos e teorias. Outras disciplinas e interdisciplinas, tais como a filosofia e a história, a neuropsicologia e a biodemografia, contribuem para a descrição e a explicação da dinâmica da velhice e do envelhecimento. A Gerontologia também comporta interfaces com áreas profissionais dentre as quais se destacam a clínica médica, a psiquiatria, a geriatria, a fisioterapia, a enfermagem, o serviço social, o direito, a psicologia educacional, das quais derivam soluções para problemas individuais e sociais,

valorizações e determinações de categorias em faixas etárias e *status* social são bons exemplos para ilustrar construções sociais. Estigmas físicos e propriedades biológicas como gênero e idade também servem de critérios de classificação dos indivíduos no espaço social.

As categorizações sociais, que de certa forma contribuem para definir padrões esperados de determinadas faixas etárias, também produzem comportamentos esperados de ações ditas produtivas ou não. A infância, a adolescência e a fase adulta são cheias de desafios que abrem possibilidades diversas com erros e acertos, segundo a visão da sociedade moderna ocidental. O espectro da velhice, na maioria das vezes, é encarado como limitação, com predomínio de aspectos negativos e ultrapassados (DEBERT, 1998 e 1999a).

A divisão de idade demonstrada em número e anos é produto de uma prática social determinada. ARIÈS (1990 e 1981) e DEBERT (1999a) discutem a importância da “análise das transformações históricas ocorridas na vida privada nas sociedades ocidentais contemporâneas” quanto às explicações de cronologização da vida padronizando-a. A segunda autora cita que a

“padronização da infância, adolescência, idade adulta e velhice, pode ser pensada como resposta às mudanças estruturais na economia, devidas sobretudo à transição de uma economia que tinha como base a unidade doméstica para outra, baseada no mercado de trabalho”, transformando a “esfera privada e familiar em problemas de ordem pública”. (p.51)

ELIAS (1990) também aponta a produção da categoria “infância” na modernidade, estabelecendo sua relação de dependência ao adulto, alargando a distância entre as duas idades, definindo papéis e comportamentos, colocando direitos, deveres e independência para aqueles considerados adultos.

A velhice, designada como fase da vida, na maioria das vezes é encarada como fim da vida, convergente à limitação, à impossibilidade de fazer coisas, à vida improdutiva e carregada de uma visão mais negativa, contrapondo ao movimento moderno de ver a velhice de uma forma mais positiva, com possibilidades diversas como em qualquer outra fase da vida.

A organização da família está se modificando na chamada sociedade moderna em relação à família de algumas décadas atrás. Novos arranjos familiares são formados, modificados pela necessidade da vida moderna, por exemplo, mães e pais que trabalham fora de casa: filhos que permanecem a maior parte do tempo em escolas e/ou creches; casas chefiadas apenas pelas mães ou pelos pais; casas chefiadas por casais do mesmo sexo, dentre outros. Frente a todas essas modificações, o próprio conceito de família também está se modificando e ampliando ao de “elo” aos membros consangüíneos, para os de membros de inter-relação entre as pessoas (BULLOCK, 2004).

Todas essas modificações têm contribuído para compreender as relações entre diferentes gerações, entre os espaços privados e públicos, expandindo conceitos de suporte e rede social, referindo-se ao primeiro as trocas interpessoais entre os membros da rede, a qual descreve a ligação entre instituições diversas, dentre as quais a família, organizações religiosas, organizações de lazer, de cuidados à saúde/doença e outra (BULLOCK, 2004; MATSUKURA et al., 2002).

Pensando nessas mudanças sociais e na organização familiar, reflexões têm sido feitas sobre a ausência de interações entre diferentes gerações, considerando ser um aspecto negativo no processo do envelhecimento. A história da humanidade relata uma predominância nas culturas ocidentais em que os pais cuidam dos filhos e, mais tarde, esses dos pais, procedimento muita vezes conhecido como obrigação filial (BARHAM et al., 2001; BLEIZNER & HAMON, 1992; FERRARI, 1992). Nessa nova perspectiva de organização familiar, demandas de cuidado devem existir, possibilitando viver a velhice com qualidade e satisfação.

O surgimento de novas organizações, sem dúvida, colabora, de forma significativa, com a contemplação de necessidades e interesses específicos de cada indivíduo. Entretanto, com raras exceções, vê-se uma interligação entre essas organizações que prestam serviços a determinada camada da população. Observa-se, na sua maioria, um trabalho isolado e limitado a cada grupo a que se visa atender. Muito se discute sobre fazer que esses espaços deixem de ser restritos a grupos isolados. O objetivo é desenvolver projetos e programas que os entrelacem, possibilitando novas experiências para diferentes pessoas de diferentes gerações. A idéia do ciclo de vida na modernidade parece perder sentido, sobressaindo-se às

conexões pessoais e quebrando-se as conexões entre as gerações e tradições (GIDDENS, 1992).

Em se tratando da população idosa, vê-se um aumento, ainda que pequeno, de alguns programas/grupos/serviços, que visam atender as suas necessidades com a perspectiva mais otimista da velhice, expandindo conhecimentos acerca do processo de envelhecimento. Por exemplo: grupos de orientação e apoio para idosos e seus cuidadores, centros dia, centros comunitários, programas de preparação para a aposentadoria, programas de atendimento domiciliar, casas repúblicas, centros de reabilitação social, universidades abertas da terceira idade, dentre outros (CACHIONI, 2003; PAVARINI et al., 2001b; DEBERT, 1999a; HEARTLAND SENIOR SERVICES, 2004). Mesmo que em número pequeno, são esses espaços alternativos viáveis de suporte ao idoso e à comunidade. O grande desafio é fazer do curso da vida produto de uma transformação de um espaço de experiências abertas, refletidas, sem produzir generalizações.

A partir da perspectiva antropológica apontada por DEBERT (1998), os aspectos históricos da velhice e suas representações, assim como a posição social que os idosos assumem, o modo como interagem entre si e com os mais jovens, são resultados dos reflexos, dos significados e das simbologias do contexto social, histórico e cultural em que estão inseridos. Além disso, nem sempre a dinâmica construída de uma família ao longo de sua história favorece um ambiente acolhedor e desejável para o convívio com o idoso e seus membros. É preciso entender e compreender a dinâmica da família e seus aspectos envolvidos, fugindo da tendência de transformar idoso em vítima e a família em vilã e vice-versa (BORN, 2002; DUARTE, 2001; PAVARINI & NERI, 2000).

Segundo PINTO (1997), a família e a sociedade brasileira encontram-se em um cenário escasso de recursos de suporte formal, tais como instituições, centros especializados para idosos, profissionais e pessoas qualificadas para o seu atendimento. O cuidado com os idosos fragilizados, com alguma dependência, muitas vezes é restrito à família, aos amigos, aos vizinhos e aos voluntários, e é denominado de suporte informal. É necessário acelerar mudanças e planejar novos programas para essa população, com vistas a um envelhecimento pleno das

características e das circunstâncias individuais e culturais, com a preservação e a recuperação da autonomia, da integridade, do envolvimento e da satisfação.

Envelhecer, mantendo as capacidades funcionais parece não representar um problema para uma pessoa e para a sociedade. Entretanto, quando há um declínio funcional, muitas vezes, as conseqüências exigem mudanças na estrutura de vida dela e de quem a cerca. Pesquisas apontam que pessoas idosas apresentam, na sua maioria, problemas médicos múltiplos e doenças crônico-degenerativas. Em média, ocorre um aumento em torno de 4 a 6 dessas doenças, entre as pessoas de 65 a 80 anos de idade. Geralmente, em decorrência delas, altera-se o seu cotidiano, relacionado à sua capacidade funcional e à autonomia, interferindo na sua qualidade de vida (OLIVEIRA, 2003; PIVETTA, 2003; MACHADO, 2002; CHAIMOWICZ, 1997).

Também, com o aumento da expectativa de vida, alguns tipos de demência têm sido constatados na população idosa. A Doença de Alzheimer (DA) tem-se destacado entre eles. Com a progressão da doença e o surgimento de diferentes sintomatologias, nem sempre as atividades cotidianas são preservadas. Essa doença afeta aproximadamente 6% da população acima de 65 anos e 15% das que têm mais de 80 anos. Na sua maioria, é o cuidador familiar que dá suporte e apoio ao idoso que precisa de cuidados (OLIVEIRA, 2003; MACHADO, 2002; CLARK apud SANTI et al., 2000).

A capacidade funcional de uma pessoa é um dos parâmetros utilizados para investigar o seu grau de dependência e independência. Há uma hierarquia na perda da independência entre as pessoas idosas. Elas perdem primeiro a habilidade de desempenhar atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), por exemplo, ir às compras, tratar das finanças, utilizar transportes comunitários, locomover-se em longas distâncias. Em seguida, as atividades básicas de vida diária (ABVDs) são as comprometidas, como atividades de manutenção da casa, de preparar refeições, atividades de autocuidado como as de higiene pessoal, dentre outras (RAMOS et al. 1993).

RAMOS et al. (1993) salientam que uma pessoa que tem dificuldade em realizar sete ou mais AVDs apresenta um alto grau de dependência, segundo a

utilização do OARS³. Investigou também que, além da idade, essa dificuldade é um dos fatores associados ao risco de morte. O mesmo autor enfatiza a falta de recursos dessa população para a prevenção, promoção de diagnóstico precoce e tratamento.

Números grandes de programas que enfatizam os “idosos jovens”, chamados da terceira idade, têm sido valorizados. E aqueles da chamada “quarta idade”? DEBERT (1999a) aponta a precariedade de caminhos para lidar com a velhice avançada, pois a nova imagem do idoso jovem deixa de oferecer,

“...instrumentos capazes de enfrentar a decadência de habilidades cognitivas e controles físicos e emocionais que são fundamentais na nossa sociedade, para que um indivíduo seja reconhecido como um ser autônomo, capaz de exercício pleno de seus direitos de cidadania” (p.15).

Dessa forma, a visão e a necessidade de uma velhice “bem sucedida” ganham uma dimensão maior na sociedade. Por outro lado, espaços que suprem situações de dependência e fragilidade estão em escassez e, geralmente, são constituídos por casas de famílias que acolhem aqueles que necessitam de cuidado. Esses carentes podem ser pessoas em idade avançada, ou no caso dos mais jovens, indivíduos que, podem estar comprometidos, por motivos diversos, decorrentes de patologias e/ou situações da vida que os tiram do caminho determinado socialmente como “normal”.

Pensando nessas situações, é preciso questionar sobre o preparo para lidar com as demandas, existentes e futuras da população idosa, daqueles com algum grau de dependência ou fragilidade, ou mesmo com o nosso próprio envelhecimento. Quais os caminhos, alternativas, programas, serviços disponíveis para quando a dependência na velhice chegar?

³ OARS: Escala de Atividades de Vida Diária Básicas e Instrumentais, instrumento de avaliação. Escala adaptada por CARDOSO & GONÇALVES (1995). Esta escala auxilia na indicação de níveis de dependência/independência funcional nas atividades cotidianas de uma pessoa, segundo uma escala numérica de 0 a 14, sendo a média 7. Abaixo de 7, há tendência a índices de dependência e, acima, de independência. É um instrumento “sinalizador” e devem ser utilizados outros meios para complementar uma avaliação mais detalhada.

1.2 As Organizações Existentes para Idosos e as Novas Perspectivas

A família tem sido a base de suporte e apoio às pessoas que necessitam de algum tipo de ajuda no cotidiano. Além do suporte familiar, as instituições de longa permanência (ILP) foram, ao longo do tempo, suprimindo lacunas de ajuda e cuidado com as pessoas que necessitavam de assistência e, dentre elas, os idosos, sempre presentes. Manter uma pessoa idosa no seu ambiente familiar, conhecido, rodeado de sua história de vida, é um dos fatores priorizados para se garantir sua qualidade de vida. Entretanto, nem sempre é possível manter o idoso junto à família, ou “sozinho” em sua casa, ou ter apoio familiar. Os motivos são diversos e dependem da história de vida: social, individual e familiar. As circunstâncias podem envolver dificuldades na manutenção física, mental e social de todos envolvidos na situação (BORN, 2002; MENDIONDO, 2002; PAVARINI, 1996; DUARTE, 2001; SIQUEIRA, 1997).

No relacionamento entre o idoso e seus familiares, pode-se encontrar divergências e conflitos, dificuldade nas condições de moradia, falta de conhecimento e treinamento sobre os cuidados, dentre outros. O apoio, orientação e suporte à família, assim como para todas as pessoas que estão no processo do envelhecimento, são essenciais, fundamentalmente no aprendizado sobre o envelhecimento “pleno”, que inclui preservar a autonomia, a integridade, a produtividade, o envolvimento e a satisfação do idoso, dentro do seu contexto individual e cultural (PAVARINI, 1996; SIQUEIRA, 1997).

Na ausência do suporte familiar, a ILP vem, ao longo da história, tentando suprir a demanda. Esse tipo de instituição, conhecida por diversos nomes (asilos, abrigos, casas de repouso), foi se expandindo e se organizando na sociedade de forma desordenada, de acordo com a necessidade de cada lugar. Entretanto, é na década de 60 que esses lugares foram classificados e determinados como instituições destinadas ao atendimento aos idosos e tiveram uma expansão em quantidade por volta da década de 70 (BORN, 2002).

As ILP foram criadas enfatizando a caridade, o atendimento assistencial, visto que entidades filantrópicas e religiosas foram as pioneiras na base estrutural desse tipo de instituição. A perspectiva era abrigar pessoas quando necessitavam de

moradia e/ou de algum tipo ajuda (PAVARINI, 1996; BORN, 2002). Ao longo dos anos, com uma demanda crescente da população idosa, essas instituições foram se modificando em sua estrutura, na perspectiva de oferecer melhor atendimento a essa população. As leis e normas estabelecidas na legislação brasileira contribuíram para as mudanças na estrutura das ILP (BRASIL, 2002b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA-SBGG-SP, 2003). É claro que, em diversos lugares, permanece a característica de moradia sem uma adequada qualidade do cuidado.

“Muitas instituições procuraram adequar-se a novas demandas, reformando suas instalações, construindo outras, contratando profissionais geralmente com grandes dificuldades devido à permanente falta de recursos econômicos para programas sociais: criando pavilhões ou setores para a nova categoria de residente” (BORN, 2002, p.404)

Atualmente, é muito discutida a importância ou não de se manter esse tipo de instituição. Em determinadas situações familiares e pessoais do idoso, a instituição asilar é necessária, e em alguns momentos é a única opção viável. Convém preocupar-se com a grande heterogeneidade dessas instituições, ater-se à importância de serviços de qualidade e transformar esses espaços acolhedores, dotando-os de condições adequadas ao atendimento ao idoso. A qualificação dos profissionais e técnicos dessas instituições geralmente é deficiente, o que compromete a qualidade do cuidado. Mesmo que elas disponham de profissionais com nível superior, é possível identificar, na sua maioria, uma deficiência acerca do envelhecimento e da velhice nos currículos desses profissionais e na sua formação posterior (PAVARINI, 1996; DUARTE, 1994; PINTO & FERRARI, 1990). O mesmo pode ser encontrado quanto à formação de nível médio — os técnicos e os auxiliares de saúde — que, na sua maioria, recebem formação básica sobre os cuidados com a saúde, e em se tratando da formação em gerontologia é escassa.

A atuação de voluntários nas ILP é, muitas vezes, utilizada como um suporte “extra” na falta de recursos humanos necessários. Geralmente, esses voluntários desempenham funções sem uma orientação anterior referente aos aspectos da instituição, da clientela e da complexidade dos fatores que envolvem ambos, podendo levar a comportamentos estigmatizados e preconceituosos sobre a velhice e

resultar em um trabalho nem sempre adequado (MENDES, 1989; PAVARINI, 1996; MENDIONDO, 2002).

A maioria das ILPs é mantida por recursos múltiplos: meios filantrópicos, ajuda da comunidade e de entidades de assistência social, contribuições dos usuários, de órgãos municipais, recebimento de doações, dentre outros. A manutenção desses lugares através do suporte filantrópico é bastante comum. São instituições criadas, em geral, por entidades religiosas de caridade e que tinham como objetivo principal “acolher pessoas carentes e sem família”. Dentre eles, os mais conhecidos são os asilos, abrigos e pensionatos. Os nomes diferem de lugar para lugar e, ao longo dos tempos, se modificam, no sentido de mudanças organizacionais, frente ao contexto cultural e socioeconômico. Nos países desenvolvidos, esse tipo de moradia é denominada de “*nursing home*” e nesses países tem sido um dos desafios para os governantes em termos de diminuir custos das mesmas, além de serem espaços de baixa preferência entre as pessoas idosas e estarem se multiplicando junto ao setor privado (TIRRITO, 2003).

Na década de 90, as ILP tomaram um impulso maior no que diz respeito a ser um “meio de vida”, já que muitas pessoas observaram um aumento crescente por parte de idosos e de seus familiares, da busca de ajuda e apoio para os cuidados diários. Com essa demanda crescente, ora por motivos pessoais e/ou familiares (quando a família não tem condições de cuidar do idoso), ora por falta de outras alternativas de cuidado, a ILP ocupa um espaço na sociedade, visando fins lucrativos. Porém, na sua maioria, a base da estrutura do cuidado não difere das não-lucrativas. Via de regra, as acomodações, espaços físicos melhorados passam a ser um atrativo, continuando o atendimento ao idoso centrado somente nos cuidados básicos diários. Não passam de um lugar “físico” para morar, cujo quadro de funcionários não é compatível com um atendimento adequado no que se refere ao número e qualificação. Também, na sua maioria, não fazem distinção das necessidades e dificuldades dos usuários (BORN, 2002; MENDIONDO, 2002; PAVARINI, 1996). São espaços mantidos exclusivamente por contribuições mensais dos usuários. Eles são conhecidos como Casas Geriátricas ou Clínicas Geriátricas e Casas de Repouso. As primeiras abrangem um cuidado por parte da clínica médica, desenvolve, em geral, procedimentos especializados e supervisionados por um médico. As casas de

repouso mantêm a estrutura diária baseada aos cuidados básicos, como os asilos e abrigos. O jeito de nomear é que foi modificado ao longo do tempo.

Nos países desenvolvidos, as instituições que se destinam ao atendimento à população idosa são divididas de acordo com níveis de comprometimento dos idosos classificando-se em dois grandes grupos: instituições para idosos independentes e instituições para idosos dependentes, como apresenta BORN (2002, p.404-405). Esses dois grupos são subdivididos em quatro categorias:

1. *“Cuidado ao idoso independente em instituição (corresponde ao Home for the aged). Oferece atenção 24 horas, sem atendimento médico, apenas controle de medicamentos. O idoso deve ser capaz de funcionamento independente.*
2. *Serviço intermediário (Intermediate Care Facility – ICF). Não necessita de um diretor clínico. Proporciona cuidados médicos simples, plantão diário de enfermeira-padrão (8 horas). O idoso deve ter controle sobre eliminação, deve ser capaz de alimentar-se, transferir-se da cama para uma cadeira, (sem assistência).*
3. *Serviço de enfermagem especializada (Skilled Nursing Facility – SNF). Necessita de um diretor clínico. Proporciona assistência médica, com suporte hospitalar, cuidados gerais de enfermagem, plantão diário de enfermeira-padrão (24 horas), assistência na eliminação, transferências e deambulações e na alimentação. O idoso deve ser não-agressivo, não-perambulador.*
4. *Serviço para idosos com problemas mentais. Proporciona serviços de enfermagem num ambiente fechado. Idosos requerem enfermagem especializada, são agressivos, têm tendência para perambular, têm um curador.”*

Recentemente no Brasil, as instituições de atendimento ao idoso que prestam serviços de moradia têm sido conhecidas como Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e, especialmente no Estado de São Paulo, têm seguido as normas do Manual de Funcionamento para ILPIs. Essas normas visam o oferecimento de

subsídios técnicos gerontogerítricos, buscando uma melhoria de atendimento e funcionamento (SBGG-SP, 2003).

Segundo este recente Manual, as ILPIs são definidas em:

“estabelecimentos para atendimento integral institucional, cujo público alvo são as pessoas de 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em domicílio. Essas instituições, conhecidas por denominações diversas – abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e asilato – devem proporcionar serviços nas áreas social, médica, de psicologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas, conforme necessidades desse segmento etário” (p.4)...

Junto à definição das ILPIs, elas deverão ser classificadas segundo quatro modalidades:

“Modalidade I

É a instituição destinada a idosos com até uma Atividade da Vida Diária (AVD) (segundo escala de KATZ) comprometida e com capacidade cognitiva preservada, mesmo que requeiram o uso de algum equipamento de auto-ajuda, isto é, dispositivos tecnológicos que potencializam a função humana, como por ex., andador, bengala, adaptações para vestimenta, escrita, leitura, alimentação, higiene, etc. Capacidade máxima recomendada por Unidade⁴: 40 pessoas.

Modalidade II

É a instituição destinada a idosos com até três AVDs afetadas e com comprometimento cognitivo controlado, que necessitam de auxílio e de cuidados especializados e exigem controle e acompanhamento adequado por profissionais de saúde. Capacidade máxima recomendada por Unidade: 30 pessoas.

Modalidade III

É a instituição destinada a idosos com quatro ou a cinco AVDs comprometidas, com quadro demencial e/ou cognição alterada. Necessita de uma equipe multiprofissional de saúde. Capacidade máxima recomendada por Unidade: 30 pessoas.

Modalidade IV

É a instituição destinada a idosos dependentes que requeiram assistência total nas AVDs. Necessita de uma equipe multiprofissional de saúde. Capacidade máxima recomendada por Unidade: 30 pessoas.” (SBGG-SP, 2003, p.4)

Um outro modelo de cuidado de moradia para idosos é denominado de “hospice care”, nos EUA. Refere-se ao ambiente de cuidar de uma pessoa idosa

⁴ Entende-se por Unidade a ala, pavilhão ou espaço destinado a um determinado grupo. Cada instituição poderá ter mais de uma unidade conforme a capacidade física. Os quartos devem ter no máximo quatro pessoas.

acometida por doença terminal. Carrega características similares aos asilos, principalmente quando se busca a história dessas organizações (acolher pessoas carentes, sem família). Ao longo dos anos, o cuidado foi se tornando mais específico para o tratamento e suporte à pessoa sem possibilidade de cura e à sua família. No Brasil, esse modelo de atendimento é similar aos atendimentos domiciliários de longa permanência. O envolvimento de um cuidador responsável que acompanha todo o processo de tratamento é necessário, e um trabalho de suporte psicológico é primordial, visto que a filosofia de trabalho é o suporte e conforto durante o processo de uma doença terminal. Nos EUA, parte desse modelo é financiada pelo sistema público de saúde nacional (*Medicare*) através de contribuições das pessoas com a Seguridade Social. A outra parte vem do sistema público de saúde estadual, com uma parcela do governo federal, para pessoas e famílias carentes (*Medicaid*). Neste último, cabe a cada estado estabelecer regras para a elegibilidade e serviços disponíveis. Já no Brasil, por ser um modelo centrado no atendimento domiciliário, a maior parte é sustentada pelo setor privado. Junto ao setor público, o Programa de Saúde da Família-PSF e o Programa de Atenção Domiciliar-PAD tentam suprir esta demanda (TIRRITO, 2003; DUARTE & DIOGO, 2000).

Os albergues, sendo lugares de “acolhimento” temporário de pessoas mais carentes que usualmente trafegam de município para município, têm sido espaços utilizados por pessoas idosas. Geralmente, nos grandes centros, eles são utilizados como alternativa à moradia temporária para moradores de ruas, principalmente em períodos do ano em que a temperatura é baixa. São espaços públicos mantidos pelo município e oferecem refeição, banho e leito por um período curto de tempo.

A residência temporária, casa lar e república são lugares onde se propõe o atendimento de moradia aos idosos como opção à não-institucionalização, incentivando a autonomia e independência. A residência temporária visa o cuidado, após alta hospitalar, ao idoso semidependente ou dependente, que requeira um cuidado maior, oferecendo por um período (em torno de dois meses) um local temporário de moradia provisório com cuidados básicos às suas condições funcionais, cuidados com a saúde, reabilitação, orientação à família e/ou ao cuidador para um retorno à casa. Pode ser um espaço público ou privado e são poucos encontrados nos municípios brasileiros (DIOGO, 2002).

Nas casas lares, a convivência entre os idosos e a comunidade prioriza a participação, interação e autonomia deles. Idosos que vivem sós, afastados dos familiares, com baixa renda, são sujeitos preferenciais desse tipo de moradia, que desenvolve um caráter participativo, maximiza “jeitos” diferentes de organizar a vida, preservando por mais tempo possível a autonomia e a independência. São lugares que geralmente têm a participação de uma equipe vinculada ao município, que supervisiona este trabalho. O dia-a-dia e a estrutura organizacional das repúblicas são similares aos das casas lares, com a diferença de serem lugares viabilizados em sistema de autogestão. São sinônimos das repúblicas de estudantes (DIOGO, 2002).

As tendências são os centros dia e/ou centro diurno de atendimento ao idoso, assistência domiciliar e/ou atendimento domiciliar (domiciliário). O grande desafio é evitar a institucionalização e oferecer à comunidade alternativa diferenciada, evitando ou prolongando a institucionalização. Por outro lado, acredita-se que, em muitas situações, é necessário manter as ILPI, e observa-se uma procura contínua por esse tipo de lugares, no Brasil, como aponta SIQUEIRA em suas pesquisas na região de Minas Gerais e São Paulo (SIQUEIRA, 2000 e 1997). Nos países desenvolvidos, como nos EUA, Alemanha, e outros, têm-se observado as mesmas características de procura em espaços do tipo ILPI (TIRRITO, 2003).

Os objetivos dos centros-dia/centros-diurno de atendimento ao idoso são prestar cuidados na área da saúde, proporcionar lazer, apoio sociofamiliar e autocuidado. Visam primordialmente uma alternativa à não-institucionalização, mantendo o idoso junto à sua família, à sua casa e, por outro lado, oferecendo os cuidados necessários básicos diurnos, já que ele permanece, durante o dia, neste espaço e, à tarde, volta para casa. É um dos espaços inovadores para atenuar dependências funcionais, sociais, psicológicas, priorizando e estimulando a interação social. No Brasil, este é um dos programas priorizados nas diretrizes do Estatuto do Idoso ainda que escasso na maioria dos municípios (BRASIL, 2004).

Nos EUA, os centros-dia (*day center*) são encontrados na maioria dos estados. Também lá, observa-se um número reduzido deles em relação à demanda do país. No entanto, parece que estão fortemente atrelados a uma das alternativas crescentes e inovadoras de atendimento ao idoso: aos *adult day-care programs*, que

estimulam a interação entre as áreas de saúde, social, cultural, transporte e de recreação, e estabelecem uma rede de suporte e apoio mais abrangente (HEARTLAND SENIOR CENTER, 2004; VIRGINIA TECH ADULT DAY SERVICES, 2004, TIRRITO, 2003).

Essa rede integrada tende a conectar os centros-dia com os serviços/programas: “*adult day-care center*” (que visam atender ao idoso fragilizado), “*outreach services*” e “*social work*” (visitas domiciliares de profissionais qualificados, integrando o idoso aos serviços disponíveis na comunidade), “*transportation services*” (serviços de transporte adaptados), “*senior dining*” (alimentação em refeitórios dos centros para idosos) e “*meals on wheels*” (entrega de refeições no domicílio para idosos). Geralmente, todos esses serviços/programas estão centrados em um “*senior center*” (centro de contatos para idosos, que, além de oferecer atividades sociointegrativas, contribui para uma rede de suporte para os outros serviços descritos) (HEARTLAND SENIOR CENTER, 2004; VIRGINIA TECH ADULT DAY SERVICES, 2004, TIRRITO, 2003).

Um sistema de transporte eficiente, adequado e viável à população com algum tipo de necessidade especial, que facilite o acesso para a sua utilização é assunto emergente e mundial. Em especial para os idosos, parece ser consenso mundial a escassez desse tipo de suporte e apoio na comunidade, o que certamente auxiliaria e incentivaria a sua autonomia e independência. É um tipo de serviço que integra todos os outros programas e serviços descritos nas categorias criadas, e, portanto, não se pode pensar em organizações para idosos sem que haja uma retaguarda de um sistema estruturado de transporte vinculado. É um desafio a ser ultrapassado.

Os programas do tipo centro-dia, em alguns estados dos EUA, desenvolvem duas ênfases de trabalho: *Medical and Social Adult Day Service (ADS) Programs*. Ambos desenvolvem atividades similares: terapêuticas, recreacionais e de interação social. O *Medical ADS Program* tem um custo mais elevado do que o do *Social ADS Program*. Para os usuários, o ambiente do *Social ADS Program* está mais próximo ao familiar em relação ao do *Medical*. Para os cuidadores dos idosos, ambos têm demonstrado resultados positivos, diminuindo o estresse na tarefa que desempenham nos cuidados de uma pessoa idosa (LEITSCH et al., 2001).

As características dos centros-dia na Alemanha não diferem das encontradas nos EUA. A base do trabalho é proporcionar assistência diurna aos idosos com certo grau de dependência, em um ambiente estimulador, acolhedor, mais próximo do ambiente familiar (MENDIONDO, 2002).

Alguns programas que auxiliam o cuidador familiar e/ou o idoso que vive só, em atividades do dia-a-dia, em parte do tempo, dentro ou fora de casa, ou em períodos mais prolongados, dando suporte, apoio e “tomando o lugar do cuidador” por um período de tempo, proporcionando-lhe uma “folga”, são alternativas utilizadas com frequência. São denominadas de *respite programs* e podem fazer parte de outros serviços, tais como: centros dia, assistência domiciliar, instituições de longa permanência (TIRRITO, 2003).

Grande destaque tem se dado à assistência domiciliar e/ou atendimento domiciliar/domiciliário⁵ nos últimos anos no Brasil. Visa incentivar a independência e autonomia, assim como reforçar vínculos familiares e de vizinhança para pessoas idosas com certa limitação em seu domicílio. Essa atenção tende a ser um jeito mais integrado de promoção à saúde, porém isso nem sempre acontece, dependendo dos profissionais envolvidos e da disponibilidade financeira da família, que, quando pode, opta pelo atendimento privado.

O PSF —Programa de Saúde da Família— uma estratégia de atenção no ambiente domiciliário, com uma equipe multiprofissional que visa um trabalho interdisciplinar. Contudo, na prática, nem sempre é realizado este tipo de trabalho. Fica, neste sentido, o modelo de assistência domiciliar, mais restrito a profissionais autônomos e a uma pequena parcela da população que dispõe de recursos socioeconômicos viáveis para usufruir desses serviços. Outra variável que restringe esse tipo de trabalho é a qualificação profissional adequada para o desenvolvimento de um trabalho com qualidade (DUARTE, 2001; PINTO & FERRARI, 1990).

A integração de diferentes níveis de atenção e de diversos tipos de serviços disponíveis na comunidade tem sido uma das ênfases, nos países desenvolvidos, da atenção a uma população mais envelhecida, principalmente no que diz respeito aos aspectos de moradia. A estruturação de novos modelos de atenção de moradia

⁵ Embora se utilize mais o termo *atendimento domiciliar*, o mais adequado é *atendimento domiciliário*, já que as raízes das palavras significam: Domiciliar (dar domicílio, recolher em domicílio) e Domiciliário (relativo a domicílio, feito no domicílio) (DUARTE & DIOGO, 2000).

(*housing programs*) que dêem suporte às pessoas, desde serviços e programas para aqueles que são independentes, passando gradualmente para diferentes níveis de dependência, é o alvo atual nestes países. Daí surgem, os lugares denominados de *retirement communities, assisted-living houses, granny flats, home sharing, adult foster homes* e *residential-care facilities* (TIRRITO, 2003; HARDY, 2002; MADDOX, 2001; WACKER, ROBERTO & PIPER, 1998).

Dentre estes, os *Continuing-Care Retirement Communities-CCRCs* têm tido destaque, pois abrangem diferentes acomodações e tipos de serviços e programas, que integram suporte e apoio para pessoas idosas. Os CCRCs dispõem de diferentes unidades de acomodações de moradia e complementos de atividades de suporte e apoio na manutenção básica do dia-a-dia (alimentação, limpeza do espaço de moradia, transporte), além de oferecimento de variadas atividades com caráter sociointegrativas. As unidades de moradia, nestes espaços, são agrupadas em diferentes níveis de atenção e proporcionam um apoio para aqueles que, por algum motivo, necessitem de mais atenção e/ou de cuidado mais específico ou de longa permanência. Esses espaços têm a retaguarda de um hospital geral local para casos de emergência ou hospitalização (TIRRITO, 2003; SENIOR HOUSING & RESOURCE OF WESTERN VIRGINIA GUIDE, 2004; HARDY, 2002).

No Brasil, o oferecimento de espaços como os citados no parágrafo anterior ainda é ausente. Existe a necessidade de conhecer a demanda de cada município para que se estabeleça ações mais eficazes e de espaços mais adequados a cada demanda. Neste sentido, poucos estudos trazem um levantamento nacional sobre instituições de atendimento ao idoso, salvo o de HÔTE (1988), que realizou uma pesquisa extensiva em 1984. O trabalho desse autor indica que, no ano da pesquisa, uma proporção de 0,6% a 1,3% da população idosa encontrava-se institucionalizada. A pesquisa de CACHIONI (1999 e 2003) descreve, em maiores detalhes, um levantamento sobre as instituições “Universidades da Terceira Idade” no Brasil e nos países de origem, França, exemplificando ações emergentes a necessidade da época. Outros estudos isolados definem algumas instituições e programas para idosos por regiões. Entretanto, como salienta SIQUEIRA (1997), a

“procura crescente por vagas nas tradicionais entidades assistenciais representadas por asilos e nas mais novas modalidades de atendimento,

casas geriátricas, demonstra que entre as diversas modalidades de atendimento voltadas para a população idosa, a institucionalização constitui-se uma necessidade para idosos de diferentes níveis de renda” (p.1).

A década de 70 é marcada pela estruturação de escolas abertas para a terceira idade sob a influência dos programas franceses, cujo objetivo centrou-se em informações a respeito dos aspectos biopsicossociais do envelhecimento, dos programas culturais e de lazer para a população idosa.

Na década de 80, algumas universidades abrem espaço educacional para a população idosa e para os profissionais interessados nos aspectos sobre o envelhecimento, diluídos nos currículos básicos de seus cursos. Porém, é durante a década de 90 que novos espaços nas universidades e nas universidades abertas para a terceira idade se expandiram e tomaram mais força na estruturação de seus programas e serviços na perspectiva de educação continuada (CACHIONI, 1999 e 2003).

Os projetos de educação continuada em universidades e as universidades abertas da terceira idade estão se expandindo. Os primeiros são desenvolvidos nas dependências de universidades e oferecem algumas disciplinas na grade de cursos de graduação para idosos juntamente com alunos regulares. Também, vinculado ao setor cultural da universidade que dispõe desse projeto, oferece cursos semestrais para idosos, por exemplo, turmas de dança, teatro e cursos de extensão de diversas especialidades. Muitas universidades também têm investido no complemento da educação continuada para os adultos, por meio de novas tecnologias, dentre elas, a informática. Essa rede de educação tem sido muito explorada nos EUA como aponta TIRRITO (2003).

Já as universidades abertas da terceira idade têm como proposta a educação continuada, estabelecendo um currículo mínimo de atividades em forma de cursos próprios, em espaços próprios, expandindo a participação para pessoas acima de 50 anos. As disciplinas estão condensadas dentro de um eixo comum de conteúdo interdisciplinar em diversas áreas. Desenvolvem atividades de lazer, social, física e cultural, além de oficinas de aprendizado, habilidades manuais, dentre outras (CACHIONI, 2003 e 1999).

Na perspectiva de educação, também se observa uma crescente participação de idosos em programas de alfabetização e em espaços de bibliotecas à procura de mais informação acerca da língua portuguesa e dos aspectos do envelhecimento. Em função de um grande número de pessoas idosas brasileiras não ter tido oportunidade de obter uma escolaridade básica, os programas de alfabetização têm tido destaque nos últimos anos, principalmente por acreditar ser este um caminho para a inclusão social. Novos acervos de literatura sobre a velhice, envelhecimento e aspectos correlacionados têm sido disponibilizados em algumas bibliotecas. É necessário ainda criar mecanismos de melhor manuseio dessas obras, como impressão em letras maiores, em negrito, melhor distribuição do texto em páginas, disponibilização em todas as bibliotecas públicas, dentre outros, para que tais serviços não se concentrem em uma parcela pequena de usuários, abrangendo também aqueles com certa limitação.

Os centros de convivência/centros comunitários estão contemplados nas diretrizes do Estatuto do Idoso. Cada município deve implementar espaços com essas características, abrangendo programas para todas as faixas etárias e objetivando, além da interação social, o exercício e orientação dos aspectos de cidadania. Contudo, na prática, tem-se observado o desenvolvimento de atividades relacionadas aos aspectos de lazer, diversão e entretenimento (DEBERT, 1999a; MENDIONDO, 1996). Geralmente, esses grupos centralizam atividades específicas em determinadas ocasiões em cada município, interagindo com outros grupos e espaços que desenvolvem atividades com os mesmos objetivos, como o festival de jogos (geralmente acontece na semana do idoso), o turismo (através de viagens programadas) e as oficinas de trabalho, com ênfase no desenvolvimento de novas habilidades e/ou aprendizagem profissional para o mercado de trabalho.

O turismo para a terceira idade tem crescido nos últimos anos. Muitas agências têm se especializado nesse setor e também têm buscado novas estratégias de absorver pessoas dessa faixa etária, como por exemplo, o intercâmbio para a terceira idade. Nos EUA, Canadá e outros países desenvolvidos, encontram-se programas com essa tendência há mais tempo, tanto de abrangência internacional quanto nacional. Estão denominados junto aos *elderhostel programs* e combinam as características de turismo-viagem com a oportunidade de aprendizado, sendo

classificado dentre os serviços de educação continuada (*continuing education*) (TIRRITO, 2003).

A expansão e integração de programas de educação continuada para a população é um caminho que contribui para a inclusão social. Contudo, é necessário focalizar em educação igualdade de acesso a todos, integração de programas e, acima de tudo, a formação dos profissionais envolvidos: caso contrário, a exclusão social tende a ser mais acentuada (PALMA & CACHIONI, 2002).

Os programas de (re)qualificação profissional e os programas de preparação para a aposentadoria-PPA também são formas de educação permanente, no sentido de desenvolver novas habilidades para o mercado de trabalho e para a satisfação das pessoas, assim como preparar para o período pós-aposentadoria, educando a população para compreender as diversas etapas da vida, dentre elas: a velhice. Esses programas são em número reduzido no Brasil. Alguns países na América Latina (Argentina, Chile) têm se envolvido mais com estes programas, embora restritos a grandes empresas e a pessoas ligadas a cargos de alto escalão. Na América do Norte, algumas universidades têm desenvolvido esses programas junto aos seus funcionários (TIRRITO, 2003).

Frente às novas demandas sociais, em especial, devido à população idosa que busca novas formas de assistência e de cuidados quando necessários, a sociedade acaba por criar mecanismos que visem supri-las. No Brasil, nas últimas décadas, tem-se trabalhado em diferentes setores sociais, por meio de uma Política Social para o Idoso, da Política Nacional do Idoso, Lei n.8.842 (PODER EXECUTIVO-MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 1998). A Política Nacional do Idoso, de competência dos órgãos públicos, sem dúvida, deu um impulso à implementação de novas alternativas de atendimento. Infelizmente, nem todas as alternativas estão concretizadas e, em muitos municípios, são desconhecidas.

O **QUADRO 1.1** (Legislação sobre alternativas de atendimento para idosos) descreve a legislação existente no Brasil, trazendo de modo sintético os recursos disponíveis de assistência aos idosos e suas ações.

QUADRO 1.1: Legislação sobre alternativas de atendimento para idosos⁶

<p>Lei N.8.842, de 4 de janeiro de 1994: Política Nacional do Idoso</p>	<p>Secção II Cap. IV: Das ações governamentais. Art. 10. Na implementação da Política Nacional do Idoso, são competência dos órgãos e entidades públicos:</p> <p>.....</p> <p>b) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros;</p>
<p>Decreto N.1.948, de 3 de julho de 1996: Regulamenta a Lei N.8.842</p>	<p>Art. 2^o. Ao Ministério da Previdência e Assistência Social, pelos seus órgãos compete:</p> <p>IV – estimular a criação de formas alternativas de atendimento não-asilar</p> <p>.....</p> <p>Art. 4^o. Entende-se por modalidade não-asilar de atendimento:</p> <p>I- CENTRO DE CONVIVÊNCIA: local destinado à permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania;</p> <p>II- CENTRO DE CUIDADOS DIURNOS (HOSPITAL-DIA, CENTRO-DIA): local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência multiprofissional;</p> <p>III- CASA-LAR: residência, em sistema participativo, cedida por instituições públicas ou privadas destinada a idosos detentores de renda insuficiente para a sua manutenção e sem família;</p> <p>IV- OFICINA ABRIGADA DE TRABALHO: local destinado ao desenvolvimento, pelo idoso, de atividade produtiva, proporcionado-lhe oportunidade de elevar sua renda, sendo regida por normas específicas;</p> <p>V- ATENDIMENTO DOMICILIAR: é o serviço prestado ao idoso que vive só e seja dependente, a fim de suprir as suas necessidades da vida diária. Esse serviço é prestado em seu próprio lar, por profissionais da área da saúde ou por pessoas da comunidade.</p> <p>VI- OUTRAS FORMAS DE ATENDIMENTO: iniciativas surgidas, na própria comunidade, que visem à promoção e integração da pessoa idosa na família e na sociedade</p> <p>.....</p> <p>Art. 9^o. Ao Ministério de Saúde, por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde, em articulação com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, compete:</p> <p>VII- Desenvolver e apoiar programas de prevenção, educação e promoção da saúde do idoso de forma a:</p> <p>a) estimular a permanência do idoso na comunidade, junto à família, desempenhando papel social ativo, com a autonomia que lhe for própria;</p> <p>b) estimular o autocuidado e o cuidado informal;</p> <p>c) envolver a população nas ações de promoção da saúde do idoso;</p> <p>d) estimular a formação de grupos de auto-ajuda, de grupos de convivência, em integração com outras instituições que atuam no campo social</p> <p>.....</p> <p>XIV- estimular a criação, na rede de serviços do Sistema Único de Saúde, de unidades de cuidados diurnos (hospital-dia, centro-dia), de atendimento domiciliar e outros serviços alternativos para o idoso.</p> <p>Art. 18^o. Fica proibida a permanência em instituições asilares, de caráter social, de idosos portadores de doenças que exijam assistência médica permanente ou de assistência de enfermagem intensiva, cuja falta possa agravar ou pôr em risco sua vida ou a vida de terceiros.</p> <p>Parágrafo único. A permanência ou não do idoso doente em instituições asilares, de caráter social, dependerá da avaliação médica prestada pelo serviço de saúde local.</p>

⁶Extraído de MENDIONDO (2002), p.225-226.

<p>Portaria N.2.874, de 30 de agosto de 2000, da Secretaria de Estado de Assistência Social: Altera dispositivos da Portaria N.2.854, que institui modalidades de atendimento que observem o contido na Política nacional de Assistência Social.</p>	<p>Art. 5^o. – Estabelecer que sejam mantidas as modalidades de atendimento prestadas a idosos e, a partir do presente exercício, sejam implementadas novas modalidades que privilegiem a família como referência de atenção, assim como alternativas que reforcem a autonomia e independência da pessoa idosa, quais sejam: Residência com Família Acolhedora, Residência em Casa-Lar, Residência em República, Atendimento em Centro-Dia e Atendimento em Centros de Convivência.</p>
<p>Portaria SAS/ N^o.249, de 12 de abril de 2002, que cria os mecanismos para a organização e implementação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso</p>	<p>Anexo II: Orientações Gerais para a Assistência à Saúde do Idoso</p> <p>.....</p> <p>1- HOSPITAL-DIA GERIÁTRICO: O regime de Hospital-Dia se constitui numa forma intermediária de atendimento à saúde, situada entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar, ou complementar a esta, que tem por objetivo viabilizar uma assistência global à saúde do idoso adequada para aqueles cuja necessidade terapêutica e de orientação de seus cuidadores não justifique sua permanência contínua em ambiente hospitalar e/ou auxiliar as famílias que não apresentam condições adequadas para as demandas assistenciais do idoso.</p> <p>.....</p> <p>2- ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE DO IDOSO A Assistência Domiciliar à Saúde do Idoso é aquela assistência prestada no domicílio do paciente por serviço integrante de um Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso e executada por equipe multiprofissional e interdisciplinar com competência em saúde do idoso, compreendendo um conjunto de procedimentos: diagnósticos e terapêuticos, reabilitação motora, respiratória, psíquica e social; trabalho junto à família e cuidador, buscando a autonomia nos cuidados do paciente, procura de soluções de apoio e ajuda na sociedade e instituições afins.</p> <p>.....</p> <p>3- ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE ALZHEIMER Os Centros de Referência são responsáveis pelo diagnóstico, tratamento, acompanhamentos dos pacientes, orientação a familiares e cuidadores e pelo que mais for necessário à adequada atenção aos portadores da Doença de Alzheimer. Estão envolvidos, ainda neste processo assistencial, cuidados de enfermagem, fisioterápicos, de terapia ocupacional, de fonoaudiologia, psicológicos, de estimulação cognitiva e comportamental (individual/grupal), nutricionais e dietéticos.</p>

Nem todos os programas descritos no **QUADRO 1.1** estão em funcionamento, embora estejam previstos em lei. Por exemplo, centros-dia, hospitais-dia ainda são poucos no Brasil e, sem dúvida, contribuiriam muito nas ações para o cuidado ao idoso com certo grau de dependência, assim como suporte à família e comunidade em geral.

Em 1º de outubro de 2003, foi promulgada a Lei nº 10.741 que discorre sobre o Estatuto do Idoso e reformula outras providências no que diz respeito ao atendimento à população idosa no Brasil. Ela busca aprimorar e efetivar ações integradas de atendimento à população idosa em todos os níveis de atenção, assim como focalizar a responsabilidade dos municípios e dos estados em implementar e fornecer o apoio necessário às novas demandas junto a pessoas idosas e à comunidade (BRASIL, 2004).

Na Alemanha e Inglaterra, os serviços de suporte social-financeiro para as pessoas são considerados dos mais completos. Nesses países, desde o final do século XIX, houve a necessidade emergente de mudanças na estrutura de apoio aos serviços públicos de saúde, atenção básica e suporte social-financeiro. Desde então, eles têm investido em serviços que possam atender e oferecer à população uma melhor qualidade de vida (TIRRITO, 2003; BORGES, 2002).

No Brasil, a Seguridade Social (que é composta pela saúde, pela previdência social e pela assistência social) têm contribuído com medidas de suporte a essas áreas desde 1988. O trabalho integrado às áreas envolvidas é uma das diretrizes, embora, na prática, se observe a dificuldade dessa integração. Muitos municípios buscam esta integração por meio da união e do trabalho paralelo entre as Secretarias de Promoção Social de Saúde e de Educação, entre os: SOS idoso ou disque idoso, entre as curadorias jurídicas, dentre outros órgãos, de competência de assuntos da comunidade, trabalhando e encaminhando ações necessárias para eles (BORGES, 2002).

Os conselhos e fóruns são organizações de atuação sociopolítica de determinados segmentos da população. A participação representativa da população nesses espaços é de grande importância no prosseguimento de políticas públicas.

Os Conselhos de Idosos são fruto de movimentos sociais, e se tornaram efetivos pela Lei 8842/94. Primeiramente, criou-se o Conselho Nacional do Idoso, seguido dos Estaduais, Municipais e do Distrito Federal (PAZ, 2002).

Faz-se necessário um olhar mais apurado e crítico sobre novas políticas municipais e nacionais que possam oferecer condições dignas a segmentos populacionais. É necessário que a política social leve em conta as diversidades regionais tão marcantes em nosso país. Dessa forma, os conselhos municipais são, sem dúvida, espaços importantes de participação, reflexão, elaboração e fiscalização de metas a serem desenvolvidas frente às necessidades locais.

Até a década de 60, pouco se discutia a respeito de organizações de atendimento ao idoso no sentido de enfatizar os aspectos positivos que essa etapa da vida pode oferecer. Somente na década de 70 e 80, com a atuação de atores sociais interessados nessa problemática é que uma discussão e formulação de normas, leis e a contribuição de diferentes áreas de saber foram ganhando forma e força, concentrando interesses, necessidades para efetivar as ações sociais para essa camada da população, proporcionando uma visão complexa acerca do envelhecimento, expandindo diferentes entendimentos sobre a velhice (PASCHOAL, 2002a; NERI, 2001a).

Os movimentos sociais também marcam sua importância na luta pela transformação social, recriando as concepções de direitos e de cidadania. “*Dentre os mecanismos de participação conquistados neste período, destacam-se: os Conselhos Gestores de Políticas Públicas, o dispositivo de Iniciativa Popular de Lei, as Audiências Públicas...*” como descreve o GRUPO DE ESTUDOS SOBRE A CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA (1998/1999). Há também um desencadeamento do processo de uma nova visão e enfoque na velhice por parte do Estado e da sociedade. A “reinserção” social do idoso foi priorizada, deixando de lado uma visão negativa da velhice (ligada, por exemplo, à perda de saúde, de desejos, de utilidade, de dignidade). Nesse sentido, a trajetória da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), descrita por LOPES (2000), traz grande contribuição para novos conceitos, discussões e reflexões sobre a velhice, seus aspectos na sociedade e caminhos a serem traçados.

A “Era da Multidisciplinaridade” (LOPES, 2000) na trajetória da SBGG foi marcada pela entrada de muitos profissionais de diversas áreas, expandindo a reflexão sobre os aspectos da velhice e colaborando, de forma significativa, para as novas medidas e tendências na esfera pública de direitos e deveres relacionados a essa população. Acima de tudo, um comprometimento real com a questão do idoso desponta e aponta para novas perspectivas de avanço e de aprofundamento no estudo dos aspectos da velhice e do processo de envelhecimento no Brasil. O manual de funcionamento das ILPIs (SBGG-SP, 2003) é um exemplo dessas ações multiprofissionais, que foi produzido em parceria com a Comissão de Assessoria Técnica a ILP, da SBGG, de várias instituições do estado de São Paulo, representantes do governo do estado e universidades federais. Os resultados apontam para uma maior preocupação com a qualidade de atendimento aos idosos e com a busca de novas alternativas de programas e serviços que dêem conta de atender à demanda crescente a cada ano.

No estado de São Paulo, destacam-se organizações de atendimento ao idoso que priorizam as áreas da saúde, moradia, lazer, vida social e cultural. Nos serviços destinados à saúde, encontram-se programas e atendimentos em ambulatórios, clínicas médicas, postos de saúde, hospitais, centros de atendimento de urgência, dentre outros. Dentre os serviços de moradia, destacam-se os asilos, abrigos, casas de repouso, clínicas geriátricas, pensionatos, casas transitórias. A maioria desses serviços de moradia é ou foi estruturada com caráter filantrópico ou com vínculo a entidades religiosas. O predomínio desse tipo de serviço é aquele que se conhece por asilo, onde a institucionalização do idoso acaba acontecendo e pode acentuar a exclusão social dos seus moradores (PAVARINI, 1996).

Os programas e serviços destinados à saúde não são específicos do atendimento à população idosa, mas, sim, destinados a todas faixas etárias da população. As Unidades Básicas de Saúde-UBS estão vinculadas ao Sistema Único de Saúde-SUS e embasadas nas suas diretrizes e da Política Nacional de Saúde-PNS. Se o município atuar sob as diretrizes de Gestão Plena de Atenção Básica à Saúde, cabe-lhe o gerenciamento de seu sistema de saúde, o que lhe confere maior autonomia das suas ações.

Caracterizam-se pela atenção básica à saúde e, geralmente, estão localizados em diversos bairros do município. Oferecem atendimento de consultas clínicas, programas de vacinação, medicamentos, exames preventivos, atendimento odontológico, dentre outros. Atendem a população em geral, em sistema de cinco dias da semana, e cada UBS conta com uma equipe mínima (médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem). Nessas unidades, denominadas de “porta de entrada” nas questões de saúde/doença, o atendimento aos idosos tem aumentado muito, segundo observações empíricas. Nessa mesma perspectiva de cuidados encontram-se no setor privado as clínicas médicas ou clínicas geriátricas.

Outros programas têm sido incorporados às UBS seguindo as normas de funcionamento do SUS. Dentre eles: o programa de saúde bucal, que visa medidas de prevenção, promoção e tratamento bucal da população em geral; o programa de vacinação, que, para a população idosa, acontece anualmente, focaliza medidas preventivas contra o vírus da gripe. Esse programa é de âmbito nacional e, nos últimos anos, tem tido sido mais procurado em relação aos anos anteriores.

Dentro de sua especialidade em medicina, o geriatra se dedica ao estudo da clínica da velhice compreendendo medidas de prevenção e o cuidado de algumas doenças do envelhecimento. Atende à população idosa em espaços privados, públicos e/ou conveniados e tem tido destaque em alguns municípios, visto o aumento da população adulta e com mais anos de vida, assim como o de doenças crônicas e de doenças típicas da velhice (NERI, 2001b). Embora esse profissional tenha ganhado destaque nos últimos anos, há necessidade de maior divulgação de seu trabalho, dado o desconhecimento da população, assim como a de aumentar o número de profissionais que se dedicam à especialidade.

Os hospitais/ambulatórios, geralmente, dão suporte a outros serviços de atendimento à população em casos de internação, procedimentos cirúrgicos e procedimentos de urgência. Dentre eles, alguns têm sistema ambulatorial associado. Usualmente dão seqüência a tratamentos e a procedimentos mais técnicos e evasivos.

Os centros de especialidade e/ou centros de reabilitação atuam vinculados às diretrizes das UBS, através de encaminhamento do médico clínico geral para consultas com um especialista. Junto à população idosa, o geriatra tem sido um dos médicos especialistas neste espaço, assim como os de outras especialidades. Alguns

centros de especialidade acabam por incorporar programas de reabilitação, surgindo os centros de reabilitação, cujo principal objetivo é trabalhar a reabilitação física, mental e/ou social de acordo com a necessidade do paciente. Muitas vezes, esses centros acabam sendo denominados de centros de reabilitação social, por abordar em, de modo mais global, aspectos de saúde/doença. Por se tratar de procedimentos mais específicos com profissionais especializados e qualificados, em muitos municípios esses centros ocupam o mesmo espaço.

O Programa de Saúde da Família-PSF é um dos programas vinculados ao Ministério da Saúde, juntamente com os municípios que atuam sob a Gestão Plena de Atenção Básica, desenvolvendo atendimentos de saúde em domicílio. Atende à família em geral, com enfoque na prevenção e promoção à saúde. Atua neste programa uma equipe básica de profissionais, dentre eles, médico, enfermeira, psicóloga e agentes de saúde comunitários. É uma estratégia de trabalho do SUS para que haja multiplicadores e supervisores da saúde da família.

O Programa de Intervenção Domiciliar-PID vincula-se à implementação da Gestão Plena de Atenção à saúde do município, seguindo as diretrizes básicas sugeridas no Programa de Atenção Domiciliar (PAD), cujo nome tem variado de município para município. Atende à população por meio de procedimentos de cuidados especializados à saúde no domicílio, via encaminhamento do médico responsável pós-alta hospitalar, segundo a necessidade do paciente. Geralmente, esse procedimento de cuidado em domicílio é acompanhado pelo médico e/ou uma enfermeira, por ser um programa que se segue a procedimentos mais técnicos e especializados. Pode haver um treinamento do cuidador familiar para auxiliar no cuidado diário.

Visto o grande avanço na tecnologia científica, especificamente nas inovações de técnicas de biologia molecular, pesquisadores têm se dedicado ao estudo de padrões genéticos herdáveis associados ao processo do envelhecimento e longevidade, denominando-os de Projetos Genéticos. O alvo é pesquisar sobre:

“1. Indivíduos afetados por síndromes que aceleram o processo de envelhecimento e/ou encurtamento da vida; 2. indivíduos que vivem além da expectativa média da população, particularmente centenários; 3. indivíduos provenientes de famílias fortemente afetadas por doenças crônico-degenerativas associadas à idade, como demências, doenças cardio-

vasculares e neoplasias”, procurando prolongar e melhorar padrões genéticos com a qualidade de vida (CRUZ, 2002, p.23).

Algumas ILPIs no estado de São Paulo estão expandindo suas atividades com a inclusão de novos participantes idosos, durante o período diurno. Esse movimento é uma das alternativas viáveis de manter o idoso por mais tempo possível junto à sua família, sua casa e a comunidade, conforme é proposto nos centros-dia de atendimento do idoso. Essa é uma ação que demonstra um movimento de mudança na sociedade, mesmo que ainda tímida e isolada.

PAVARINI (1996) e DEBERT (1999a) discutem que os serviços voltados às atividades de lazer, esporte, vida social e cultural têm se ampliado significativamente, embora sejam precários em relação ao número de idosos usuários e à qualidade do atendimento. Por outro lado, essa rede de serviços aos idosos tem sido focalizada sob a perspectiva da integração deles na família e na sociedade. Nesse sentido, os programas do Serviço Social do Comércio-SESC, Centros de Convivência, Universidades Aberta para a Terceira Idade, Projetos da Secretaria da Promoção Social do Estado, dentre outros, têm-se ampliado e se organizado em alguns municípios.

O Programa Regional de Saúde dos Idosos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) recomenda, de forma clara e objetiva, as ações efetivas necessárias às mudanças ao atendimento ao idoso, enfatizando que:

“ cada país procure, por todos os meios disponíveis, desenvolver programas e serviços não-tradicionais de atenção ao idoso, visando alcançar um bem-estar integral desta população no prazo de tempo mais curto e de custo/benefício mais baixo. Enfatiza, ainda, a necessidade absoluta de regulamentação e vigilância permanente do funcionamento dos diferentes serviços de atenção ao idoso, pelas autoridades públicas competentes, procurando evitar que a assistência a esses cidadãos velhos não seja fonte inescrupulosa e desenfreada de lucro por setores empresariais da comunidade, que prejudica ainda mais o equacionamento da difícil problemática de atenção a estas pessoas”.

(BRITTO & RAMOS, 2002, p.401)

Encontram-se, em alguns municípios do estado de São Paulo, programas e serviços, como grupos de apoio para cuidadores familiares de idosos, centros comunitários, programas de atividades físicas para idosos, centro de reabilitação social, associação de cuidadores de portadores de Alzheimer, conselho municipal do

idoso, dentre outros. Muitos deles estão vinculados a algumas universidades, as quais desempenham um papel importante na geração de alternativas inovadoras e relevantes ao atendimento de demandas sociais. Outros são resultados de movimentos sociais da própria comunidade em parceria com os municípios envolvidos. Vê-se, nesse sentido, uma tendência de alternativas diferenciadas das conhecidas “tradicionalis” para um bem-estar individual e coletivo na chamada velhice “bem sucedida”, embora em pequeno número e muitas vezes inadequadas quanto à estrutura física e recursos disponíveis.

Grupos de apoio e orientação para cuidadores têm o objetivo principal de orientar os cuidadores de pessoas idosas, formal e/ou informal, sobre os aspectos do envelhecimento, sobre estratégias no desempenho da tarefa de cuidar do idoso visando melhorar o cotidiano de todos os envolvidos. Geralmente, as atividades são desenvolvidas em grupos ou em atendimentos domiciliares. Fazem parte desses grupos o ensino, pesquisa e extensão. São grupos que estabelecem a interface com o suporte/encaminhamento para outros setores de atendimento ao idoso (BARHAM et al., 2001; VAROTO et al., 1999).

Buscar novos amigos, preencher o tempo livre e interagir socialmente são aspectos enfatizados em alguns espaços públicos, com a participação assídua de idosos, como por exemplo, as praças públicas. As praças também são espaços propícios para a interação de gerações, como salienta PEIXOTO (1995).

A integração de diferentes gerações por meio de atividades desenvolvidas em conjunto tem sido um dos temas atuais de pesquisa no mundo todo. Alguns denominam de projetos intergeracionais ou programas intergerações, e têm como objetivo principal explorar e dividir conhecimentos, potencialidades e experiências entre idosos, adultos, jovens e crianças. A literatura aponta esta tendência e necessidade mundial em quase todos os países: EUA, Canadá, Coréia, Europa, Brasil (TIRRITO, 2003; MENDIONDO, 2002).

Dada a grande importância de espaços e participação popular em lugares públicos, não se pode deixar de citar aqui: algumas associações, como a de cuidadores, a de aposentados e a de bairros, que foram organizadas a partir de movimentos sociais.

Os movimentos sociais geram inovações nas esferas pública e privada, envolvendo participação e luta por objetivos comuns. Produzem espaços de negociações, de resolução de interesses, de conflitos a partir de uma cultura participativa na sociedade. As associações citadas têm sido de grande relevância em muitos municípios, atuando em prol da melhoria de vida da pessoa idosa e de quem a cerca (GOHN, 2002; DEBERT, 1999b).

As práticas articuladas nos espaços públicos demonstram estruturas de suportes sociais que se organizam na medida em que novas demandas surgem. Paralelamente a essas práticas, a presença de pessoas desenvolvendo ações de voluntariado é marcante e tem tomado uma dimensão maior nos últimos anos no Brasil. Trabalhos voluntários em diversas instituições para idosos são práticas desenvolvidas desde há muito tempo e hoje se vêem pessoas de todas as idades atuando neste trabalho, em especial idosos sendo voluntários em diversos trabalhos em entidades sociais, filantrópicas, de ajuda a necessitados, a pessoas carentes de forma geral. Por ser um trabalho sem obrigação de dever, espontâneo, cuja motivação está em ser solidário, a adesão a ele tem crescido (LAFIN, 2002).

Algumas organizações religiosas integram o voluntariado como parte de suas atividades cotidianas, além de desenvolverem programas para adultos e idosos, como viagens, passeios, assistência financeira, assistência alimentícia e social, transporte e outros que enfatizam um trabalho de “auxílio aos necessitados”. As dimensões religiosas, espirituais do ser humano e, em especial, dos idosos têm demonstrado uma forte ligação com os aspectos da melhoria do envelhecimento. A união de trabalho entre entidades religiosas, órgãos do governo e profissionais qualificados deveria ter maior ênfase, no sentido de que esses espaços deixem de caracterizar uma ajuda assistencialista para acarretar mudanças de atitudes no decorrer da vida (BULLOCK, 2004; TIRRITO, 2003; GOLDSTEIN & SOMMERHALDER, 2002).

Dar oportunidades a voluntários em programa e serviço disponível na comunidade é desafiador na medida em que engloba um trabalho sério, multi e interdisciplinar com orientações e participações efetivas no cotidiano dos espaços e das pessoas envolvidas.

Em novembro de 2002, foi lançado, no mercado brasileiro, um serviço de apoio aos idosos, inicialmente no Estado de São Paulo, denominado de AlôHelp. “O

idoso usa um sensor, em forma de relógio ou colar, com botões de emergência que podem ser acionados caso ele tenha algum problema. Quando o sensor é acionado, o aparelho estabelece automaticamente comunicação com uma central de monitoramento que funciona 24 horas por dia. Essa central dispõe de um prontuário médico completo de cada assinante e de orientações familiares e está capacitada para adotar o procedimento mais adequado para aquela emergência” (FOLHA EQUILÍBRIO DE SÃO PAULO, 2003, p.7). Esse serviço já é utilizado há algum tempo nos países desenvolvidos, e geralmente seu usuário é o idoso que mora sozinho ou que fica só a maior parte do tempo em sua casa ou de seus familiares. É considerado um serviço de suporte, tanto a ele quanto à família, e trabalha de forma integrada com ambos (HEARTLAND SENIOR SERVICES, 2004; TIRRITO, 2003). No mercado brasileiro, parece ganhar importância como serviço de suporte e apoio também. No entanto, pelo alto custo financeiro do equipamento e monitoramento, atende a usuários de um nível socioeconômico diferenciado e, portanto, a um número reduzido deles.

As características sociodemográficas do Brasil, as suas mudanças ao longo dos últimos anos e principalmente a diversidade de regiões são variáveis primordiais a serem consideradas e analisadas com certa urgência, para que se faça uma reorganização e ampliação de políticas públicas ao atendimento à comunidade, à população idosa, buscando solucionar suas necessidades e demandas (BORN, 2002; SIQUEIRA, 1997; PAVARINI, 1996; PERRACINI, 1994).

KARSCH (2003 e 1998) discute a importância de políticas sociais efetivas e integradas na comunidade, que articulem e incentivem serviços de atendimento aos idosos. Cita exemplo dos programas “community care” em países desenvolvidos, como a Inglaterra, como alternativa que exijam menos recursos financeiros de assistência à saúde, baseados no conhecimento de recursos formal e informal existentes no local de estudo. Incentivam o conhecimento de quem oferece cuidado aos idosos mais fragilizados para se implementar ações de suporte e apoio aos mesmos e aos seus cuidadores. Os Continuin-Care Retirement Communities-CCRCs, também são espaços que têm tido destaque nos países desenvolvidos, pois integram diferentes unidades de moradia e diferentes serviços de suporte e apoio disponíveis, em diferentes níveis de atenção. Focalizam a independência, a

autonomia e oferecem parte do cuidado necessário de que uma pessoa necessita, através do coletivo e da qualidade de vida cotidiana (TIRRITO, 2003).

A implantação de cuidados comunitários, segundo KARSCH (2003), é certamente uma estratégia interessante de integrar rede de suporte formal e informal para o atendimento ao idoso. Contudo, esse estudo sinalizou que a rede de suporte e apoio na comunidade parece ter uma dimensão ainda maior da discutida na interação dos serviços disponíveis. É necessário buscar mecanismos de acesso a eles, pois, o acesso a aqueles já existentes também é restrito a uma parcela da população. A autora denomina os cuidadores familiares de idosos, como sendo “parceiros da equipe de saúde” que contribuem para esta denominação munidos de informações, orientações, ajudas e demonstrações de formas de cuidados adequados aos idosos mais fragilizados.

Serviços de ajuda domiciliar, centros de atendimento-dia, centros de orientação e apoio ao idoso e seu cuidador, programas de saúde da família, programas de intervenção domiciliar, serviços geriátricos comunitários são alternativas eficazes para atender à população idosa, principalmente aquela com algum grau de dependência. Essas alternativas ainda são restritas, embora previstas em lei. A exemplo do que ocorre em muitas outras áreas, existe uma defasagem entre as políticas sociais existentes para o atendimento ao idosos e a sua efetiva implementação.

Com base neste levantamento sobre os serviços existentes e suas limitações, percebe-se que é necessário trabalhar em diferentes modelos de atenção ao idoso, focalizando-se o processo de envelhecimento “saudável”, “bem sucedido”, independente e com autonomia.

Por outro lado, também se faz necessária a implementação de assistência ao idoso fragilizado (com algum grau de dependência) já que a assistência a essa camada da população parece deficitária e quase ausente, embora existam programas e serviços prescritos em lei. Além disso, buscar alternativas de apoio e suporte à família, à comunidade e aos idosos em todos os níveis socioeconômicos é necessário. Essa busca deve ser centrada em alternativas inovadoras que atendam a todas as pessoas na comunidade evitando-se privilegiar determinadas faixas etárias e níveis socioeconômicos.

As diferentes maneiras de se gerenciar a vida, individual e socialmente, integram diferentes organizações que têm como objetivo suprir as necessidades de cada pessoa e da sociedade. Desta maneira, novas estruturas sociais emergem e, no que diz respeito ao atendimento ao idoso, novas formas de suporte e apoio se organizam para tal. Contudo, faz-se necessário analisar e compreender melhor a forma pela qual essas novas alternativas se estabelecem e se estruturam, no sentido de conhecer quais são elas, a quem se destinam, que tipo de suporte oferecem, de que tipo de estrutura dispõem, em que contextos se desenvolvem, entre outros.

É preciso conhecer e verificar, junto aos municípios, suas demandas, a estrutura disponível de atendimento à população para que se possa trabalhar em melhorias e implementação de suporte e apoio à sua qualidade de vida, considerando as necessidades e disponibilidades locais. Nessa perspectiva, este trabalho buscou, em um primeiro momento, identificar as organizações de atendimento à população idosa em São Carlos-SP, sistematizando-as e organizando as informações obtidas, que são apresentadas na seqüência.

CAPÍTULO 2

O MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS E AS ORGANIZAÇÕES DISPONÍVEIS DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO IDOSA

2.1 O Contexto Municipal

O município de São Carlos situa-se na região central do estado de São Paulo e está a aproximadamente 232 km da capital, numa área de 1132 km². Tem como cidades vizinhas Araraquara, Ribeirão Preto, Rio Claro, dentre outras. A cidade foi fundada no ano de 1857 e está situada em uma região considerada uma das mais desenvolvidas do país, segundo pesquisas da Fundação do Serviço Estadual de Análise de Dados-SEADE de 2000 (2001). Também é conhecida como “Cidade do Clima” por sua característica climática, com altitude em torno de 850 metros acima do nível do mar (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS, 2000).

O município carrega características diversificadas na sua economia. Baseia-se na agropecuária (criação de gado, porco, frango; produção de leite, café, laranja, cana-de-açúcar, soja, milho e arroz). Também possui pequenas e médias empresas em sua jurisdição (em torno de 1.500) (CRUZ, 2000 e CRUZ et al., 2000). Essas empresas destacam-se nos setores de alimento, da metalúrgica, da mecânica, da automobilística e têxtil, dentre outros, contribuindo para a referência ao município como um pólo industrial de alta tecnologia do interior, o que lhe emprestou a designação de “*Capital da Alta Tecnologia*”. O setor do comércio e prestação de serviços tem uma participação significativa na economia da cidade, colaborando para uma das maiores rendas *per capita* do país (MACHADO, 1997).

Na área educacional, encontra-se uma diversificada rede de ensino público e privado, desde pré-escola, ensino médio, cursos profissionalizantes e de nível técnico (em torno de 78 instituições). No ensino superior, destacam-se duas grandes universidades públicas, a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e a Universidade de São Paulo (USP), assim como algumas faculdades de caráter privado. Os estudantes do ensino superior representam uma proporção significativa da população considerada flutuante.

Compõe-se de uma população em torno de 210 mil habitantes, com distribuição da faixa etária predominante entre 15 e 59 anos, como mostra a **TABELA 3.1**, em números e percentagens aproximadas. A proporção de pessoas idosas com 60 anos e mais, segundo projeção de dados do IBGE de 2004, é em torno de 10% (IBGE, 2004).

TABELA 3.1- Distribuição aproximada da faixa etária em São Carlos

		TOTAL HAB.
		210.000
ANOS	%	
Menor de 15	25%	52.500
15 a 59	65%	136.500
60 e mais	10%	21.000

Fonte: IBGE, 2004

A concentração da população são-carlense se dá no perímetro urbano (em torno de 92%), com renda mensal de até dois salários mínimos (17%) e de dois a cinco salários mínimos (40%). As condições básicas de infra-estrutura da cidade são consideradas “boas”, cobrindo praticamente toda a cidade. Cerca de 97% dos domicílios possuem rede de esgoto, 99% têm abastecimento de água clorada e fluoretada, e a coleta de lixo é efetuada diariamente no centro da cidade e, em dias alternados, em bairros recém-construídos. A energia elétrica cobre 97% dos domicílios e apenas 9% das famílias estão em condições de moradias consideradas inadequadas, denominadas de barracos (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS, 2000).

MACHADO (1997) aponta a existência de uma contraposição da infra-estrutura técnica em relação ao acesso a serviços de saúde, neste município. A autora apresenta, em sua pesquisa, que 60% das famílias não possuem qualquer tipo de assistência médica de grupo ou privada, dependendo exclusivamente da assistência pública disponível no município. No processo de municipalização das ações da saúde, São Carlos está em gestão plena da atenção básica, desde janeiro de 1997, de acordo com a *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96*. A

cidade faz parte da VII Divisão Regional de Saúde (DIR VII), que está localizada na cidade de Araraquara, e delega assim ao município a responsabilidade por todas as ações básicas de saúde em sua área geográfica (BRASIL, 1996).

A rede pública de serviços de saúde da cidade está constituída de 13 unidades básicas, 3 unidades municipais de pronto-socorro, 1 centro municipal de especialidades, 1 laboratório regional, 1 centro de atenção psicossocial (CAPS) inaugurado em 2002, 1 centro oncológico e 1 Unidade Básica de Saúde, vinculada à Universidade Federal de São Carlos, e que iniciou suas atividades junto à população em janeiro de 2005.

Para os casos de internação e de tratamento intensivo de cuidados à saúde da população, este município conta com dois hospitais (Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Carlos e a Casa de Saúde e Maternidade São Carlos) conveniados junto a setores público e privado, além do suporte filantrópico.

Junto ao setor privado de serviços de atendimento à saúde, o município dispõe de postos de atendimento médico e de atenção 24 horas, consultórios de clínica geral e de outras especialidades, serviços laboratoriais e de farmácias. Também existem outros serviços de atendimento à comunidade que se encontram vinculados à Universidade Federal de São Carlos, disponibilizando atendimentos de diversas especialidades (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Enfermagem e Psicologia). Esses últimos caracterizam-se, na sua maioria, por atendimentos ambulatoriais e domiciliares, tendo como foco principal o vínculo com outros serviços de saúde no município e região, englobando em suas atividades o ensino, a pesquisa e a extensão.

MACHADO (1997) salienta que é possível identificar no município traços de alto padrão de desenvolvimento com uma qualidade de vida considerada satisfatória. Dados recentes de projeção de crescimento de municípios da região indicam que São Carlos está entre uma das quatro em maior crescimento populacional nos últimos cinco anos (IBGE, 2004; FOLHA RIBEIRÃO, 2004).

2.2 As Organizações Disponíveis

Optou-se por um trabalho de pesquisa qualiquantitativo, estruturando previamente o foco da pesquisa (organizações para idosos) e definindo caminhos a

seguir no decorrer do processo de investigação, visto que as investigações qualitativas denotam uma flexibilidade e diversidade de estratégias (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER, 1998).

Foi efetuado, inicialmente, um levantamento das organizações do município de São Carlos que prestam serviços e/ou executam programas para idosos, credenciadas junto à Prefeitura Municipal de São Carlos. O levantamento foi complementado com a utilização da técnica Bola de Neve (*Snow Ball Technique*) que consiste na seleção dos sujeitos que farão parte da amostra via informação e ou referência de outras pessoas, que por sua vez indicarão outros e assim por diante (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER, 1998; POLIT & HUNGLER, 1991). Também, efetuou-se pesquisa em listas telefônicas, através das palavras-chave: “serviços para idosos”, “asilos”, “abrigos”, “geriatrias”, “casas de repouso”.

A técnica Bola de Neve auxilia obter informações sobre o contexto investigado por meio de informações colhidas de atores sociais que estão envolvidos em tal contexto, assim como, no auxílio à obtenção do ponto de redundância (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER, 1998).

O instrumento de coleta de dados foi elaborado com base em pesquisas com outros instrumentos existentes e considerados de bom padrão de confiabilidade e precisão, fundamentado em modelos de estudos semelhantes em diferentes países, dentre eles o Brasil, Estados Unidos e Canadá (BARHAM, 2001; PAVARINI et al., 2001b; SIQUEIRA, 2000; BALTES, 1987). Foi denominado de “*Roteiro para Entrevista com Representante de uma Instituição/Grupo para Idosos*” (ANEXO I), na forma de entrevistas semi-estruturadas, com questões fechadas e abertas.

Procurou-se, neste instrumento, identificar características do entrevistado e dados da organização visitada, como sua localização, objetivos, rotina diária, características dos usuários, dentre outros, de forma a obter um panorama institucional geral.

Questões como: “para você, o que representa fazer parte dessa instituição/grupo?”, “gostaria de acrescentar ou fazer alguma consideração a respeito desse programa e das pessoas envolvidas com ele?”, e “em sua opinião esse programa deveria ser diferente? Em quê?”, foram colocadas no instrumento, pensando que o universo de significados, crenças, valores, costumes dos atores

envolvidos em uma organização são dados relevantes para a compreensão do cotidiano delas, denotando, assim, um instrumento do tipo misto (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER, 1998).

A construção de valores, conceitos culturais e sociais afetam comportamentos e atitudes das pessoas, tanto de forma pessoal quanto de forma coletiva. Nesse âmbito, a estrutura escolhida usada nos instrumentos de entrevista visa explorar as relações pessoais, coletivas das pessoas entrevistadas, os lugares e suas representações na organização do cotidiano de cada lugar e do serviço específico. Portanto, trata-se de uma natureza complexa, em que a entrevista com um instrumento semi-estruturado elaborado é utilizada para seguimento da pesquisa (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER, 1998).

MINAYO (1992) salienta que, na pesquisa qualitativa, a entrevista *“possibilita compreender a complexidade das relações sociais que criam, alimentam, reproduzem e transformam as estruturas, a partir do ponto de vista dos atores sociais envolvidos nessas relações”* (p.254), contribuindo no encaminhamento de uma investigação.

O instrumento de coleta de dados (ANEXO I) foi testado previamente para a verificação de clareza e adequação, antes de sua aplicação, com pessoas da comunidade que não foram as entrevistadas das organizações.

O entrevistador foi treinado para efetuar as entrevistas, e foram feitos agendamentos prévios com os representantes e ou dirigentes das organizações. As entrevistas realizadas duraram em torno de uma hora e meia, logo após o preenchimento de uma autorização (ANEXO II), para que as informações e registros coletados pudessem ser utilizados para fins acadêmicos e de pesquisa. Todas as respostas foram checadas com os entrevistados para que o registro fosse efetuado com mais fidedignidade.

Em pesquisas qualitativas, o volume de dados geralmente é grande e eles devem ser analisados e organizados. Para tanto, optou-se, na sua organização, por um caminho didático e explicativo das características e objetivos peculiares a cada instituição/programa/grupo encontrados em São Carlos, agrupando-os segundo características semelhantes, do que resultaram quatro categorias. A divisão por categorias foi efetuada a partir das avaliações de cinco juízes que desenvolvem

pesquisas na área em estudo —sendo das áreas de formação básica em enfermagem, psicologia, assistente social, engenharia de produção e terapia ocupacional—. Após consenso desses juízes, as categorias foram denominadas de:

- 1- *moradia*
- 2- *cultura, lazer, esporte, educação e social*
- 3- *saúde e*
- 4- *suporte/encaminhamento*

Uma apresentação resumida das categorias gerou um folheto (*folder*), denominado de: RECURSOS EXISTENTES PARA IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS⁷ (ANEXO III). Ele traz uma relação dos recursos disponíveis à população idosa do município em estudo. Todas as instituições, programas, grupos e fontes de serviços de atenção ao idoso são listados com nome, endereço, telefone para contato e principais características. Este material foi divulgado, de forma maciça, em todos os locais catalogados, e em diversos lugares da comunidade, como padarias, supermercados, igrejas, ônibus, dentre outros. A divulgação ainda continua sendo feita em eventos correlacionados à população idosa, e o material elaborado foi entregue ao Conselho Municipal do Idoso do Município (ANEXO IV), a fim de que ele possa dar continuidade à atualização do folheto e divulgação à comunidade.

As organizações entrevistadas foram cuidadosamente selecionadas partindo-se das categorias construídas. De cada categoria, pelo menos uma organização com o mesmo objetivo foi entrevistada; por exemplo, dos sete centros comunitário, um foi entrevistado. O Conselho Municipal do Idoso, único da categoria suporte/encaminhamento, também foi entrevistado. As organizações que não foram entrevistadas são aquelas constituídas por extensões de programas, grupos, e/ou unidades representadas na amostra entrevistada e, portanto, já contempladas, segundo suas características e objetivos, nos dados coletados da unidade entrevistada. A escolha das entrevistadas foi aleatória e baseada na disponibilidade em participar da pesquisa.

A **TABELA 3.2** ilustra as organizações encontradas segundo sua categoria, o seu número total e a quantidade das visitadas.

⁷ Parte deste trabalho contou com a participação dos alunos do I Curso de Extensão em Direitos Humanos—Tema: Idoso, na UFSCar. (Núcleo de Extensão-UFSCAR—Cidadania/PROEX—Secretaria de Estado dos Direitos Humanos (2000)).

TABELA 3.2- Número de organizações de cada categoria e a quantidade das visitadas

CATEGORIA	NÚMERO DE ORG. ENCONTRADAS	NÚMERO DE ORG. ENTREVISTADAS
1. MORADIA	6	4
2. CULTURA, LAZER, ESPORTE, EDUCAÇÃO E SOCIAL	27	14
3. SAÚDE	21	5
4. SUPORTE / ENCAMINHAMENTO	1	1
TOTAL	55	24

Fonte: elaboração própria da autora, com base em pesquisa de campo.

Na categoria *moradia*⁸, um total de 6 organizações foi encontrado, das quais 4 foram entrevistadas.

Na categoria *cultura, lazer, esporte, educação e social*, constatou-se um número de 27 organizações, 14 delas entrevistadas. Esta categoria abrange o maior número de programas e serviços disponíveis à comunidade. Na categoria 3, *saúde*, foi encontrado um total de 21 organizações destinadas ao atendimento à população e 5 foram entrevistadas. Na quarta e última categoria, *suporte/encaminhamento*, apenas 1 organização foi encontrada e entrevistada. Do total de 55 organizações encontradas, 24 foram visitadas e tiveram seus representantes entrevistados (em torno de 42%).

O objetivo principal da categoria *moradia* é fornecer habitação e cuidados diários ao morador (alimentação, vestuário e cuidados pessoais de forma geral). A média do total de idosos atendidos desta categoria é em torno de 300, de ambos os sexos. Foram cadastrados nesta categoria os abrigos, asilos, casas de repouso e pensionatos. Apenas uma dessas instituições é mantida exclusivamente por

⁸ A partir desse momento, referir-se-á às organizações encontradas de cada categoria utilizando-se a primeira sigla da categoria seguida de número (exemplo: MORADIA (M1, M2..., M6), CULTURA, LAZER, ESPORTE, EDUCAÇÃO E SOCIAL (C1,C2,C3,..., C27) e SAÚDE (S1,S2,..., S21).

contribuições mensais dos usuários; as outras são mantidas por recursos múltiplos (contribuições dos usuários, apoio municipal e recebimento de doações, dentre outros).

O número de organizações da categoria *cultura, lazer, esporte, educação e social* e da categoria *saúde* está em maior evidência neste município. Vale ressaltar que, nessas duas categorias, algumas organizações são subdivididas em mais de uma unidade e/ou equipe, localizadas em diferentes bairros da comunidade. Por exemplo, na categoria *saúde* encontrou-se um total de 13 unidades básicas de saúde (postos de saúde). Todas apresentam características semelhantes quanto à sua estrutura, objetivos, recursos humanos, e estão distribuídas em diferentes bairros da comunidade.

Quanto à categoria *cultura, lazer, esporte, educação e social*, o objetivo principal está baseado no fortalecimento da auto-estima do idoso, da criatividade, da independência, da autonomia e da socialização. Tem como característica marcante as atividades sociointegrativas. Nesse grupo, foram catalogadas 27 instituições/grupos. Segue uma breve caracterização delas, já que, mais adiante, serão discutidas com mais detalhe.

* Grupo de Convivência de Idosos (GCI) do SESC. Tem aproximadamente 700 participantes, de ambos os sexos. Realiza encontros semanais nas dependências do prédio do SESC. Oferece diversas atividades sociais, culturais, de lazer, de esporte e de turismo.

* Grupo de Terceira Idade do SESI (Serviço Social da Indústria), denominado de GCI-Grupo de Convivência de Idosos. Atende aproximadamente 80 participantes, homens e mulheres. Desenvolve encontros semanais nas dependências do SESI. Oferece atividades informativas sobre saúde, atividades sociais, culturais, de lazer e de esporte.

* Grupo de Terceira Idade dos Centros Comunitários, compreendendo 7 núcleos, localizados em bairros mais carentes do município. Tem a participação aproximada de 160 pessoas, de ambos os sexos. Esses centros também desenvolvem outras atividades com pessoas de outras faixas etárias além dos idosos. Incluem atividades informativas sobre saúde, atividades sociais, culturais e de lazer.

* Grupo do NAPES (Núcleo de Atenção e Pesquisa em Saúde), localizado nas dependências da Universidade Federal de São Carlos-UFSCar. Atende a um grupo de 30 idosos aproximadamente, de ambos os sexos. Oferece atendimento especializado em terapia ocupacional a pessoas com disfunção física ou mental, distúrbios emocionais ou dificuldade de adaptação social. Não é exclusivo ao atendimento ao idoso, pois atende pessoas de todas as faixas etárias.

*Grupo do COIC (Centro de Orientação ao Idoso e seu Cuidador). Tem o objetivo de orientar o cuidador familiar no desempenho da tarefa de cuidar do idoso, por meio de reuniões semanais. Os cuidadores nem sempre são pessoas idosas, mas todos cuidam diretamente de uma pessoa idosa. São oferecidas 15 vagas por semestre, para mulheres e homens. A duração aproximada é de dois meses. Este centro desempenha atividades em grupos, atendimentos domiciliares, pesquisa e extensão.

* Universidade Aberta da Terceira Idade (UATI). Atende atualmente quatro turmas semestrais, disponibilizando 50 vagas por turma, para ambos os sexos, a partir dos 45 anos de idade. Desenvolve suas atividades na Fundação Educacional São Carlos (FESC). Esta organização desenvolve atividades consideradas de extensão com proposta de educação continuada e tem um currículo mínimo estabelecido. As disciplinas estão condensadas dentro de um eixo comum de conteúdo interdisciplinar. Desenvolve atividades de lazer, social e cultural, além de oficinas de aprendizado de novas habilidades manuais e recreacionais.

* Projeto Universidade, desenvolvido nas dependências da Universidade de São Paulo, campus de São Carlos. Elabora atividades para turmas de dança, teatro, cursos de extensão de diversas especialidades. É oferecido para pessoas acima de 45 anos, de ambos os sexos, atendendo uma média de 60 pessoas por semestre.

* Grupo Péricles Soares. Desenvolve suas atividades de dança, bingo e outras de caráter social. Atende aproximadamente 250 pessoas, de ambos os sexos, a partir de 40 anos. Os encontros acontecem três vezes na semana.

* Grupo de Malha (Liga São-Carlense de Malha). É composto por 6 equipes distribuídas em diferentes bairros do município. Reúne em torno 200 pessoas entre 12 e 80 anos, todas do sexo masculino. O objetivo deste grupo é promover o lazer, o esporte e o convívio social. As atividades são desenvolvidas nos finais de semana. É

um grupo que atende uma faixa etária extensa, porém reúne na sua maioria pessoas acima de 60 anos. É um grupo tradicional da cidade.

* Grupo de Idosos: lazer, ocupação do tempo livre para pessoas que envelhecem. Desenvolve suas atividades no prédio das Obras Sociais das Irmãs Sacramentinas. É um grupo supervisionado por uma docente do Departamento de Enfermagem da UFSCar. O grupo é formado por aproximadamente 25 idosos, do sexo feminino e masculino. As atividades são desenvolvidas uma vez por semana, em um espaço físico cedido por uma entidade religiosa. Tem como objetivos a integração social e informações sobre saúde.

* Grupo do SENAC (Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial). Oferece cursos técnicos na área do comércio e de alfabetização, atendendo a população em geral, na faixa etária superior a 12 anos. A participação é de ambos os sexos. Oferece 30 vagas por semestre, com uma participação significativa de pessoas idosas, no curso de alfabetização (em torno de 60%).

* Grupos em Praças Públicas. Pequenos grupos que se encontram semanalmente em praças comunitárias, para bate-papos e utilizam jogos como passatempo. Nesses grupos a presença masculina é maior.

* Biblioteca (Divisão de Biblioteca da Secretaria Municipal de Educação e Cultura), com acervo disponível de assuntos voltados à terceira idade. Localiza-se nas dependências da Universidade Aberta da Terceira Idade. Esse espaço tem sido cada vez mais utilizado pelos idosos do município, com incentivo e intercâmbio da Universidade Aberta da Terceira Idade, assim como a

* Biblioteca Comunitária da UFSCar (Universidade Federal de São Carlos). Está localizada nas dependências da própria Universidade. Oferece um acervo amplo e diversificado de livros, revistas e outros de literatura em geral, assim como sobre a velhice e o processo do envelhecimento.

* Grupos de Clubes Privados. Existem dois clubes com programas para a população idosa: o Clube Flor de Maio e o Ítalo-Brasileiro. Desenvolvem atividades recreativas e de integração social. Têm em média 550 associados, em todas as faixas etárias. Grupos de idosos se reúnem nesses espaços entrelando-se com atividades de esportivas, jogos de passatempo e dança.

Na categoria *saúde*⁹ foram catalogadas 21 organizações. Em nenhuma delas o atendimento é restrito às pessoas idosas, embora o número de usuários idosos seja elevado, segundo observações empíricas dos técnicos e profissionais envolvidos.

* Unidades Básicas de Saúde-UBS (Postos de Saúde). Existem 13 no município, que oferece atendimento de consultas clínicas, programas de vacinação, medicamentos, exames preventivos, atendimento odontológico, dentre outros, e estão distribuídas em diversos bairros do município. Atendem a ambos os sexos, todos os dias da semana, e cada UBS conta com uma equipe mínima (médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem). Nessas unidades, denominadas de “porta de entrada” nas questões de saúde/doença, o atendimento aos idosos tem aumentado muito, segundo observações empíricas.

* Programa de Saúde da Família (PSF). Existem 4, distribuídos em diferentes bairros do município. Conta com profissionais e agentes comunitários da área da saúde, vinculados à Prefeitura Municipal de São Carlos, que desenvolvem atividades no contexto domiciliar.

* Programa de Intervenção Domiciliar (PID). É um programa de atendimento pós-alta hospitalar por meio de solicitação do médico que acompanhou o paciente durante a hospitalização. A equipe é formada por diversos profissionais que treinam o cuidador familiar para assessorar a pessoa que esteve internada, junto aos familiares dela.

* O Centro Municipal de Especialidades possui um quadro de profissionais que engloba a maioria das especialidades médicas de cuidados com a saúde e atende à população de todas as idades. Na área médica, o centro conta com um geriatra, que atende seus pacientes por meio de consultas ambulatoriais, segundo a ordem de chegada.

* Dois médicos geriatras atendem a população idosa nos consultórios privados e/ou conveniados, por intermédio de consultas clínicas.

É preciso lembrar, como descrito anteriormente na contextualização do município, que ele conta com o suporte de dois hospitais, os quais atendem a toda a

⁹ Vale ressaltar que, embora compreenda saúde de forma mais ampla, como resultado das condições físicas, mentais, econômicas, políticas e sociais, e não como ausência de doença, para este trabalho, os serviços catalogados nesta categoria abrangem características do cuidado a pessoas com patologias instaladas, portanto, de entendimento de saúde segundo o senso comum.

população da cidade de São Carlos e região em casos de internação e procedimentos cirúrgicos.

O Conselho Municipal do Idoso é classificado na categoria *suporte/encaminhamento*. Competem a ele a formulação e avaliação das políticas públicas de atendimento ao idoso, no âmbito do município (Lei 11870 de 28/12/98).

A seguir, são descritas as organizações encontradas em cada categoria de forma mais detalhada, caracterizadas segundo objetivos, atividades desenvolvidas, perfil dos usuários, perfil dos profissionais, dentre outros. Optou-se por ilustrar a descrição com as falas dos entrevistados, na sua íntegra, exemplificando e favorecendo a descrição de conteúdo mais fidedigno da entrevista. Para manter desconhecida a identificação dos entrevistados, decidiu-se não referenciar o conteúdo de suas falas.

2.3 Caracterização das Organizações

2.3.1 Moradia

Na categoria *moradia*, um total de 6 organizações foi encontrado no município onde este trabalho aconteceu. A *moradia* tem como objetivo oferecer atendimentos básicos diários: alimentação, cuidados com a higiene pessoal, cuidado com roupas, um lugar para morar, dentre outros. A *moradia* procura proporcionar a seus usuários a conotação de uma “casa” e tenta enfatizar o convívio social. Para alguns, ela é uma casa transitória, e para outros, definitiva, dependendo das características e necessidades individuais do usuário e de sua família.

O **QUADRO 1.2** descreve as características das organizações/grupo desta categoria, segundo o número de vagas disponíveis, o número de vagas preenchidas, profissionais que prestam serviços e a forma de divulgação dessas organizações junto à comunidade.

QUADRO 1.2: Características das organizações da categoria *moradia*, segundo relato de um representante e/ou dirigente.

ORG.	VAGAS DISPONÍVEIS	VAGAS PREENCHIDAS	PROFISSIONAIS	DIVULGAÇÃO NA COMUNIDADE
M1	30	28 (11 masc. e 17 fem.)	-aux. enfermagem, terapeuta ocupacional, cozinheira, lavadeira, serviços gerais	-intercâmbio com grupos de terceira idade, boca-a-boca ¹⁰
M2	20	17 (2 masc. e 15 fem.)	-aux. enfermagem, médico(quinzenal), cozinheira, lavadeira, serviços gerais	-jornais, televisão, boca-a-boca
M3	120	120 (54 masc. e 49 fem.)	-aux. enfermagem, médico (quinzenal), terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, contador, cozinheira, lavadeira, serv.gerais	-jornais, rádios, televisão, boca-a-boca, grupos de voluntários
M4	37	37 (2 masc. e 35 fem.)	-aux. enfermagem, médico (quinzenal), fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, cozinheira, lavadeira, serviços gerais.	-jornais, boca-a-boca

O número de vagas disponíveis varia de 20 a 120. Duas organizações têm suas vagas totalmente preenchidas e as outras duas, mais de 80% delas. Há um predomínio do sexo feminino entre os seus usuários e, somente na M3, a presença masculina supera a feminina, em poucas vagas.

Os profissionais que prestam serviços às organizações desta categoria são diversificados. Entre eles, estão: auxiliares de enfermagem, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, médicos (atuando quinzenalmente), contador, cozinheiras, lavadeiras e serviços gerais. Essa diversidade parece vinculada às características dessas organizações que visam atender às necessidade básicas do dia-a-dia, assim como aos aspectos relacionados à saúde física dos moradores, com o suporte de vários profissionais.

¹⁰ Designa-se aqui como “boca-a-boca” a maneira pela qual as pessoas contam umas para as outras assuntos e/ou situações que ocorrem na comunidade, na sociedade em geral, informando, noticiando acontecimentos, eventos e falando sobre lugares.

Dentre as formas de divulgação dos serviços dessas organizações, a técnica “boca-a-boca” e a dos jornais são as mais utilizadas. Segundo relato dos entrevistados, os membros das famílias de seus usuários são os atores mais participantes na forma de divulgação boca-a-boca. Eles contam sobre os serviços desenvolvidos nas organizações para outras pessoas da família, amigos, vizinhos, dentre outros. As pessoas da comunidade que moram perto dessas organizações também contribuem na sua divulgação e informação.

O horário de funcionamento dos serviços da categoria *moradia* é de 24 horas/dia, todos os dias da semana, já que a moradia e cuidados básicos diários são as suas características principais. Geralmente, seguem uma rotina baseada nos horários preestabelecidos das refeições como norteadoras de outras atividades. Nesta categoria, estão explicitamente descritas as características das organizações conhecidas na literatura como asilos e/ou abrigos, que tomaram um impulso maior de surgimento na década de 70, principalmente devido à procura por esse tipo de instituição. Na década de 90, elas aumentaram progressivamente, principalmente aquelas com fins lucrativos.

Quanto à forma de sua manutenção econômica, encontram-se, na M2, recursos provenientes do pagamento mensal dos usuários, já que é uma organização com fins lucrativos. Nas demais (M1, M3 e M4), os recursos financeiros são provenientes de diversas fontes, dentre elas: órgãos públicos, entidades privadas e religiosas, os próprios usuários e ajuda da comunidade. Elas não visam fins lucrativos.

O **QUADRO 1.3** descreve brevemente a história dessas organizações, segundo relato do seu representante e/ou dirigente.

QUADRO 1.3: História das organizações da categoria *moradia*, segundo relato de um representante e/ou dirigente.

ORG.	HISTÓRIA DA ORGANIZAÇÃO
M1	Surgiu por meio da iniciativa de um pequeno grupo de pessoas vinculadas à Sociedade Presbiteriana. A idéia inicial era a construção de um orfanato. Receberam o terreno onde o abrigo foi construído, por meio de doação, e a construção do prédio com ajuda da Sociedade Presbiteriana. O abrigo foi fundado em 1975, com a solicitação de vários idosos vinculados à mesma sociedade, deixando a idéia original de orfanato.
M2	Surgiu no ano de 1995, a partir da iniciativa individual e privada de uma auxiliar de enfermagem, segundo suas observações ao longo de sua vida profissional e pessoal, devido à demanda de pessoas que procuravam este tipo de atendimento para idosos na cidade de S.Carlos e região.
M3	Surgiu da iniciativa de um grupo de pessoas vinculadas à Sociedade São Vicente de Paula, que procuravam ajudar pessoas carentes. Iniciou suas atividades em 1922, após doação do terreno onde o prédio atual foi construído e de materiais para a sua construção, por famílias tradicionais da cidade. Os membros da Sociedade São Vicente de Paula também contribuíram para construção e manutenção do local.
M4	Iniciou suas atividades no ano de 1982, pela iniciativa de um grupo de pessoas de uma Sociedade Espírita. Os membros desse grupo, assim como pessoas da comunidade, contribuíram financeiramente e com trabalhos voluntários para que a organização se concretizasse e desenvolvesse o objetivo principal de ajudar pessoas idosas em suas necessidades.

Observa-se, na história dessas organizações, que as três organizações que não visam fins lucrativos (M1, M3 e M4), chamadas e/ou conhecidas por filantrópicas, possuem traços históricos similares. Foram fundadas nas décadas de 20, 70 e 80 com o intuito de ajudar pessoas carentes, pessoas com algum tipo de necessidade, podendo ser física, mental e/ou social. Elas também apresentam similaridades na forma como foram estruturadas, com a iniciativa de grupos vinculados a algum tipo de sociedade religiosa e com ajuda da comunidade no que diz respeito a subsídios para implantação do projeto inicial. Constata-se que essas características de moradia, ao longo da história, são conhecidas por instituições asilares, cujo objetivo principal era acolher, abrigar pessoas carentes na comunidade, sem família, sendo quase

sempre fundadas com o apoio de entidades religiosas e assistenciais (BORN, 2002; MENDIONDO, 2002; PAVARINI, 1996).

A forma como essas instituições foram estruturadas e funcionam reforça, de certa forma, a limitação de se ver a velhice em sua totalidade, cuidando do idoso através do assistencialismo e caridade, atendendo as necessidades dos desprovidos e desamparados. É como se fosse impossível ver a pessoa idosa como um ser capaz, hábil e competente.

Diferentes nomes também são dados a esse tipo de assistência aos idosos, dentre eles “abrigo”, “asilo”, “casa de repouso” e “lar” (hoje são conhecidos por Instituições de Longa Permanência ou Instituições de Cuidados de Longo Prazo (BORN, 2002). Todas são consideradas instituições para idosos, e a maioria é mantida por filantropia, embora haja um aumento significativo das organizações que visam lucro e que são mantidas pelo pagamento dos serviços prestados por seus usuários nos últimos anos (PAVARINI, 1996). A tendência mais atual de novos lugares de atendimento ao idoso onde os usuários pagam pelos serviços prestados, e que demonstram características similares às do asilo tem se difundido nos últimos anos, principalmente em decorrência da demanda crescente, e também pela percepção de pessoas que vêem aí uma oportunidade de obter retorno financeiro. Encontram-se, na organização (M2), essas características.

É preciso muita cautela e uma visão mais crítica a respeito dessas instituições que visam retorno financeiro, pois, na maioria delas, os idosos aparentemente são acolhidos em um lugar mais estruturado, em termos de condições físicas e de cuidados diários, em virtude de serem pessoas que podem arcar com os custos das mensalidades. Entretanto, é necessário observar não só as instalações, assim como a qualidade do serviço oferecido em todos os aspectos: recursos humanos, que atividades são desenvolvidas, qual o incentivo à integração dos moradores, qual o incentivo à integração dos moradores com a comunidade, dentre outros. Alternativas diversas de terapia, para evitar a exclusão social e isolamento, além da medicamentosa, devem fazer parte da rotina institucional. Deve-se observar isso quando se faz a opção por esse tipo de instituição (MENDIONDO, 2002; PAVARINI, 1996).

No Brasil, há um número pequeno de instituições de longa permanência (ILP) em que se oferecem, de forma efetiva, condições adequadas em todos os aspectos quanto aos cuidados ao idoso. Observa-se que essas instituições têm crescido em número, mas, para que se veja o idoso em sua totalidade, muito devem ser melhoradas (BORN, 2002; MENDIONDO, 2002; SIQUEIRA, 2000 e 1997; PAVARINI, 1996). A discussão sobre as ILP, apontando que, na maioria das vezes, não é a opção mais adequada de cuidados aos idosos, é encontrada nas pesquisas dos últimos autores citados, principalmente em decorrência da exclusão do ambiente familiar e comunitário. Entretanto, observa-se nas discussões de pesquisas e nas práticas cotidianas, de forma empírica, que a procura continua por esse tipo de cuidado, e que, em certos momentos, é necessário. Em alguns países desenvolvidos, como nos Estados Unidos, na Alemanha, essas instituições partem do pressuposto de que o ambiente “acolhedor” e preparado para sua finalidade é um dos fatores determinantes para uma boa qualidade do cuidado. Como salienta MENDIONDO (2002):

“O ambiente acolhedor, ameno, seja infra-estrutural ou de relações é de extrema importância para o idoso. Este ambiente acolhedor é utilizado em alguns países como terapia não-medicamentosa para o idoso. Entrar numa instituição e sentir que ela foi “preparada” para acolher o idoso, que conta com mudanças arquitetônicas sutis e feitas com bom gosto, mantendo a harmonia do ambiente, definitivamente, é muito gratificante. Por exemplo, a combinação de cores, a estrutura e disposição dos móveis, vem como a decoração, em geral, que tiveram como primazia e como idéia central o idoso, e suas necessidades não somente físicas mas de sentir-se num ambiente íntimo, agradável são indicadores de que o idoso nesse local é considerado como alguém que tem direitos, tem dignidade, e lhe é ilícito utilizar e receber serviços de qualidade”.(p.123)

Quando foi perguntado aos representantes dessa categoria (*moradia*) se tinha havido alguma mudança ou reformulação na organização nos últimos anos, a maioria apontou: estruturação no espaço físico, aumento do quadro de funcionários em todos os níveis (médio e qualificado), aquisição de equipamentos de ajuda e um jeito diferente de entender o trabalho desenvolvido no asilo e denominou-o de “um lar para os idosos”, o que dá uma conotação mais acolhedora.

Observou-se que, em primeiro lugar, os entrevistados identificaram as mudanças referentes à estrutura física e à contratação de funcionários e profissionais

qualificados. Grande parte dessas mudanças são decorrentes de exigências de leis e normas para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos (FÓRUM DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA-SBGG-SP, 2003; BORN, 2002). Estudos e pesquisas sobre o tema apontam que essas mudanças estão longe de alcançar o patamar adequado às necessidades dos usuários. Parte dessa distância é resultante da dificuldade dos responsáveis por esses lugares de fazerem uma leitura mais apropriada sobre aspectos da velhice e envelhecimento, com sua heterogeneidade e complexidade, visto que, na sua maioria, não têm uma formação qualificada para trabalhar com essa população.

A combinação de vários fatores, dentre eles, a falta de fiscalização da qualidade desses serviços, a visão capitalista de que esses lugares são um meio de vida com fins lucrativos, a desqualificação de recursos humanos de uma maneira geral, contribuí para que qualidade do atendimento aos usuários seja não adequada (CACHIONI, 2003; BORN, 2002; DUARTE, 1994; PINTO, 1990; MENDES, 1989).

A contratação de recursos humanos qualificados para lugares que prestam serviços ao idoso tem aumentado nos últimos anos, apesar de pesquisas mostrarem que ainda existe uma deficiência na formação de profissionais e técnicos qualificados no atendimento, assim como no treinamento dos funcionários de maneira geral que desenvolvem atividades nas instituições/programas/grupos para idosos (CACHIONI, 2003; MENDIONDO, 2002; PENA, 2002; RODRIGUES, 2002; MENDES & RODRIGUES, 2000; TIRADO, 2000).

A forma como os representantes e/ou dirigentes das organizações vêem os idosos e como compreendem as suas necessidades, sem dúvida, são aspectos que interferem nas mudanças e na formulação das atividades cotidianas nesses locais que ilustram as discussões descritas acima. Nesse sentido, é importante conhecer um pouco desses representantes. O **QUADRO 1.4** descreve, brevemente, o perfil do representante e/ou dirigente da organização/grupo da categoria *moradia*.

QUADRO 1.4– Panorama geral do perfil do representante e/ou dirigente da organização, entrevistado da categoria *moradia*

ORG.	SEXO	IDADE	GRAU DE INSTRUÇÃO	CARGO
M1	FEM	43 anos	Ensino médio	Diretora Administrativa
M2	FEM	31 anos	Ensino médio	Administradora
M3	FEM	50 anos	Superior	Assistente Social
M4	FEM	25 anos	Ensino médio	Secretária

Todos os representantes e/ou dirigentes dessa categoria são mulheres, na faixa etária de 25 a 50 anos, predominando o ensino médio como grau de instrução. Somente uma tem curso superior. Os cargos desempenhados são: diretora administrativa, assistente social, secretária e administradora. A maioria está no cargo e na organização por mais de 3 anos e menos de 8 anos. Antes de estarem vinculados a essas organizações, esses dirigentes estiveram envolvidos em trabalhos voluntários junto às organizações religiosas das quais fazem parte.

Perguntou-se a todas as entrevistadas “o que representa fazer parte dessa instituição/grupo”. Na maioria das respostas, afirmaram que ia além de um local de trabalho. Era também dedicação de vida, um lugar para aprendizado pessoal e profissional. Algumas falas ilustram as respostas:

- “...fazer parte da vida dos idosos, trazendo mais alegria, amor”.
- “...tudo...relacionamento, aprendizado pessoal e profissional”.
- “...dedico todo o meu dia a trabalhos para o asilo e os idosos”.

Essas falas nos mostram os valores das pessoas envolvidas no dia-a-dia com a tarefa de cuidar dos idosos. Ela engloba sentimentos, aprendizado pessoal e profissional, que fazem parte da construção de cada pessoa envolvida, e encerra uma visão humanitária: “oferecer cuidados a alguém que precisa e que está desamparado”. Certamente, neste conteúdo, a possibilidade de considerar a pessoa idosa em sua totalidade, com capacidade e potencialidade é restrita, persistindo uma ajuda que mantém, no fundo, características iniciais que deram origem a esse tipo de

instituição (filantropia, assistencialismo, caridade). Além disso, a desinformação sobre a velhice e aspectos do envelhecimento, geralmente, leva à cristalização entre dirigentes e funcionários de uma maneira geral, do senso comum carregado de preconceitos e estereótipos construídos ao longo do tempo.

Perguntou-se a opinião desses representantes sobre o desenvolvimento das atividades cotidianas nesses lugares e se achavam que deveriam ser diferentes. Duas responderam que não deveriam ser diferentes. Uma não respondeu e a outra apontou que o apoio dos órgãos públicos deveria ser mais efetivo, colaborando e proporcionando subsídios a pessoas e instituições mais carentes para melhor desenvolvimento de serviços e programas de atendimento ao idoso.

Nesse sentido, as considerações abordadas por HADDAD (1991) complementam os aspectos descritos acima, quando apontam que não há instituições mantidas sob a responsabilidade direta do Estado, e que geralmente o atendimento à velhice somente é subsidiado por ele através de convênios e auxílios, que nem sempre são suficientes para um atendimento de qualidade, mesmo que determinados por leis.

As dificuldades e/ou necessidades que a organização enfrenta no dia-a-dia, segundo a visão de um dos entrevistados (M1), são: falta de apoio dos órgãos públicos, carência financeira e de transporte para os usuários. Apenas uma representante não opinou.

Sobre as dificuldades e/ou necessidades dos usuários, os entrevistados apontaram: falta de medicamentos e equipamentos de ajuda, problemas financeiros e dificuldades em envolver os usuários nas atividades que a organização oferece. Esses aspectos são comumente observados em locais com características de ILPI, que geralmente carregam, ao longo do tempo, dificuldades financeiras de suporte e manutenção, quadro de funcionários restrito e, na sua maioria, sem qualificação, assim como baixo nível socioeconômico dos usuários.

Um panorama geral dos moradores/usuários das organizações da categoria *moradia*, segundo relato de seus representantes, é apontado no **QUADRO 1.5**, onde se informa sobre o estado civil, faixa etária, de onde são/vieram, o que buscam na organização e dificuldades/fragilidades dos usuários.

QUADRO 1.5 – Panorama geral dos moradores das organizações da categoria *moradia*, segundo relato de um representante e/ou dirigente.

ORG.	ESTADO CIVIL	FAIXA ETÁRIA	DE ONDE SÃO/VIERAM	O QUE OS USUÁRIOS BUSCAM	DIFICULDADES/FRAGILIDADES DO USUÁRIO
M1	-solteiro(a)s	60 a 92	Cidade de São Carlos e região	Paz, diálogo, um lugar para ser cuidado	-dependentes de carinho, descaso da família, dificuldades financeiras
M2	-viúvo(a)s	60 a 97	Cidade de São Carlos e região	Carinho, assistência médica	-baixa auto-estima e falta de iniciativa
M3	-solteiro(a)s	40 a 97	Cidade de São Carlos e região	Abrigo e local para comer	-deficientes físicos e mentais, demências, ausência de vínculo familiar, pessoas carentes socialmente, dependentes químicos (álcool)
M4	-viúvo(a)s	60 a 80	Cidade de São Carlos	Lugar para morar, companhia	-aspectos relacionados à saúde física e mental

O **QUADRO 1.5** mostra que, em duas organizações, o predomínio é de viúvo(a)s e, nas outras duas, é de solteiro(a)s. A faixa etária varia de 40 a 97 anos, e todos os usuários são da cidade de São Carlos e região. Esses moradores buscam um lugar para morar, muitas vezes alegando que não querem dar trabalho aos filhos. Outros procuram um lugar para serem “cuidados”, com assistência médica, carinho e afetividade. Algumas frases ilustram esses aspectos:

- “... buscam a paz, o diálogo, um lugar para serem cuidados”.
- “...carinho, assistência médica e são dependentes de afetividade”.
- “...a maioria busca um abrigo, um local para comer e morar”.
- “...gente que não quer dar trabalho aos filhos...outros casos em que a família deixa de cuidar...e alguns por vontade própria”.

Quanto às dificuldades/fragilidades que esses usuários apresentam, os representantes contam que a maioria são pessoas carentes de afeto e com alguma fragilidade física devido à idade. Demonstram um certo grau de dependência nas suas atividades básicas do dia-a-dia. Ouviu-se, em uma instituição (M3), o relato de

uma diversidade de dificuldades/fragilidades dos usuários, dentre elas: deficiência física e mental, demências diversas, ausência de vínculo familiar e dependência química (principalmente do álcool). Nessa instituição, a maior e a mais antiga do município, observou-se, em especial, uma variação maior da faixa etária (40 a 97 anos).

Constatou-se que, na instituição M3, existem características parecidas com as de asilos: “o cuidar, o abrigar” pessoas da comunidade, de todas as faixas etárias, econômica, física e mentalmente. Os “desamparados”, ou seja, pessoas que por algum motivo não têm a possibilidade de estar junto da família, ou de se manter sozinhas na comunidade, também são evidentes neste tipo de instituição. Elas são acolhidas em um espaço físico comum, não havendo critérios de escolha da clientela e serviços de atendimento específicos. O papel da instituição é puramente “abrigar”, oferecendo um “lugar para ficar”, na maioria das vezes sem condições adequadas (QUEIROZ, 1993, apud PAVARINI, 1996). Ela, a M3, demonstra características típicas das dos asilos de mendicidade do século XIX. Atualmente, não se deveriam encontrar mais essas peculiaridades nas instituições que atendem idosos e outras pessoas com particularidades e necessidades especiais. Quando este tipo de situação acontece, os objetivos e desenvolvimento das atividades a serem realizadas ficam comprometidos por causa da imensa heterogeneidade de necessidades, e de faixas etárias de cada morador. Além disso, a escassez de recursos humanos e de uma qualificação específica dos funcionários, de forma geral, agrava ainda mais a qualidade do cuidado nesses locais.

Observa-se que a maioria dos usuários é pessoas com baixa renda, de nível socioeconômico-cultural baixo e que procuram essas instituições ou são levados pela família, devido à falta de outros recursos na comunidade. Além disso, a falta e/ou escassez de outras instituições que atendam outras demandas (problemas sociais, mentais, físicos, psíquicos, etc) de pessoas de outras faixas etárias fazem com que as instituições desta categoria recebam um contingente de pessoas que não deveriam ocupar o mesmo espaço, descaracterizando e comprometendo a qualidade dos serviços de atendimento ao idoso e a todas as outras pessoas que dividem o mesmo espaço. Essas dificuldades podem acarretar um isolamento social tanto interno

quanto externo à instituição no que diz respeito aos seus usuários, podendo causar e/ou acentuar aspectos de exclusão social e dependência.

As instituições M1, M2 e M4, também apresentam características semelhantes a M3, onde oferecem muito mais um “lugar para morar” sem considerar a individualidade de cada morador. Também, na sua maioria, são lugares adaptados, sem uma estrutura de atividades cotidianas que possam proporcionar ao morador uma interação entre ambos e com a comunidade, assim como uma escassez de recursos humanos no seu quadro de funcionários. A grande diferença delas (M1, M2 e M4) é que a maioria dos moradores restringe-se à faixa etária dos idosos, o que não acontece com a M3, onde existe um número grande de pessoas abaixo dos 60 anos.

Uma fiscalização melhor das leis e normas para funcionamento de instituições asilares deveria ser mais efetiva neste município, segundo os critérios e exigências mínimas para funcionamento e qualidade de atendimento (FÓRUM DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA-SBGG-SP, 2003; BORN, 2002).

Sabe-se que o ingresso de idosos em instituições do tipo moradia é necessário em determinadas situações. O desafio é fazer desses lugares espaços de valorização da vida e, acima de tudo, oferecer e desenvolver serviços de qualidade (BORN, 2002). Esse desafio tem que ser respaldado pela legislação brasileira, por normas e direitos humanos, no sentido de maior socialização de informações e oferecimento de serviços adequados e de qualidade (CACHIONI, 2003; FARIA, 2002; MENDIONDO, 2002; PENA, 2002; RODRIGUES, 2002; PAVARINI et al., 2001a; MENDES & RODRIGUES, 2000; TIRADO, 2000).

2.3.2 Cultura, lazer, esporte, educação e social

As características das organizações agrupadas neste trabalho como *cultura, lazer, esporte, educação e social* têm como objetivos principais a socialização e a integração do idoso. O fortalecimento da sua auto-estima, a criatividade, a independência, a autonomia e a socialização entre os usuários dessas organizações

são aspectos valorizados e enfatizados em seus trabalhos. Elas têm como característica marcante as atividades sociointegrativas.

O **QUADRO 1.6** apresenta dados obtidos por entrevistas com os representantes e/ou dirigentes quanto ao número de vagas disponíveis, número de vagas preenchidas, profissionais que trabalham na organização e divulgação na comunidade.

QUADRO 1.6 – Características das organizações/grupos da categoria *cultura, lazer, esporte, educação e social*, segundo relato de um representante e/ou dirigente.

ORG.	VAGAS DISPONÍVEIS	VAGAS PREENCHIDAS	PROFISSIONAIS	DIVULGAÇÃO NA COMUNIDADE
C1	60	60 (20 M e 40 F)	-professores, terapeutas, artistas plásticos, músicos	-rádios, jornais, cartazes, panfletos, e-mail
C2	100	84 (13 M e 71 F)	-professores de educação física, professores de dança, assistente social, palestrantes	-boca-a-boca
C3	200	200 (25M e 175 F)	-professores, palestrantes	-rádios, jornais, cartazes, televisão, boca-a-boca
C4	80	80 (20 M e 60 F)	-professores de educação física, professores de dança, palestrantes	-rádios, jornais, cartazes, televisão
C5	700	280 (80 M e 200F)	-voluntários	-boca-a-boca
C6	Em aberto	200 (200 M)	-nenhum	-rádios, jornais, boca-a-boca
C7	700	700 (210 M e 490 F)	-animador cultural, instrutor de dança, técnico de teatro	-jornais, cartazes, folhetos, boca-a-boca
C8	550	550 (400 M e 150 F)	-serviços gerais	-rádios, jornais, panfletos
C9	Em aberto	Em aberto	-agentes culturais, escritores, poetas, palestrantes	-rádios, jornais, panfletos, convites
C10	30	30 (12 M e 18 F)	-pedagogos, engenheiros, analista de sistema, administrador de empresa, psicólogos	-rádios, jornais, boca-a-boca
C11	40	15	-professores, terapeutas ocupacionais, alunos de terapia ocupacional	-serviço público de saúde, rádios, jornais, televisão, boca-a-boca
C12	15	8 (3 M e 5 F)	-professores, psicólogas, terapeutas ocupacionais, enfermeiras, alunos de enfermagem e de psicologia	-rádios, cartazes, jornais, boca-a-boca
C13	Em aberto	10 (10 M)	-nenhum	-boca-a-boca
C14	50	26 (3 M e 23 F)	-professora, voluntários, alunos	-rádio, televisão, boca-a-boca

Deve-se ressaltar que essas organizações estão distribuídas em diferentes bairros da comunidade e que, dentre elas, a C2, C6, C8 e C9 estão distribuídas em mais de uma unidade no município em que este estudo ocorreu. O **QUADRO 1.7** mostra a relação das organizações encontradas com seus respectivos números de unidades.

QUADRO 1.7: Número de organizações encontradas na categoria *cultura, lazer, esporte, educação e social*, e quantidade de suas respectivas unidades

ORGANIZAÇÃO	Nº. DE UNIDADES
C1	1
C2	7
C3	1
C4	1
C5	1
C6	6
C7	1
C8	2
C9	2
C10	1
C11	1
C12	1
C13	1
C14	1
TOTAL	27

Pelo relato dos representantes dessas organizações, observou-se que a maioria delas recebe recursos para sua manutenção provenientes de órgãos públicos, contribuições de entidades privadas, da ajuda da comunidade e de contribuições mensais dos usuários. Somente uma, a (C8), possui recursos próprios para a sua manutenção, exclusivamente provenientes de mensalidades de seus usuários. Todas relatam que não têm fins lucrativos.

Encontrou-se nesta categoria grande variação de vagas, entre 15 e 700. Ela está ligada, principalmente, à disponibilidade de recursos que a organização tem para o desenvolvimento das suas atividades, dentre eles, espaço físico e recursos humanos. A maioria dessas vagas está preenchida, predominando o sexo feminino

na participação dos programas e serviços desenvolvidos. O número de homens é significativo; em algumas organizações, eles têm total predomínio, como nas C6 e C13, que têm o objetivo de ocupar o tempo livre com bate-papo, jogos de passatempo, onde se promove o convívio social.

Quanto aos profissionais que prestam serviços, essas organizações contam com um grupo bastante diversificado, estando, entre eles, professores de diferentes áreas, músicos, artistas plásticos, assistentes sociais, pedagogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, além de voluntários e alunos. As organizações voltadas para o ensino ou para a educação contam com profissionais predominantemente desta área como é o caso da Universidade Aberta da Terceira Idade (C3), do SESI (C4), e do SENAC (C10).

As organizações como centros comunitários (C2), grupos do SESC (C7) e biblioteca (C9) apresentam uma predominância de profissionais ligados à área de arte e cultura, tais como: poetas, escritores, técnicos de teatro, dentre outros. Aquelas em que não existem prestadores de serviços (C6 e C13) caracterizam-se por grupos de pessoas que buscam passar o tempo em espaços públicos comunitários, como as praças, e se organizam sem a ajuda de um profissional.

Encontrou-se uma predominância de profissionais ligados à área de saúde desenvolvendo trabalhos também de pesquisa e extensão, como os terapeutas ocupacionais, enfermeiros, psicólogos e alunos universitários, envolvidos nas organizações C11, C12 e C14. Sem dúvida, a grande diversidade de profissionais ligados a essa categoria denominada de *cultura, lazer, esporte, educação e social*, assim como a diversidade de programas e serviços que essas organizações desenvolvem, mostra-nos a necessidade que as pessoas da chamada “terceira idade” têm tido, durante as últimas décadas, de “preencher o tempo livre” em suas vidas. A ênfase dada a esses programas e serviços, voltados à valorização positiva do processo de envelhecimento, em que a auto-estima e satisfação da vida são desenvolvidas através de diferentes meios, como jogos, dança, viagens, desenvolvimento e descobrimento de habilidades e interesses, tem de certa forma despertado interesses de novas áreas da ciência, assim como de meios de comunicação e mercado de consumo (NERI, 2001a; DEBERT, 1999a; BALTES, 1996 e 1995).

Quanto à forma de divulgação, as instituições utilizam diferentes meios. Dentre eles, o rádio, os jornais, a televisão, os cartazes, os folhetos, os panfletos, os e-mails e também a técnica boca-a-boca. Há uma predominância dos meios de comunicação de massa como rádio, jornais e boca-a-boca.

A partir das perguntas aos representantes entrevistados sobre o funcionamento da organização quanto a horários e dias da semana, observou-se que há uma média de 2 a 3 encontros por semana, de 2 a 4 horas de duração. Esses números correspondem às características do tipo de programas e serviços que as organizações oferecem, todos voltados a encontros grupais, desenvolvendo atividades culturais, esportivas, educacionais, divertimentos, ou seja, todos com atividades que enfatizam e promovem a interação social.

Embora muitos desses grupos relatem como sendo um dos seus objetivos discutir aspectos sobre: educação, saúde, cultura e cidadania, por exemplo, nas organizações C1, C2, C3, C9, observou-se que existe uma ênfase no desenvolvimento de atividades relacionadas ao lazer, à diversão e ao entretenimento. Desta forma, esses espaços acabam perdendo uma grande oportunidade de reflexão e discussão acerca do envelhecimento e suas implicações, acerca de direitos humanos, reforçando os aspectos de oportunidades e de ganhos que esta etapa da vida pode proporcionar, deixando de discutir aspectos de perdas e de desenvolvimento de potencialidades de uma pessoa ainda que com algum grau de debilidade física, mental ou social. A negação da velhice é bem caracterizada na maioria dessas organizações, visto que grande parte das atividades desenvolvidas está voltada ao envelhecimento com ganhos, deixando camufladas as prováveis perdas desta etapa da vida e como reestruturá-las.

A história sumária das organizações entrevistadas nesta categoria está descrita no **QUADRO 1.8**, e foi relatada pelo representante e/ou dirigente entrevistado. Há diferenças significativas entre elas, considerando-se a forma pela qual foram criadas no município, seus objetivos e interesses.

QUADRO 1.8 – História das organizações/grupos da categoria *cultura, lazer, esporte, educação e social*, segundo relato de um representante e/ou dirigente.

ORG	HISTÓRIA DA ORGANIZAÇÃO
C1	O programa iniciou neste município em 1989 baseado na influência dos programas franceses, denominado no Brasil de Escolas Abertas para a Terceira Idade (década de 70) oferecendo aos idosos informações sobre os aspectos do envelhecimento, apoio social e cultural, interligando comunidade e universidade.
C2	Surgiu com a iniciativa de pessoas da comunidade acima de 50 anos, à procura de preenchimento do tempo livre em conjunto com apoio de órgãos públicos municipais. Iniciou-se em centros municipais (o primeiro em 1991) localizados em diferentes bairros, utilizando espaços públicos, desenvolvendo atividades de lazer e interação social.
C3	Surgiu com a iniciativa de um grupo de professores e diretores dos cursos de Biblioteconomia e Educação Física do município em estudo, na década de 90, estudando e implementado os princípios básicos das universidades da terceira idade (educação permanente para a terceira idade, descoberta de novos interesses e habilidades, apoio e orientação social e cultural), implantados no Brasil na década de 70. No ano de 2000, novas turmas foram abertas, dobrando o número de participantes devido à demanda.
C4	Em 1977, foi implementado neste município o primeiro programa do estado de S.Paulo, junto ao Serviço Social da Indústria, apoiando o ensino formal a adultos jovens. Mais adiante o programa se estendeu devido à demanda de idosos, expandindo suas atividades para aspectos culturais, esportivos, recreativos, etc.
C5	Iniciou-se na década de 80 com movimentos sociais dos aposentados de ambos os sexos e apoio do município, oferecendo espaço público municipal para o desenvolvimento das atividades sociais, de lazer e cultura, estimulando amizade, união e solidariedade.
C6	Iniciou na década de 80 com movimentos sociais de aposentados do sexo masculino, com interesse em jogos e organizações de campeonatos oficiais esportivos (jogo de malha) entre a região e o município. Teve o apoio dos órgãos públicos municipais, com oferecimento e manutenção dos espaços físicos utilizados.
C7	Pessoas da comunidade se reuniram e foram conhecer um programa já em funcionamento na cidade de S.Paulo com a finalidade de desenvolver a sociabilidade dos idosos da região e de preencher o tempo livre. Os objetivos primordiais foram embasados nos dos grupos de convivência surgidos na década de 60 no Brasil.
C8	Iniciativa de um grupo de amigos; por volta da década de 50, com vistas a organizar um espaço privado (clube) que pudesse oferecer oportunidade sociais, de lazer e de recreação a pessoas interessadas que se associassem a ele.
C9	Iniciativa municipal, na década de 40, para oferecer espaço cultural, expandindo-se a Biblioteca Municipal. Somente em 1998 foram implementados programas e seções destinados aos idosos, com obras diversas e informações sobre aspectos do envelhecimento, assim como eventos anuais culturais destinados a essa população.
C10	Desde a década de 50, o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial tem se expandido no Brasil focalizando aspectos de aprendizagem técnica de vários setores do mercado de trabalho. Neste município, esse trabalho vem sendo desenvolvido desde final da década de 50. Somente no final da década de 90 surge um número bastante relevante de idosos buscando ensino formal básico (alfabetização), juntamente com outros grupos de faixas etárias diversas.
C11	Inaugurado, em 1993, um espaço de atendimento à população em geral, nas dependências de uma universidade pública, destinado ao ensino, pesquisa e extensão. Atendimentos individuais, domiciliares e grupais são desenvolvidos para todas as faixas etárias. Para as pessoas idosas, a dinâmica de expressões corporais tem sido desenvolvida, buscando valorizar a auto-estima e a interação social.
C12	Em 1999, iniciaram-se atividades de pesquisa, ensino e extensão, nas dependências de uma universidade pública, com o objetivo de orientar e apoiar o idoso e o seu cuidador familiar. O trabalho é desenvolvido individualmente, em grupo e também com atendimentos domiciliares. Grupos de cuidadores de idosos têm sido desenvolvidos na mesma perspectiva de orientação e apoio, em espaços públicos localizados nos centros comunitários de diferentes bairros.
C13	Por volta da década de 80, pessoas se reúnem em espaços públicos (praças) para preencher o tempo livre, conversando e algumas vezes utilizando jogos de passatempo.
C14	Projeto de pesquisa e extensão vinculado a uma universidade pública que foi criado com a iniciativa de um profissional da área de saúde visando oferecer serviços similares aos do SESC, voltados ao lazer e ao convívio social, para pessoas carentes. Esse grupo destinado a idosos iniciou-se em 1999 e é desenvolvido em um espaço físico cedido por uma entidade religiosa. O grupo se reúne semanalmente, para atividades de lazer, divertimento, interação social e algumas palestras educacionais sobre saúde.

Algumas organizações surgiram em função de movimentos sociais nacionais e foram implementadas no município baseadas nos princípios básicos e estruturas similares às de âmbito nacional. Neste sentido, as C4, C7, e C10, segundo suas histórias, mostram um movimento preocupado em promover um envelhecimento bem sucedido, tendo como foco preencher o tempo livre das pessoas, primeiramente aqueles que usufruíam da aposentadoria juntamente com os de mais idade. A década de 60 é marcada pelo surgimento desses grupos cujo foco é preencher o tempo livre, e tomam mais força nos anos 70 e 80, com o aparecimento dos programas do SESC, SESI, universidade aberta da terceira idade, focalizando o lazer, aspectos culturais, desenvolvimento de habilidades e interação social (CACHIONI, 2003 e 1999; DEBERT, 1999a, MENDIONDO, 1996).

Os movimentos sociais dos aposentados também tiveram grande influência no surgimento de grupos específicos, que desenvolvem atividades de interesse e ocupação do tempo livre. No relato das entrevistas, encontraram-se dois grupos em que essas características se evidenciam bastante, que são a C5 e a C6. Dentre elas, a C6 tem a participação exclusiva de homens —até os dias atuais exclui a participação feminina das suas atividades— em busca de seus interesses e necessidades, como a das associações de aposentados (DEBERT, 1999b). Já a C5 abre espaços para a participação feminina, que se sobressai à masculina em número de frequentadores, interagindo e focalizando a união e interação social de pessoas da faixa etária chamada de “terceira idade”. Nesses lugares é evidente a participação ou não das pessoas em relação ao gênero.

Os centros comunitários ou de convivência, C2, tiveram um impulso neste município, devido à interação de atores sociais em seus movimentos em prol de direitos sociais e do apoio municipal, este último, na forma de coesão de espaços públicos e de colaboração com recursos para sustentar o desenvolvimento desses centros. No município em estudo, encontrou-se um total de sete centros comunitários ou de convivência, contudo existem propostas de aumentar este número. Nota-se uma tendência desses centros em enfatizar apenas os aspectos de interação social e lazer, deixando de lado a visão de que, enquanto espaços comunitários, são também espaços para o exercício da cidadania. Outro aspecto é a utilização desses espaços para se construir um “mundo só de idosos”, limitando as atividades a grupos com esse perfil. Nesse sentido, é preciso redimensionar trabalhos desenvolvidos nessas organizações e

principalmente utilizar esses espaços, que não são exclusivos de projeto/programas para idosos, criando mecanismos que estimulem a integração de diferentes gerações.

A iniciativa de programas e serviços destinados à comunidade desenvolvidos em universidades públicas, sem dúvida, é um dos papéis sociais que elas devem oferecer à comunidade. O desenvolvimento da pesquisa, ensino e extensão, como acontece nas organizações C11, C12 e C14, é um caminho promissor para novos rumos de intervenção e de desenvolvimento de novos temas de pesquisa, assim como contribuição a outros que devem ser mais bem pesquisados, tais como os da natureza do processo de envelhecimento, suas conseqüências individuais e sociais. A orientação e apoio aos idosos e pessoas envolvidas na sua relação cotidiana são os aspectos mais evidentes de trabalho neste tipo de programa. Embora timidamente, esses programas têm se difundido nos últimos anos, fundamentados em pesquisas e estudos constantes sobre o tema. Contribuem em todos os níveis de atenção à saúde da população e, acima de tudo, mobilizam as pessoas para o fortalecimento pessoal e social por meio de informação, orientação e apoio às suas demandas e à inclusão social (CIA et al., 2002; RODRIGUES, 2002; PAVARINI et al., 2001a,b; VAROTO, 1999).

Grupos de atividades em praças públicas (C13) também aparecem com frequência em muitos municípios. Neste trabalho, investigou-se um grupo em uma das praças públicas do município. Entretanto, acredita-se que existam outros. Questionamentos existem quanto à legitimidade de classificá-lo como uma organização, porém é possível considerá-lo como sendo uma organização informal, onde pessoas se agrupam com um determinado objetivo. Também se observou, durante a investigação, através de relatos empíricos e dos idosos que ainda participam, que a reunião de pessoas em praças públicas acontece desde há muito tempo.

Buscar novos amigos, preencher o tempo livre e interagir socialmente são aspectos enfatizados nos grupos em praças públicas. Essas praças, também, são espaços propícios para a interação de gerações, como salienta PEIXOTO (1995).

“Os lugares públicos a céu aberto, principalmente as praias e praças, foram sempre considerados como espaços de lazer, lugares de encontro e, portanto, territórios privilegiados de sociabilidade” (p.143),

A mesma autora aponta que as praças públicas, sem dúvida, são cenários que vêm ao longo do tempo propiciando e colaborando na estruturação e em dinâmicas

diferenciadas de interesses das pessoas, em especial de grupos de idosos, com vistas a organizar espaço, atividades e tempo livre na busca de prazer. Esses estudos ocorreram em praças públicas de Paris e do Rio de Janeiro, e mostram que ambos os grupos se portam de maneira similar, buscam interesses afins e vivem intensamente nesses espaços. Dessa forma, acredita-se serem espaços importantes para integrarem este estudo.

Quando se indagou aos entrevistados se, na história das organizações ao longo dos anos, aconteceram mudanças significativas em relação aos programas e serviços oferecidos, a maioria relata não ter havido. Todos afirmaram que o desenvolvimento dos programas e serviços foi baseado sempre nas propostas iniciais, e adequado às condições disponíveis em termos de estrutura física, recursos humanos e interesses dos freqüentadores. Vale ressaltar que somente a C3 aumentou o número de vagas no ano de 2000, devido à alta procura pela programa, dobrando o número de 100 para 200.

Observou-se que, nesta categoria, a diversidade de profissionais que desenvolvem as atividades é grande. Entretanto, profissionais qualificados a respeito da velhice e suas implicações são encontrados apenas nas organizações C11, C12 e C14. Novamente, como encontrado na categoria *moradia*, a falta de qualificação técnica e profissional para o desenvolvimento de atividades junto à população idosa é gritante, ocasionando um trabalho, na maioria das vezes, “empobrecido” em relação às suas necessidades. Além disso, deixa-se de atuar na promoção e prevenção em todos os níveis de atendimento, implicando em conseqüências para todos na comunidade. DUARTE (1994) ressalta que o atendimento adequado ao idoso pressupõe que a mão-de-obra técnica disponha de conhecimentos específicos nas áreas de geriatria e gerontologia. A falta de recursos humanos especializados é um dos grandes problemas verificados na assistência ao idoso, assim como existe uma deficiência dessa abordagem nos currículos de cursos básicos de saúde (CACHIONI, 2003; BORN, 2002; VAROTO et al., 1999; NERI, 1993; MARSIGLIA, 1992; PINTO & FERRARI, 1990; MENDES, 1989).

Quanto às características dos representantes das organizações agrupadas na categoria *cultura, lazer, esporte, educação e social*, o **QUADRO 1.9** apresenta os dados relativos à sua idade, sexo, grau de instrução e cargo.

QUADRO 1.9– Panorama geral do perfil do representante e/ou dirigente da organização/grupo entrevistado da categoria *cultura, lazer, esporte, educação e social*.

ORG.	SEXO	IDADE	GRAU DE INSTRUÇÃO	CARGO
C1	FEM	58 anos	Superior	Chefe de seção
C2	FEM	65 anos	Superior	Coordenadora
C3	FEM	53 anos	Superior	Coordenadora
C4	FEM	60 anos	Superior	Coordenadora
C5	MASC	73 anos	Ensino médio	Presidente
C6	MASC	51 anos	Superior	Presidente
C7	FEM	48 anos	Superior	Animador cultural
C8	MASC	38 anos	Superior	Presidente
C9	FEM	51 anos	Superior	Chefe de divisão de bibliotecas
C10	FEM	42 anos	Superior	Monitora de alfabetização
C11	FEM	39 anos	Superior	Coordenadora
C12	FEM	34 anos	Superior	Coordenadora
C13	MASC	77 anos	Ensino básico	Participante
C14	FEM	60 anos	Superior	Coordenadora

A maioria dos dirigentes é do sexo feminino, e a idade varia de 34 a 77 anos, estando a concentração maior na faixa etária entre 50 e 60. A maioria tem curso superior e dois apresentam formação no ensino básico e médio. Quanto ao cargo na organização, tem-se chefe de seção, coordenadora, presidente, animador cultural, chefe de divisão. A C13 não contempla cargos formais, sendo o próprio participante o respondente.

Observou-se, nesta breve caracterização dos dirigentes, que o modelo de participação ligado aos programas e serviços para a terceira idade também conta com a presença mais efetiva das mulheres. Elas também ocupam cargos de direção, de coordenação, e a média de faixa etária dessas dirigentes é similar à que se observa em outros trabalhos. Neste sentido, os trabalhos de BERQUÓ (1996) e DEBERT (1999a,b) apontam dados demográficos e discussões sobre categorias etárias e representações sociais e apontam reflexões sobre essas tendências. Esses trabalhos discutem que a representação social de gêneros deve ser mais bem pesquisada, evitando-se

generalizações e estereótipos para melhor compreender os significados e sentimentos em cada caso e situação. Contudo, os dados deste trabalho são similares aos em discussão pelas autoras.

Com base nas perguntas aos dirigentes e/ou representantes sobre o tempo de trabalho na organização, observou-se uma variação de 1 a 33 anos, havendo uma concentração maior na faixa de 1 a 10 anos. O tempo no cargo varia de 10 meses a 18 anos, a maioria até o máximo de 10 anos.

Quanto ao significado de fazer parte da organização, perguntou-se “para você o que representa fazer parte dessa instituição ou grupo?”. Obtiveram-se resumidamente as seguintes respostas: crescimento pessoal e profissional, gratificação, realização pessoal, prazer, contribuição para a sociedade e para a humanidade, lazer, entre outros. As seguintes verbalizações ilustram:

- “...acredito estar realizando um trabalho importante à sociedade, além de sentir prazer pelo que eu faço”.

- “...para mim é dedicação de vida”.

- “...o grupo faz parte da minha família, da vida...”

- “...além do lazer, o convívio com os frequentadores que é muito gratificante”.

- “...crescimento pessoal e profissional sempre”.

- “...é gostoso, conversar com os amigos aqui”.

Também se perguntou aos entrevistados se, em sua opinião, a organização deveria ser diferente. Apenas um deles não respondeu a essa questão. Outros cinco relataram que não deveria haver mudanças, que o modo como estava sendo conduzida era adequado e satisfatório. Por outro lado, a maioria relatou que deveria aumentar o número de vagas disponíveis à população; propôs realizar novas atividades como shows e outras programações; fazer atendimentos domiciliares de suporte e orientação às famílias, aumentar os recursos financeiros; estruturar melhor as programações semanais ou quinzenais; estruturar programas específicos para usuários iniciantes, para intermediários e para avançados. Notem-se algumas verbalizações:

- *“...dado o grande interesse despertado pela oferta de cursos, deveríamos ter um maior número de grupos funcionando...”*
- *“...da forma como os grupos têm se desenvolvido, está bom”*.
- *“...abrir mais programas (unidades) para a comunidade”*.
- *“...organização de grandes shows”*.
- *“...ampliar orientação e apoio com atendimentos domiciliários, informando à família sobre assuntos de interesses”*.

Nos relatos, é possível identificar um desejo: que os grupos/programas desta categoria deveriam ampliar-se em número, permitindo maior acesso à comunidade. Sem dúvida, a expansão de novos grupos/programas para atender a toda população idosa deveria acontecer. Entretanto, nos relatos, essa preocupação está mais voltada a uma reprodução do que já existe, sem ao menos uma reflexão crítica de como, onde e por quê.

Quando se perguntou sobre as dificuldades/necessidades que as organizações com os seus programas e serviços enfrentam, os respondentes apontaram: restrição do número de vagas, dificuldades financeiras para a manutenção do grupo/programa, falta de privacidade (em muitos grupos, o espaço é dividido com outras atividades e com pessoas de diferentes faixas etárias — por exemplo: C2, C3, C5), falta de apoio do poder público, implantação e diversificação das atividades de divulgação, mais profissionais disponíveis, dificuldade de transporte para os participantes no percurso de casa/grupo e vice-versa, limitações dos participantes pela idade avançada (locomoção, doenças crônicas, limitação visual, limitação auditiva), pouco envolvimento da família, dentre outros. Algumas verbalizações ilustram esses aspectos relatados:

- *“...restrição do número de vagas...”, “...dificuldade financeira, falta dinheiro ”*.
- *“...falta transporte no horário de término do grupo para os usuários”*.
- *“...falta apoio do poder público e divulgação na comunidade sobre o grupo”*.
- *“...limitação do espaço físico para desenvolver outras atividades”*

-
- “...nem sempre temos espaço (físico) para nós, outras pessoas do centro estão usando”.
 - “...reunir diversos grupos da terceira idade...é difícil conseguir transporte para os participantes”, “...dificuldades de transporte para os usuários para chegar até aqui, nem sempre tem”.
 - “...o envolvimento da família é muito restrito...quando promovemos apresentações, nem sempre a família comparece”.

As dificuldades/necessidades, como se pode observar, segundo relato e visão dos representantes e/ou dirigentes desta categoria, estão relacionadas a aspectos da rotina das organizações, a aspectos financeiros, ao apoio do poder público, da família e à locomoção do usuário. A maioria aponta aspectos relacionados ao transporte como sendo a dificuldade/necessidade mais emergente, conforme descrita em outros estudos de MENDIONDO (2002) e MELLO & PERRACINI (2000), principalmente no que diz respeito à adaptação, melhoria nas opções de horários e vias alternativas em diferentes regiões da comunidade, melhoria nas vias de acesso, orientação aos motoristas de transporte coletivo no que diz respeito a algumas limitações do idoso e uso desse transporte¹¹.

Na sua maioria, as organizações desta categoria localizam-se em bairros distintos em relação aos de moradia dos usuários, dificultando a locomoção até eles. Uma exceção é o C2-Centro Comunitário, que tem como política a implementação em diversos bairros, possibilitando acesso fácil aos usuários, assim como a expansão de redes de suporte e apoio entre pessoas do mesmo bairro.

A dificuldade quanto ao espaço físico também é apontada, pois nem sempre é possível tê-lo disponível para as atividades do grupo/programa. É interessante observar que, nesta categoria em discussão, os grupos se reúnem e se criam subgrupos, com base em suas faixas etárias. É possível verificar a formação de subgrupos desses usuários, quando delimitam e querem fortalecer espaços sociais somente seus. Dessa forma, perde-se a oportunidade de uma inter-relação e integração entre diferentes gerações, que

¹¹ O direito de transporte para pessoas acima de 65 anos é gratuito, garantido por lei na Constituição Brasileira. Pesquisas mostram que, na maioria, os idosos conhecem esse direito, entretanto, a sua efetividade nem sempre acontece. Para mais informações sobre Direito dos Idosos consultar PAVARINI et al. (2001a) E POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO (1998).

poderia favorecer um momento de experimentar e vivenciar novas oportunidades e intercambiar conhecimentos dos mais velhos e mais novos.

A participação da família nesses espaços é citada como inexpressiva. E quanto às atividades desenvolvidas, não existem políticas sociais e inovadoras de envolvimento familiar nesses programas. Além disso, os usuários são, na sua totalidade, pessoas com independência, autonomia e, geralmente, a família não está tão presente nas atividades do dia-a-dia e nem se faz necessária. No entanto, observa-se nos relatos que algumas dificuldades/fragilidades desses usuários fazem com que, em determinados momentos, o andamento das atividades (limitação visual, auditiva, locomoção) fique prejudicado. É necessário ter um olhar mais crítico dessas colocações, pois algumas características anatomofisiológicas do processo do envelhecimento são apontadas pelos dirigentes. Contudo, parece haver um esquecimento e/ou desconhecimento desses aspectos, sendo, assim, excluídas de seus usuários quando se perguntou sobre elas.

Nesse sentido, faz-se necessária uma reflexão por parte dos órgãos públicos, das famílias, das pessoas envolvidas nos estudos sobre o processo de envelhecimento e, acima de tudo, da população em geral com vistas a conhecer as necessidades dos usuários, exercitar ações de cidadania, participar de movimentos sociais nos municípios para melhor traçar caminhos adequados ao suporte da população em geral, criando mecanismos de apoio e suporte a todas as pessoas da comunidade, preocupando-se também com aquelas que, por algum motivo, necessitam de ajuda mais próxima, no sentido de incentivar sua independência e autonomia.

Quanto aos usuários/participantes dos programas e serviços oferecidos pelas organizações da categoria *cultura, lazer, esporte, educação e social*, o **QUADRO 1.10** apresenta os resultados obtidos segundo relato do dirigente e/ou representante: quanto estado civil, faixa etária, de onde são/vieram, o que buscam e suas dificuldades/fragilidades.

QUADRO 1.10- Panorama geral dos usuários/participantes das organizações da categoria *cultura, lazer, esporte, educação e social*, segundo relato de um representante e/ou dirigente.

ORG.	ESTADO CIVIL	FAIXA ETÁRIA	DE ONDE SÃO/VIERAM	O QUE OS USUÁRIOS BUSCAM	DIFICULDADES/FRAGILIDADES DO USUÁRIO
C1	casado(a)s	45 anos e mais	cidade de São Carlos e região	lazer, instrução, entrosamento com seus pares e ocupação	-não identificadas
C2	casado(a)s e viúvo(a)s	50 anos e mais	bairro onde se localiza a organização	convivência com pessoas da mesma faixa etária, lazer.	-não identificadas
C3	casado(a)s	45 anos e mais	cidade de São Carlos e região	preencher tempo livre	-sem dificuldade
C4	casado(a)s e viúvo(a)s	55 anos e mais	cidade de São Carlos	calor humano e convívio com outras pessoas	-não identificadas
C5	casado(a)s	45 anos e mais	cidade de São Carlos	lazer, convívio social	- sem dificuldade
C6	casado(a)s e solteiro(a)s	12 a 80 anos	cidade de São Carlos	diversão com disputa de jogos	- sem dificuldade
C7	viúvo(a)s	50 anos e mais	cidade de São Carlos	novas amizades, distração, entretenimento e socialização	- sem dificuldade
C8	casado(a)s	40 a 70 anos	cidade de São Carlos	divertimento, socialização e amizade	- sem dificuldade
C9	casado(a)s e viúvo(a)s	45 e mais	cidade de São Carlos	preencher tempo livre e convívio social	- sem dificuldade
C10	casado(a)s e solteiro(a)s	14 a 78 anos	cidade de São Carlos	desenvolvimento de habilidades	- sem dificuldade
C11	casado(a)s	60 anos e mais	cidade de São Carlos e região	solucionar problemas físicos, psicológicos e sociais	-dificuldades na locomoção -problemas físicos, mentais e sociais
C12	casado(a)s e solteiro(a)s	40 anos e mais	cidade de São Carlos	informações sobre cuidar do idoso, redução do estresse e contato social	-dificuldades no relacionamento com o idoso
C13	casados e viúvos	50 anos e mais	bairro onde se localiza a organização	convívio social, preenchimento do tempo vazio	-não identificadas
C14	Viúvas	50 anos e mais	bairro onde se localiza a organização	preenchimento do tempo livre e convívio social	- sem dificuldade

A maioria dos usuários dessas organizações é casada, embora haja também viúvos e solteiros. Grande parte dos programas voltados para “*cultura, lazer, esporte, educação e social*” tem como participantes pessoas a partir dos 40-45 anos. Também não há um limite máximo de idade para a participação. O grau de autonomia e independência desses usuários parece ser um critério implícito para que possam frequentar esses programas, pois, nos relatos, consta que a maioria não apresenta

fragilidade/limitação. Por outro lado, parece haver uma certa contradição, pois, ao mesmo tempo em que o representante/dirigente diz não haver limitação por parte do usuário, ele informa que algumas dificuldades (visuais, auditivas, de locomoção) apresentadas por alguns deles dificultam o desenvolvimento das atividades programadas. Quando essa pergunta é feita diretamente, a maioria das respostas é “não identificada”, como descrito no **QUADRO 1.10**.

A ausência de pessoas com mais idade nos grupos/programas desta categoria certamente está relacionada às atividades que são desenvolvidas. Não existe um limite estabelecido de idade para a participação. Contudo, as próprias atividades desenvolvidas, que exigem implicitamente que o usuário seja independente e autônomo, a dificuldade de meios para chegar até o local, dentre outros, são, de certa forma, parâmetros de exclusão de pessoas com mais idade. Até aqui, estão sendo consideradas pessoas idosas “saudáveis”, sem patologias instaladas, que mesmo tendo alguma limitação, são capazes de desenvolver suas atividades cotidianas. Para aquelas com alguma limitação mais evidente, que dificulte o desenvolvimento de suas atividades cotidianas, a participação nesses grupos/programas é nula.

Nos grupos C11 e C12, relacionados aos serviços e profissionais da área de saúde, são apontados como dificuldades aspectos da locomoção, problemas físicos, mentais e sociais, assim como problemas na relação com um idoso.

As C6 e C10, que têm a participação de pessoas de 12-14 anos e também pessoas com mais idade, não são específicas para a população idosa. Nesses programas, encontram-se diferentes gerações, desenvolvendo atividades de jogos recreativos (C6) e atividades de aperfeiçoamento e/ou desenvolvimento de habilidades com cursos básicos e técnicos (C10). Ambas poderiam utilizar dessas características, como mediadoras de trocas de experiências entre gerações. Um estudo mais detalhado sobre essas interações deve ser feito, pois, em princípio, parece ocorrer apenas um agrupamento de pessoas de diferentes faixas etárias em um mesmo espaço.

Embora C6 e C10 não se destinem especificamente a pessoas idosas, elas foram incluídas nesta pesquisa, por causa da presença de um número grande de participantes dessa faixa etária. Cabem nesse exemplo os grupos/programas C9 e C13. Talvez outros programas e/ou serviços também apresentem tais características.

Dada a crescente participação e interesse de pessoas idosas em ambos os grupos/programas (C9 e C13), optou-se por incluí-las nesta pesquisa. O C9 (Divisão de Biblioteca Municipal) criou uma unidade especial de acervo cultural e de pesquisa sobre assuntos do processo do envelhecimento e aspectos correlacionados à velhice, juntamente com a Universidade Aberta da Terceira Idade-UATI, e mantém seu acervo na unidade da UATI.

Quanto à procedência dos usuários, a grande maioria é da cidade de São Carlos. As pessoas buscam nesses programas e serviços um lugar em que possam desenvolver o lazer, ocupar o tempo livre, ter um convívio social, desenvolver uma interação social, conviver com outras pessoas, além de, em alguns casos, obter informações específicas sobre o envelhecimento. Algumas frases ilustram esses aspectos:

- *“... lazer, entrosamento com pessoas e ocupação do tempo”.*
- *“...convivência com pessoas da mesma faixa etária, aprendizagem, lazer, etc.”.*
- *“...alternativa de vida, fugir da rotina”.*
- *“...preencher o tempo livre com algo útil”.*
- *“...calor humano e convívio social”.*
- *“...diversão com disputa de jogos em grupos, lazer”.*
- *“...informações sobre como cuidar de um idoso, redução de estresse, contato social”.*
- *“... divertimento, passar o tempo, alguém para conversar”.*

Pode-se dizer, de forma geral, que os usuários buscam e procuram alternativas para ocupar o tempo livre. Segundo os relatos, essas organizações oferecem exatamente o que os usuários procuram: ocupação do tempo livre por meio de atividades de socialização e integração social. Longe de desvalorizar o desempenho dessas organizações, é necessário ter um olhar mais crítico, aprofundar conhecimentos acerca das mudanças demográficas que vêm ocorrendo na sociedade, refletir sobre as necessidades emergentes na população em geral — para que não se veja a realidade superficialmente —, na tentativa de projetar

alternativas concretas e inovadoras a curto, a médio e a longo prazo, favorecendo uma melhor qualidade e dignidade de vida a todas as pessoas.

As instituições/grupos da categoria *cultura, lazer, esporte, educação e social* têm tido destaque em número e em visibilidade nos dias atuais e também no município em estudo. O desenvolvimento de novas habilidades, associado à ocupação do “tempo livre”, é, sem dúvida, desejável, mas insuficiente. É essencial catalisar as potencialidades latentes dos usuários e direcioná-las no cotidiano, de forma a auxiliar na superação das eventuais necessidades diárias e contribuir na inserção social. Envelhecer com qualidade não é somente acrescentar anos à vida, mas, sim, qualidade a esses anos (NERI, 2001a; DEBERT, 1999a; BALTES, 1996)

2.3.3 Saúde

A categoria denominada *saúde*, neste município, abrange programas e serviços que não são específicos do atendimento à população idosa, mas, sim, destinados à população em todas as faixas etárias. Foram encontradas 21 instituições, sendo entrevistadas 5. As que não fizeram parte deste trabalho na coleta de dados foram os serviços e programas que, de certa forma, já estavam contemplados nas entrevistas de suas unidades similares, porém localizados em diferentes bairros. Foram encontrados 13 Postos de Saúde (Unidades Básicas de Saúde), 4 unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), 1 unidade do Programa de Intervenção Domiciliar (PID), 1 Centro Municipal de Especialidades e 2 médicos com a especialização em geriatria atendendo à população.

Ressalta-se que os médicos de outras especialidades também desenvolvem trabalhos com pessoas caracterizadas como idosas (60 anos e mais), em atendimentos diários. Para este trabalho, entretanto, foram entrevistados apenas os geriatras.

No **QUADRO 1.11**, descrevem-se as características geral das organizações da categoria *saúde*, segundo relato de um representante, especificando o número de vagas disponíveis, de vagas preenchidas, os profissionais que estão envolvidos nos serviços e qual a forma de divulgação na comunidade.

QUADRO 1.11: Características das organizações da categoria *saúde*, segundo relato de um representante e/ou dirigente

ORG	VAGAS DISPONÍVEIS	VAGAS PREENCHIDAS	PROFISSIONAIS	DIVULGAÇÃO NA COMUNIDADE
S1	16 pessoas por dia (para o médico) 8 pessoas por dia (para o dentista) livre demanda (para a enfermeira)	16 pessoas por dia (para o médico), 8 pessoas por dia (para o dentista) em torno de 20-25 pessoas por dia (para a enfermeira)	- médicos, enfermeiras, dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de dentistas, auxiliares administrativo, serviços gerais e vigias	-boca-a-boca
S2	16 pessoas por dia	16 pessoas por dia	-médicos	-boca-a-boca, encaminhamento por outros serviços públicos de saúde
S3	4.000 famílias	4.000 famílias	-médico, enfermeiro, aux. de enfermagem, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, dentista, agentes comunitários de saúde	-boca-a-boca, agentes comunitários
S4	Em aberto	70 pessoas	-médicos, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogas, motoristas	-encaminhamento pelos serviços públicos de saúde
S5	Em aberto	12 pessoas por dia	-médico	-boca-a-boca

Os serviços são diversificados em seus propósitos de atendimento, motivo pelo qual se encontrou um número bastante variável de vagas. Alguns se destinam ao atendimento individual e ambulatorial (S1 e S2) e outros, ao atendimento domiciliário podendo ser individual e, às vezes, com orientações gerais à família, a exemplo de S3 e S4. Todos estão vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e desenvolvem ações voltadas ao município, visando um atendimento mais abrangente e integral. Define-se como Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS 01/1996) que as unidades de atendimentos, seus serviços devam ser:

“...um conjunto de estabelecimentos com seus serviços de saúde, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o SUS – Municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional”.

(DIÁRIO OFICIAL, 1996, p.17064)

Pelo relato dos representantes desta categoria, observou-se que a maioria delas é mantida por intermédio de órgãos municipais e estaduais, sendo apenas uma (S5) também subvencionada por contribuições dos usuários e convênios com entidades particulares, visando, esta última, fins lucrativos, ao contrário das demais.

Encontrou-se na S5 um número de 12 pessoas sendo atendidas diariamente pelo médico, em serviço de consultas clínicas em consultório, tendo em aberto o número de vagas disponíveis de acordo com a demanda do município e os aspectos financeiros dos usuários.

O quadro de profissionais envolvidos nesses serviços é bastante variado: médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, auxiliares de enfermagem, psicólogos, dentistas, auxiliares de dentistas, auxiliares administrativos, motoristas, vigias e agentes comunitários de saúde. São, portanto, serviços com características multiprofissionais, embora encontrou-se em dois lugares (S2 e S5) o mesmo médico geriatra atuando.

A forma de divulgação desses serviços na comunidade está fundamentada nos encaminhamentos de outros serviços públicos de saúde e na técnica boca-a-boca. Esta última carrega características de serviço do tipo privado (S5), em que, segundo relato do entrevistado, os próprios clientes e familiares fazem a divulgação. O encaminhamento por parte de outros profissionais é nulo. Já nas outras organizações em que predominam características de serviços públicos, o encaminhamento por parte de profissionais e serviços ligados à rede pública é bastante utilizado, favorecendo uma rede de relações mais efetiva entre os serviços.

O funcionamento desses serviços se dá predominante nos dias úteis da semana, de segunda a sexta-feira, com uma variação de 4 a 8 horas diária de atendimento.

A história das organizações da categoria *saúde* está brevemente descrita no **QUADRO 1.12** e foi contada pelo representante entrevistado.

QUADRO 1.12 – História das organizações da categoria *saúde*, segundo relato de um representante e/ou dirigente.

ORG	HISTÓRIA DA ORGANIZAÇÃO
S1	As Unidades Básicas de Saúde estão vinculadas ao Sistema Único de Saúde-SUS, baseadas em suas diretrizes e embasadas na Política Nacional de Saúde. A primeira foi implementada no município em 1983 atendendo à população em geral. Desde 1997, o município atua sob as diretrizes de Gestão Plena de Atenção Básica à saúde, designando ao município o gerenciamento de seu sistema de saúde com mais autonomia.
S2	O centro atuava com base nas diretrizes de unidade básica de saúde, com atendimento médico em forma de consultas de clínica geral. Em 1999, esse centro se tornou o Centro Municipal de Especialidades, passando a oferecer consultas médicas especializadas. Desde então, a geriatria ocupa nele um espaço de destaque, com consultas clínicas especializadas. Existia um grupo de prevenção e educação em saúde para idosos no ano de 2000, mas não está em funcionamento por dificuldades de articulação de profissionais e tempo disponível.
S3	É um dos programas vinculados ao Ministério da Saúde, juntamente com os municípios que atuam sob a Gestão Plena de Atenção Básica, desenvolvendo atendimentos de saúde em domicílio, atendendo à família em geral, focalizando prevenção e promoção à saúde. Em S.Carlos, a primeira unidade deste programa (PSF) se iniciou no ano de 1997. Nos anos seguintes, mais unidades foram sendo estruturadas, totalizando 4.
S4	Vinculada à implementação da Gestão Plena de Atenção à saúde no município, em 1997, segue as diretrizes básicas sugeridas no Programa de Atenção Domiciliar (PAD), atendendo à população por meio de procedimentos de cuidados especializados à saúde no domicílio.
S5	Iniciativa individual de um profissional da área de saúde (médico geriatra) no atendimento à população idosa. Atua neste município desde 1995 em consultório particular. Nos últimos três anos, tem aumentado a procura dessa especialidade por pessoas na faixa etária de 40 a 55 anos. Embora este médico divida espaço com outros profissionais, o trabalho caracteriza-se por ser individual.

Observa-se, no relato dos representantes sobre a história das organizações dessa categoria, que a maioria dos serviços faz parte do setor público e está vinculada ao Sistema Único de Saúde –SUS. As Unidades Básicas de Saúde (representadas aqui pela unidade S1) têm demonstrado, neste município, um papel de “porta de entrada” no acolhimento e prestação de serviços à saúde/doença, em todas as faixas etárias na população. Os programas PSF (S3), PAD (S4) e o Centro Municipal de Especialidades (S2) caracterizam-se, na história e na sua atuação, como serviços de suporte e extensão

das Unidades Básicas de Saúde, sob as diretrizes básicas do SUS, atuando em especialidades da rede pública de saúde.

Esses serviços buscam desenvolver os princípios básicos do SUS no município, que são baseados no direito de todo cidadão à saúde. Esse direito significa “*o acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações à promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral)*” (DIÁRIO OFICIAL, 1996, p.17.064).

Deve-se ressaltar que o SUS e suas diretrizes são resultado de um processo de quase vinte anos de movimentos sociais e civis. É decorrência de um processo político árduo baseado na luta persistente de profissionais, da sociedade civil organizada e de homens públicos comprometidos com os princípios do Movimento Sanitário no Brasil. Além disso, a Lei Orgânica da Saúde foi elaborada, buscando a regulamentação desse.

Os níveis de atendimento, segundo as diretrizes do SUS, compreendem três grandes campos: 1- o da assistência (individual, coletiva, no âmbito ambulatorial e hospitalar, assim como em outros espaços), 2- o das intervenções ambientais (abrangendo condições de vida, trabalho, sistema básico de saneamento, educação, lazer e outros) e 3- o das políticas externas ao setor saúde (as quais interferem na relação saúde-doença, relação esta entendida, de forma mais ampla, como sendo resultado de condições ambientais, educação, habitação, lazer, trabalho, alimentação e de todas as variáveis envolvidas na vida de uma pessoa). Esses aspectos de atenção estão presentes nas histórias relatadas pelos representantes neste município. Em princípio, e segundo relato dos entrevistados, as ações na comunidade parecem abranger as diretrizes traçadas pelo SUS.

Na história do atendimento médico com características de setores privados, os serviços oferecidos à população são restritos apenas ao atendimento de consultas clínicas, embora um movimento recente de prevenção e promoção à saúde tenha se iniciado nos últimos anos, quando pessoas mais jovens começam a procurar este especialista.

Quando se perguntou aos entrevistados que mudanças e ou reformulações houve nesses serviços, nos últimos anos, observou-se, pelas respostas, que em todos os serviços públicos há movimentos de mudanças e novos estudos sobre as diretrizes básicas do SUS, para avaliar e introduzir trabalhos que se voltem à prevenção e

promoção da saúde, assim como para regulamentar efetivamente na prática as diretrizes já determinadas. Também é relatada a importância do aumento de unidades dos PSFs e PIDs e a sua implementação em diferentes bairros, assim como o desenvolvimento de trabalhos mais efetivos com equipes multiprofissionais e trabalhos mais integrados nos centros de atendimentos e unidades básicas, como relatou o representante do Centro Municipal de Especialidades. Nesse sentido, constatou-se que, embora no relato as diretrizes do SUS pareçam ser evidentes, na prática diária algumas “falhas” são detectadas no sistema. Entretanto, observaram-se preocupação e movimentos de alerta para a efetividade e reestruturação desses serviços, em busca da prevenção e promoção da saúde.

No serviço com características de setor privado, os atendimentos de consultas médicas em geriatria são o alvo do trabalho do profissional da área (S5). Não houve mudança significativa na forma de desenvolvimento do serviço, segundo relato de seu representante.

Outra pergunta feita a esses entrevistados foi: “em sua opinião esse programa/serviço deveria ser diferente, e em quê?”. A resposta predominante foi que deveriam existir trabalho desenvolvido com equipes multiprofissionais e serviços mais integrados de prevenção e promoção à saúde, assim como manifestação do desejo de haver mais recursos humanos, mais dispositivos permanentes de ajuda, para a expansão de unidades de programas de atendimento à população.

Os usuários dos serviços dos SUS são de baixa renda e, portanto, os encaminhamentos acontecem somente dentro das disponibilidades do município. Desta forma, eles são restritos para outros serviços e/ou profissionais que o usuário tenha que pagar. Também se encontrou dificuldade de um trabalho mais integrado com outros profissionais e/ou serviços na prática do consultório particular (S5), por questões financeiras do usuário, restringindo-se o trabalho apenas à consulta médica no consultório.

De uma maneira geral, as dificuldades financeiras e sociais da parte dos idosos —conforme os relatos— que acometem uma grande parcela desta população, juntamente com políticas sociais e de atendimento à saúde insuficientes e precários no contexto brasileiro, resultam em um atendimento “pobre” e desintegrado. Isso dificulta a melhoria das condições de saúde, de vida da pessoa idosa, dada a complexidade e

heterogeneidade. Nessas circunstâncias, intervêm os familiares, amigos, grupos religiosos, tentando, na maioria das vezes, suprir necessidades que deveriam ser da competência de entidades qualificadas para isso (KARSCH & LEAL apud PENA, 2002).

O perfil dos representantes que fizeram parte dessa entrevista, na categoria denominada *saúde*, é demonstrado no **QUADRO 1.13**, segundo sexo, idade, grau de instrução e cargo que ocupam.

QUADRO 1.13– Panorama geral do perfil do representante e/ou dirigente da organização/grupo entrevistado da categoria *saúde*.

ORG.	SEXO	IDADE	GRAU DE INSTRUÇÃO	CARGO
S1	Fem	37 anos	Superior	chefe da divisão dos postos de saúde
S2	Masc	36 anos	Superior	médico geriatra
S3	Fem	33 anos	Superior	chefe da divisão da saúde comunitária
S4	Fem	33 anos	Superior	chefe da divisão da saúde comunitária
S5	Masc	36 anos	Superior	médico geriatra

Na direção desses serviços, encontrou-se uma maioria de pessoas do sexo feminino, atuando em cargos denominados de chefe de divisão de saúde. O médico geriatra atua no setor público e privado. Todos os representantes têm grau de instrução superior, e a faixa etária varia de 33 a 37 anos. O seu tempo de trabalho nessas organizações varia de 2 a 7 anos e, no cargo, vai de 7 meses a 7 anos.

O número de adultos jovens em cargos de serviços públicos da área de saúde é elevado. Há um número maior de mulheres, e o grau de escolaridade é o superior. Em pesquisa sobre recursos humanos em saúde desenvolvida em serviços públicos (MARSIGLIA, 1992), foram constatados dados similares ao desta pesquisa, ao se desenhar um perfil desses funcionários. Na pesquisa de 1992, encontrou-se um número maior de funcionários do sexo feminino, mais de 75% entre a idade de 30 a 40 anos e uma grande concentração de pessoas com nível de escolaridade superior.

Esses representantes vêm algumas dificuldades/necessidades para o bom desenvolvimento desses serviços. Dentre elas, os mais evidentes são: aspectos relacionados aos funcionários (número pequeno, baixa qualificação profissional, baixa

remuneração, desestímulo pelo trabalho), e à continuidade dos trabalhos e dos projetos iniciados. Para esses representantes, algumas dificuldades e necessidades também são evidentes para os usuários, dentre as quais aparecem: a dificuldade em entender o papel das unidades básicas de saúde, a disponibilidade dos serviços públicos (alta demanda e poucos profissionais), a continuidade do tratamento e aspectos financeiros. Seguem algumas falas que ilustram esses aspectos:

-“...o usuário do posto de saúde não entende sobre a função do posto... eles procuram os postos em momentos de urgência e quando patologias já estão instaladas... os postos deveriam desenvolver prevenção e promoção à saúde”.

-“... a continuidade do tratamento por parte dos clientes é difícil... na maioria das vezes, dificuldades financeiras interrompem o tratamento”.

-“...o cliente não tem condições financeiras em fazer um tratamento conjunto com outros profissionais da área de saúde”.

Observou-se que existe uma controvérsia em relação à expectativa do respondente da entrevista quanto ao trabalho que é desenvolvido. Existe a cobrança de que o usuário deveria procurar alguns desses serviços (S1) para um programa de prevenção. Entretanto, a inexistência de trabalhos integrados, a descontinuidade do tratamento e a escassez de recursos humanos e tecnológicos, são variáveis que colaboram para o desenvolvimento de ações integradas entre funcionários e usuários.

Nos PSFs e PIDs, os representantes apontam que os usuários “só têm benefício” e que não vêm dificuldade e/ou necessidade alguma. Esses programas, quando praticados em sua totalidade, visando um atendimento integrado de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, seriam muito eficazes. Porém, o que se observa na prática é que eles, em sua maioria, são restritos a poucas unidades compostas por uma equipe básica mínima, na maioria das vezes atuando de forma multiprofissional. Em se tratando de poucas unidades, nem todas as áreas do município contemplam este tipo de programa (PSF). Quanto ao PID, fica o atendimento mais restrito ainda, visto que existe somente uma equipe responsável e só é escolhido para participar deste programa quem é encaminhado pelo médico responsável, após um período de internação hospitalar.

Um panorama geral dos usuários dos serviços da categoria *saúde*, segundo relato do seu representante, é representado no **QUADRO 1.14**, que detalha estado civil, faixa etária, de onde são/vieram, o que buscam nesta organização e suas dificuldades e fragilidades.

QUADRO 1.14 – Panorama geral dos usuários das organizações da categoria *saúde*, segundo relato de um representante e/ou dirigente.

ORG.	ESTADO CIVIL	FAIXA ETÁRIA	DE ONDE SÃO/VIERAM	O QUE OS USUÁRIOS BUSCAM	DIFICULDADES/FRAGILIDADES DO USUÁRIO
S1	-solteiro(a)s, casado(a)s, viúvo(a)s	todas as faixas etárias	cidade de São Carlos	-atendimento médico e vacinação	-aspectos sociais (dificuldade financeira), -baixo nível educacional
S2	-viúvas	60 anos e mais	cidade de São Carlos e região	-atendimento médico (consultas clínicas, tratamento de patologias)	-hipertensão, diabetes, osteoartrose, osteoporose, demências, aspectos sociais (dificuldade financeira)
S3	-solteiro(a)s, casado(a)s, viúvo(a)s	todas as faixas etárias	cidade de São Carlos	-atendimento de procedimentos especializados e orientação familiar de saúde	-aspectos sociais (dificuldade financeira) -baixo nível educacional
S4	-casado(a)s, viúvo(a)s	todas as faixas etárias (predomínio de idosos)	cidade de São Carlos	-atendimento de procedimentos especializados	-impossibilidade de locomoção, doenças incapacitantes
S5	- viúvas	40 a 98 anos (predomínio acima de 60 anos)	cidade de São Carlos	-atendimento médico (tratamento de patologias)	-hipertensão, diabetes, osteoartrose, osteoporose, demências

Quanto ao estado civil dos usuários desses serviços, há um predomínio de casado(a)s e viúvo(a)s, sobressaindo a condição de viuvez. A maioria atende a população em geral, em todas as faixas etárias. Entretanto, observa-se um predomínio de idosos. Na entrevista, também se constata, por exemplo na S1, que os atendimentos são destinados a todas as faixas etárias, e que, conforme sabem os funcionários das unidades, a procura por parte de idosos é cada vez maior, embora não haja sistematização desses dados.

Esses usuários são/vieram da cidade de São Carlos e a maioria busca nesses serviços aspectos relacionados ao atendimento médico (consultas clínicas e tratamento

de patologias). Somente o PSF (S3) cuida da prevenção à saúde, com orientações sobre educação em saúde, e as S1 com programas sistematizados de vacinação para crianças e idosos.

Quando se perguntou sobre as dificuldades e fragilidades que os usuários apresentam, eles relataram que a maioria está relacionada a aspectos de quadros patológicos instalados (hipertensão, osteoartrose, osteoporose, diabetes, demências), aspectos financeiros dos usuários, baixa escolaridade e dificuldades de locomoção (tanto por doenças incapacitantes como por traumas e/ou por acidentes). Algumas falas ilustram esses aspectos:

-“...a maioria tem baixa escolaridade, e as dificuldades financeiras dos usuários são evidentes”.

-“...a grande maioria dos pacientes têm hipertensão, diabetes, algumas demências, osteoartrose, osteoporose, dentre outras doenças incapacitantes (...) a questão financeira desses pacientes também é crítica, a maioria tem baixa renda”.

-“...muitos são carentes, me refiro à parte financeira e educacional”.

-“...impossibilidade de locomoção devido a doenças crônicas e incapacitantes, outros por traumas de acidentes”.

Observou-se que, entre o serviço com características do setor privado (S5) e o serviço S2, existem semelhanças na forma de atendimento à população. O profissional envolvido é o médico geriatra, e em ambos os serviços os usuários demonstram o mesmo perfil em relação às dificuldades/fragilidades apresentadas, assim como quanto ao que buscam nesses serviços (consultas e tratamentos médicos). A grande diferença relatada por esse profissional é que, no serviço com características do setor privado, os aspectos financeiros dos usuários não são tão críticos como no setor público, assim como o nível educacional não é tão baixo.

A busca de tratamentos de patologias instaladas, como as conhecidas por doenças crônicas (hipertensão, artrite, reumatismo, problemas cardíacos, diabetes, osteoporose, dentre outras), é evidente na categoria *saúde*. Com o aumento da longevidade, o acompanhamento de doenças crônicas, que têm relação direta com a

capacidade funcional, é fato constatado em muitas pesquisas, assim como nesta (PIVETTA, 2003; GOIS & PETRY, 2003; CAMARANO, 2002; MENDIONDO, 2002; RAMOS, 2002; CHAIMOWICZ, 1997). Medidas efetivas e rápidas devem ser tomadas, no sentido de dar suporte a essa população, de promover melhoria e alternativas de atendimentos com qualidade e abrangência da pessoa como um todo, procurando um atendimento primário, em que prevenção e promoção à saúde devem ser priorizadas.

Embora não apareça de forma evidente nas falas dos entrevistados, é sabido que a maioria dos usuários desses serviços da categoria *saúde* faz uso de medicação, que, mais freqüentemente, é fornecida pelo SUS, quando disponível nos postos das UBS. Nota-se que, embora seja um assunto tão presente no cotidiano das pessoas, não aparece em evidência neste estudo. O uso, a distribuição e a indicação de medicamentos devem ser um assunto de maior exploração, visto que existem poucos estudos a respeito como salienta CASTRO (2000). O percurso de medicamentos até sua ação, desde sua produção, prescrição e eficácia, são aspectos que deveriam ter maior visibilidade e serem mais bem compreendidos para garantir uma terapêutica eficaz e segura. O primeiro passo

“é conhecer, integralmente, os processos de produção do medicamento. Precisa-se dispor, então de perfis quantitativos e qualitativos, detalhados, de fornecimento e consumo, de padrões de prescrição, do grau de implementação de normas para a adequação de uso de fármacos e de avaliação da qualidade da assistência farmacêutica prestada. Sem estas informações, torna-se impossível realizar intervenções objetivas e produtivas para o paciente e para a instituição.”

(CASTRO, 2000, p.15)

Em geral, observou-se que esses serviços da categoria *saúde* têm trabalhado mais no tratamento de patologias já instaladas e/ou em andamento, atuando mais em níveis secundários e terciários de atenção à saúde. Os asilos, na sua maioria, também atuam nesse caminho, porém, nesta categoria *saúde*, esses aspectos são mais marcantes. Observa-se, neste município, que as atuações no setor primário, na prevenção e promoção à saúde, ainda se mostram tímidas. Entretanto, os relatos dos entrevistados demonstram que estas são preocupações atuais no sentido de melhoria do atendimento no setor da saúde no município.

2.3.4 Suporte/encaminhamento

Nesta categoria, encontrou-se o Conselho Municipal do Idoso, que foi instalado em 4 de outubro de 1999, no âmbito do município (Lei 11.870 de 28 de dezembro de 1998). É uma organização da sociedade civil e governamental. É composto por um presidente, por representantes de algumas organizações de atendimento ao idoso (asilos, grupos de terceira idade, profissionais que atendem essa população) e idosos da comunidade, totalizando 18 pessoas como membros.

Todos os participantes desse conselho são do município de São Carlos e região. Reúnem-se uma vez a cada mês, com duração média de duas horas por encontro. O estabelecimento de diretrizes do regimento interno do conselho é a atual ação dos membros: só depois são definidas metas de trabalho e ações efetivas junto às organizações destinadas ao atendimento ao idoso, como salienta a entrevistada: “futuramente o projeto do Conselho é conhecer todos os lugares que os idosos estão frequentando, como os asilos públicos e particulares, os grupos de terceira idade...”.

Desta forma, este trabalho trouxe uma contribuição direta ao Conselho Municipal do Idoso, assim como à comunidade em geral, com a produção do *folder* sobre os serviços disponíveis para idosos. Por ser uma ação pioneira no município, a produção desse *folder* pode ter ficado incompleta em um primeiro momento. Faz-se necessária a continuidade sistemática de sua atualização, e para tanto, o Conselho assumiu o compromisso de sua atualização e divulgação contínua, após ter em mãos todo o material produzido (ANEXO IV).

Segundo a mesma entrevistada, a “grande dificuldade do Conselho é entender e traçar planos efetivos, definindo a função do Conselho perante à comunidade”, além de reconhecer, reivindicar e agir sobre direitos e deveres da pessoa idosa, enquanto cidadã, já que existem na legislação direitos específicos para essa população¹².

¹² Para maior aprofundamento sobre o tema Direito dos Idosos, consultar: FARIA, 2002; PAVARINI et al., 2001a; FERNANDES, 1997; CONSTITUIÇÃO, 1989.

A Lei 8.842/94 implementada em 1996, que trata da Política Nacional do Idoso e que tem por objetivo assegurar os seus direitos sociais criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, sem dúvida, veio juntar-se a outros movimentos afins, colaborando com futuras contribuições e esclarecimentos de metas junto a este conselho, no município em estudo. Contudo, discussões acerca de melhoria e criação de leis mais efetivas que garantam ao cidadão uma velhice mais digna estão em pauta nos dias atuais, já que, de forma geral, são portarias que têm suprido a demanda dos idosos, na escassez de leis que permeiam as diretrizes sobre os aspectos da velhice, como discutido no FÓRUM DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA (2003).

Embora o Estatuto do Idoso, Lei nº.10.741 de 1º de outubro de 2003 em vigor desde 1º de janeiro de 2004, constitua um avanço nas diretrizes e regular os direitos dos idosos, ainda se está um tanto distante de efetivamente garantir atendimento digno aos cidadãos idosos (BRASIL, 2004). Por outro lado, a Lei 10.741 vem dar força e regulamentar diretrizes e poderes de fiscalização dos Conselhos Municipal e Estadual e das entidades de atendimento ao idoso, proporcionando maior e melhor viabilização dos direitos dos idosos quanto ao seu atendimento.

Faz-se necessário um olhar mais apurado e crítico sobre novas políticas municipais e nacionais que possam oferecer condições dignas a segmentos populacionais. É necessário que a política social leve em conta as diversidades regionais tão marcantes em nosso país. Dessa forma, os conselhos municipais são, sem dúvida, espaços importantes de participação, reflexão, elaboração e fiscalização de metas a serem desenvolvidas frente à necessidade local. SCHONS & PALMA (2000) apontam que

“...uma Política Social para a velhice tem que estar inserida no contexto maior de uma política social que atinja todos os segmentos populacionais do país: crianças, adolescentes, jovens, negros, índios, porque todos necessitam de saúde, educação, habitação, seguridade social, trabalho, cultura e lazer” (p.69).

O Conselho Municipal do Idoso, junto à categoria *suporte/encaminhamento*, pode auxiliar no sentido de trabalhar, destinar e fiscalizar programas e serviços que

alcancem essas metas, interligando-se uns aos outros, assim como construir junto à população outros novos que possam apoiar, suprir necessidades e novas demandas.

A escassez dos serviços voltados aos idosos mais dependentes é observada no município do estudo, principalmente daqueles que incentivam a independência e autonomia da população idosa. Entretanto, um estudo mais aprofundado desses últimos deve ser realizado, para verificar se eles são suficientes frente ao aumento de pessoas idosas na comunidade.

A parceria e envolvimento de todas as pessoas na comunidade são estratégias de interação, de apoio a novos programas, assim como, de divulgação de informações e conhecimentos a respeito dos programas e serviços disponíveis. A produção e divulgação do *folder* construído e o compromisso do Conselho Municipal do Idoso do município em continuar a sua atualização e divulgação é um exemplo de parceria e envolvimento comunitário.

Portanto, por meio do envolvimento e ações comunitárias, é possível encontrar alternativas inovadoras para cada contexto municipal. É necessário conhecer as características de cada município, da sua população, de suas necessidades, de seu interesse e dos seus recursos disponíveis. Sistematizar, organizar e disponibilizar informações sobre os recursos disponíveis de atendimento ao idoso na comunidade é um dos caminhos viáveis de esclarecimento da população. Além disso, o envolvimento dela junto aos conselhos municipais é uma das alternativas eficazes para desenvolver, inovar, fiscalizar e modificar serviços e programas de atendimento ao idoso e à comunidade em geral, além de ser um espaço propício à participação, ao envolvimento e à conscientização dos idosos e da sociedade.

O potencial de cada município é mais bem explorado quando se conhecem seus recursos, a quem se destinam e como. Assim, podem-se construir alternativas para atender as necessidades e projetar outras para as novas demandas.

Até aqui, os resultados mostram que as organizações de incentivo aos idosos considerados independentes e autônomos estão em expansão nos últimos anos, tais como aqueles denominados na categoria *cultura, lazer, esporte, educação e social*. Essa tendência tem acontecido em quase todos os municípios brasileiros. As organizações destinadas ao tratamento de determinadas patologias e/ou doenças

crônicas, e de suporte aos aspectos de saúde/doença têm se sustentado principalmente nos atendimentos de clínica médica e em alguns programas isolados no município, como os elencados na categoria *saúde*. Essas organizações, geralmente, dão apoio aos idosos com certo grau de dependência, porém têm como objetivo o “tratamento” dos sintomas e não da causa, com ações voltadas à população em geral. Parece haver uma lacuna na oferta de organizações de atendimento aos idosos com algum grau de dependência e com mais anos de vida, assim como escassez de serviços de suporte e apoio formal à família.

No atual cenário brasileiro, em que há uma longevidade crescente e o surgimento de novas alternativas de vida, novas necessidades, novos interesses, observa-se um crescente interesse da população considerada com mais idade em se envolver e usufruir o seu tempo livre, por meio de atividades que até então eram mais “restritas” aos jovens, aos adultos jovens. A busca de uma velhice ativa, participante, fica mais evidente. Neste sentido, as organizações da categoria *cultura, lazer, esporte, educação e social* têm se expandido e proporcionado um jeito de viver a velhice diferente do de décadas anteriores. Por outro lado, quando o idoso, por algum motivo, torna-se mais dependente ou necessita de um cuidado mais qualificado, a quem ele procura?

Para tanto, faz-se necessário saber onde estão essas pessoas mais dependentes. Quem cuida do idoso com algum grau de dependência? Será que os idosos com certo grau de dependência sentem necessidade de outros serviços que os apoiem, além dos da categoria *saúde*? Será que os idosos mais dependentes têm interesse em freqüentar algum outro serviço que não seja o de tratamento medicamentoso, a terapêutica com ênfase na patologia? Eles conhecem outras ações de tratamento que não sejam da clínica médica? Será que a família continua sendo o suporte maior desses idosos com certa dependência?

Para tanto, retornou-se aos programas da categoria *cultura, lazer, esporte, educação e social*, e identificou-se quem eram os desistentes e o motivos que pararam de participar. A dúvida baseou-se nas perguntas: será que essas pessoas (os desistentes) deixaram de freqüentar por questões de saúde/doença? Será que a desistência está relacionada aos aspectos de dependência/independência/autonomia?

Quais são essas pessoas, qual o motivo principal da sua desistência e quais serviços utilizam na comunidade para suprir suas necessidades?

Para responder a essas questões, buscou-se compreender os pressupostos teóricos sobre dependência, independência e autonomia. Na seqüência identificou-se idosos desistentes de programas de terceira idade e verificou-se a rede formal e informal de suporte aos mesmos e seus familiares.

PARTE II

CAPÍTULO 3

CONTEXTUALIZANDO A DEPENDÊNCIA NA VELHICE

3.1 Dependência, Independência, Autonomia e o Suporte ao Idoso Fragilizado

“Pergunte-se a qualquer pessoa como gostaria de morrer. A resposta mais provável será: de repente. Pergunte-se a pessoas idosas o que mais temem no futuro e, muito provavelmente, a resposta será: depender dos outros. Tais expectativas ocorrem porque vivemos num contexto cultural em que a autonomia do adulto é ultravalorizada e a dependência, que se acredita ser uma condição inevitável da velhice, é superdeplorada.”

(PAVARINI & NERI, 2000, p.49)

As considerações acima ilustram os aspectos da dependência e independência dos indivíduos no curso de suas vidas e convidam a refletir sobre eles. Os costumes, valores, crenças, educação, habitação, alimentação, situação econômica são aspectos que envolvem o cotidiano das pessoas e que interagem na concepção de conceitos estabelecidos em cada cultura. Dessa forma, as concepções de dependência, independência e autonomia também sofrem influências de diferentes fatores pessoais e sociais.

Na literatura gerontológica, vários autores discutem esses conceitos. Entretanto, o ponto de partida na denominação de ser ou não dependente baseia-se na avaliação funcional do indivíduo. A avaliação funcional é

“uma tentativa sistematizada de mensurar objetivamente os níveis nos quais uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas tais quais integridade física, qualidade da automanutenção, qualidade no desempenho dos papéis, estado intelectual, atividades sociais, atitude em relação a si mesma e ao estado emocional.”

(LAWTON, apud DUARTE, 2001)

Para DUARTE, a avaliação funcional dos idosos é aspecto importante para traçar diagnóstico, prognóstico e julgamento clínico adequado como base nas decisões sobre tratamentos e cuidados necessários.

Como descrito na PARTE I, podem-se utilizar as atividades de vida diária (AVDs), que englobam as atividades básicas de vida diária (ABVDs) e as atividades

instrumentais de vida diária (AIVDs), para “medir” o grau de dependência de uma pessoa. Quando se analisam as atividades cotidianas de um indivíduo e sua relação com o desenvolvimento delas, é possível identificar, segundo seu desempenho, o grau de desenvoltura e/ou o grau de ajuda de que ele necessita. As escalas de mensuração revelam aspectos sociais e culturais em que estão envolvidas. Nesse sentido, é importante ressaltar que a dependência está relacionada a diferentes significados quando analisada em diferentes culturas (DUARTE, 2001 e PAVARINI, 1996).

Mas o que é dependência? A dependência é caracterizada pela incapacidade ou impotência de uma pessoa viver de forma satisfatória sem ter que pedir ou necessitar de ajuda de outras. Em função de alterações ao longo do processo de desenvolvimento humano, alterações físicas, sociais e psicológicas podem ocorrer, e uma pessoa pode se tornar dependente de outras, visto que sempre se busca um equilíbrio para se manter a qualidade de vida (PAVARINI & NERI, 2000 e PAVARINI, 1996).

BALTES & SILVERBERG (1995) apontam três tipos de dependência encontrados na dinâmica da vida de idosos: 1. dependência física, 2. dependência estruturada e 3. dependência comportamental. A primeira está associada à incapacidade funcional e é mais evidente quando um idoso é acometido por doenças degenerativas ou incapacitantes. Entretanto, uma incapacidade orgânica não é condição necessária e suficiente para dependência. A dependência estruturada está vinculada aos aspectos do mundo capitalista, de acordo com o valor do ser humano no processo produtivo. As questões referentes ao trabalho, à aposentadoria fazem parte da estrutura da dependência dessa pessoa na sociedade. Já a dependência comportamental pode ser medida por atitudes, conceitos, valores das pessoas envolvidas, no que diz respeito às expectativas delas. Na maioria das vezes, a dependência física é precursora da dependência comportamental. Esta, geralmente, mostra-se como resultado de desamparo ou, às vezes, de controle passivo.

Todavia, é necessário ter claro que a dependência em um determinado domínio não implica a dependência em outro(s). Por exemplo, se uma pessoa idosa necessita de ajuda de outra para desenvolver algumas de suas atividades cotidianas, não significa que ela não consiga tomar suas decisões, ou desenvolver outras

atividades. A necessidade de ajuda pode existir para uma determinada tarefa e não para outras (NERI et al., 2002; PAVARINI & NERI; 2000).

Muitas vezes, a independência é entendida erroneamente como sinônimo de autonomia. A independência está vinculada à capacidade de desenvolver atividades cotidianas sem ajuda. Para PAVARINI e NERI (2000), o conceito de autonomia é

“autogoverno, que se expressa na liberdade para agir e para tomar decisões (...) está ligado a uma família de significados que incluem, por exemplo: liberdade individual, privacidade, livre escolha, autogoverno, autorregulação, independência moral” (p.62)

Para NERI (2001b), dependência, independência e autonomia

“são condições que não se excluem umas às outras e que muitas vezes se entrelaçam. São condições presentes em todo o ciclo vital, embora com diferentes formas de manifestação e de valorização pelo indivíduo e pela sociedade”(p.12).

As autoras ressaltam ainda que dependência e independência não são pólos opostos de uma dimensão, pois pode-se ser dependente em determinado aspecto e independente em outro. Apontam que a dependência na velhice pode estar relacionada a um ou mais elementos, dentre eles:

- problemas já existentes relacionados à saúde que podem agravar, e algumas doenças típicas da velhice que podem se instalar;
- ocorrência progressiva de redução da expectativa de vida, que é vista de diferentes formas pela pessoa e que pode levar a diferentes formas de (re)adaptação. Tais mudanças também envolvem a saúde física, mental, de fatores de personalidade, espiritual e social;
- aumento de perdas físicas em decorrência de experiências de incapacidade;
- pressões cotidianas, por exemplo, conflitos familiares, perda de amigos, parentes, vizinhos;
- acúmulo de pressões e eventos cotidianos, como morte de entes queridos associada a dificuldades no trabalho, com os filhos, com doenças;
- dificuldades de adaptações em ambientes domésticos e públicos devido a barreiras arquitetônicas;

- administração de medicamentos de forma inadequada, causando sintomas adversos, como, inatividade, apatia, alterações cognitivas, que podem agravar e/ou acelerar graus de dependência;
- discriminação do idoso por questões sociais, que pode restringir a sua autonomia e independência, na família e na comunidade.

Os valores e expectativas de cada pessoa idosa em relação aos aspectos da dependência também são fatores reguladores do seu comportamento cotidiano. A denominação dependente é fruto dos valores e das expectativas sociais construídas ao longo do tempo e da história.

“Os idosos podem sentir-se melhor e ser tratados mais adequadamente em sociedades em que a dependência é mais tolerada e que atribuem conotação ética e moral ao saber depender na velhice”

(LEMOS & MEDEIROS, 2002, p.894)

Muitas são as discussões sobre esses conceitos. Deve-se considerar que a relação entre eles está respaldada no desenvolvimento pessoal, nos contextos ambientais em um determinado tempo e lugar, de acordo com os valores, atitudes e exigências culturais e sociais, como apontam BALTES & SILBERBERG (1995), PAVARINI & NERI (2000) e SANTOS (2003). Somados aos aspectos descritos, os valores morais e ético, também são componentes para que se compreenda a velhice, assim como a forma de valorizá-la. Neste sentido, um dos princípios fundamentais da bioética, a autonomia, é evidenciado como respeito ao ser humano, reconhecimento do direito dele em suas opiniões, em suas escolhas, em como age, de acordo com seus valores e crenças (FERRARI, 2004).

Assim, FERRARI (2004) descreve o termo “ autonomia”: *“deriva do grego auto (próprio) e nomos (lei, regra, norma) e se refere à capacidade da pessoa humana de decidir o que é “bom”, o que é “seu bem estar”, de acordo com valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças próprias”*. (p.12)

As pessoas buscam um equilíbrio ao longo do ciclo da vida. E o fazem relacionando dependência e independência desde a infância, desenvolvendo habilidades e potencialidades em busca de sua autonomia. Ser independente, ter capacidade de realizar algo com seus próprios meios e ter autonomia, ser capaz de tomar decisões, de comandar seus objetivos e desejos são alvos de cada pessoa. Em

especial para o idoso, a manutenção da independência e da autonomia é condição básica para que tenha um envelhecimento considerado saudável e de qualidade.

Na velhice, o conceito de saudável está vinculado à manutenção e restauração da autonomia e independência. O idoso geralmente tem, como parâmetro de saúde, uma vida independente, da qual tenha controle, sem que necessite de alguém que lhe preste cuidado. Entretanto, nem sempre o controle sobre a saúde se mantém sem um declínio funcional. PASCHOAL (2002a) aponta que, com o passar dos anos, “*o desempenho funcional dos indivíduos vai se deteriorando pouco a pouco, motivado pelo processo natural e fisiológico do envelhecimento*” (p.314). Além disso, esse declínio pode estar associado a alguma intercorrência na vida desse indivíduo, acelerando ou não esse declínio funcional, como doenças crônicas, incapacitantes e ou traumas por acidentes. O mesmo autor descreve que:

“A trajetória que o declínio funcional toma – mais lenta ou mais rápida – depende de uma série de fatores: da constituição genética, dos hábitos e estilos de vida, do meio ambiente, do contexto sócio-econômico-cultural e, até mesmo, da sorte de nascer numa sociedade mais ou menos desenvolvida e numa família mais ou menos abastada.” (p.314)

Manter as capacidades funcionais ao longo dos anos nem sempre é possível; muitas vezes, há necessidade de mudanças na estrutura da vida de uma pessoa e dos que a cercam. A probabilidade de doenças degenerativas e crônicas nas pessoas acima de 65 anos é grande e tem um aumento significativo após os 80 anos. Dentre elas, as mais freqüentes são: hipertensão, artrite, reumatismo, problemas cardíacos, diabetes, osteoporose, problemas cognitivos, dentre outras. Esses aspectos interferem de alguma maneira nas pessoas, na sua forma de viver, assim como as diferenças entre gênero, renda, habitação e história de vida, contribuindo com a composição da heterogeneidade da população acima dos 60 anos (PROJETO SEABE apud PIVETTA, 2003; SANTOS, 2003; CAMARANO, 2002; MENDIONDO, 2002; RAMOS, 2002; RODRIGUES & RAUTH, 2002; CHAIMOWICZ, 1997).

Também, com o aumento da expectativa de vida estimativas apontam que, quanto mais anos de vida, maior a probabilidade de algum tipo de demência estar associada. Neste sentido, a Doença de Alzheimer (DA) tem destaque entre as demências, cujo sintomas dificultam o cotidiano das pessoas em suas atividades

habituais. Essa doença afeta aproximadamente 6% da população acima de 65 anos e 15% da população com mais de 80 anos. Na sua maioria, é o cuidador familiar que dá suporte e apoio ao idoso que precisa de cuidados (OLIVEIRA, 2003; SANTOS, 2003; CLARK apud SANTI et al., 2000).

E quem cuida dos idosos com algum grau de dependência? Em inquérito domiciliar realizado por RAMOS (1993) com 1602 idosos residentes em São Paulo, verificou-se que somente 2% deles não contavam com alguma ajuda de membros da família. O restante contava com a ajuda, em maior percentagem, do cônjuge, seguido das filhas e dos filhos.

No Brasil, o cuidado do idoso com algum grau de dependência é responsabilidade da família. Geralmente, quando uma pessoa idosa precisa de ajuda, os filhos adultos costumam assumir este papel, na maioria das vezes, por ter um vínculo afetivo, uma responsabilidade culturalmente definida (obrigação filial) ou mesmo por não ter outra opção de cuidado. O cotidiano de uma pessoa idosa, que demanda cuidados intensivos, prolongados e especializados, via de regra ultrapassa os limites e possibilidades dessa família, podendo esta se sentir sobrecarregada, desorientada e sem ânimo para seguir em frente, o que pode comprometer a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas (DUARTE, 2001; PAVARINI et al., 2001b; BLEIZNER & HAMON, 1992).

Há uma escassez de serviços de suporte formal que possam dar apoio a essas pessoas, a essas famílias. Entretanto, tem-se observado, em virtude das mudanças sociodemográficas, que as famílias têm desempenhado papéis diferentes na sociedade, trazendo um novo cenário para os cuidadores de idosos. O papel da mulher no mercado de trabalho, a diminuição do número de filhos, novos arranjos familiares têm contribuído para essas mudanças no papel do cuidador familiar, que antes era mais restrito às esposas, filhas e noras (SANTOS, 2003; BORN, 2002; DUARTE, 2001; FERRARI, 1992; PAVARINI, 1996; PERRACINI, 1994).

Geralmente, este cuidador familiar é uma mulher de meia idade (esposa, filha, nora). Quando filha, geralmente é a mais velha, depois a solteira ou viúva. É comum encontrar esse cuidador auxiliando nas atividades do idoso diária ou semanalmente (SANTOS, 2003; BARHAM et al., 2001; NERI, 2001a; VAROTO, 1999). Em situação de hospitalização, os estudos de PENA (2002) demonstraram

que o acompanhante do idoso hospitalizado, na maioria dos casos, é o mesmo do domicílio e salientam que, nesse desempenho, geralmente ocorre um pequeno revezamento e/ou divisão de tarefas com outras pessoas próximas da família.

Resultado das variáveis citadas acima, o que se vê é uma tendência à institucionalização do idoso, sendo, na maioria das vezes, uma alternativa encontrada pelos familiares e/ou pelos idosos sem família. Comumente, essa procura se dá em função de um quadro de certa dependência associada, e/ou de algum grau de incapacidade em se manterem sozinhos. Também, nesses casos, a visão do idoso abandonado, desamparado, vivendo em instituições fechadas ou semifechadas na maioria das vezes, acelera aspectos de dependência e falta de estímulo pela vida (PAVARINI & NERI, 2000).

É importante ressaltar que as instituições de moradia com a característica de oferecer serviços de autocuidado ainda são procuradas e, na maioria das vezes, necessárias. A qualidade do cuidado nestas instituições, geralmente, é precária. É necessário oferecer serviços de qualidade, com profissionais qualificados e lugares adequados às necessidades dos idosos, num ambiente mais próximo do que se considera mais adequado e mais “acolhedor” (BORN, 2002; DUARTE, 2001; PAVARINI & NERI, 2000; SIQUEIRA, 2000).

Atualmente, as alternativas mais discutidas de cuidados ao idoso fragilizado, com algum grau de dependência, são o suporte e apoio a esse idoso no âmbito da família, com atendimentos domiciliários, embora ainda sejam minorias nos municípios. A idéia dessas novas alternativas é oferecer apoio e orientação aos cuidadores informais (membros da família, amigos, vizinhos, dentre outros), assim como aos cuidadores formais (profissionais, auxiliares técnicos e serviços disponíveis ao atendimento ao idoso). A qualidade de vida dos idosos e de seus cuidadores, a partir desse suporte, pode ser melhorada (NERI, 1993; PAVARINI & NERI, 2000; CIA et al., 2002). Além disso, equipamentos de auto-ajuda e adaptações ambientais na comunidade e no meio familiar também são alternativas necessárias e viáveis para a melhora da qualidade de vida das pessoas, principalmente de idosos mais dependentes (MELLO, 1997).

Outros serviços na comunidade capazes de oferecer suporte ao idoso e à família também são importantes, quando ele ou ela não puderem assumir todos os

cuidados. Cabe a cada Estado identificar suas necessidades e propor, por exemplo, programas de saúde da família, programas de intervenção domiciliar, grupos de orientação aos cuidadores familiares, centros-dia de cuidados aos idosos, grupos de voluntários, centros comunitários, dentre outros. São programas e serviços que podem colaborar na orientação, apoio e suporte tanto aos idosos, quanto aos seus cuidadores (SANTOS, 2003; BORN, 2002; MENDIONDO, 2002; DUARTE, 2001; SIQUEIRA, 2000; PAVARINI & NERI, 2000).

Essas novas estruturas organizacionais da família e das instituições têm demonstrado que existe a necessidade de se criar novos espaços, ou novas alternativas de atendimento a demandas coletivas e individuais. Neste sentido, é necessário compreender e trabalhar os conceitos de rede e suporte social, os quais colaboram para a gestão de novas estruturas organizacionais.

O termo rede social é designado para descrever a ligação e interação que ocorre entre instituições, tais como família, vizinhança, organizações religiosas, dentre outras. Suporte social se refere às trocas interpessoais entre os membros da rede e está embasado em classes de comportamentos ou atos de ajuda, como: 1-suporte de avaliação (feedback, afirmação), 2-suporte emocional (afetivo, estima, discernimento), 3-suporte de informação (sugestão, aconselhamento, informação) e 4-suporte instrumental (ajuda em atividades, com dinheiro, com tempo). Tanto o suporte quanto a rede social são ferramentas auxiliadoras para que se possa intervir nas famílias, na comunidade, contribuindo para promoção à saúde (BULLOCK, 2004).

A interação entre suporte e rede social é um mecanismo viável para colaborar em ações de promoção da saúde e de prevenção e tratamento da doença. Entretanto, a integração de serviços disponíveis na comunidade, na maioria das vezes, é escassa, deixando de colaborar para uma melhoria da qualidade de vida das pessoas. A velhice em si não é uma doença e precisa ser compreendida durante o transcorrer da vida, com seus ganhos e perdas.

Nesse sentido, é importante identificar uma rede de suporte formal e informal nos municípios, que atenda aos idosos mais dependentes, levando-se em conta seu contexto social, cultural e familiar, visto que, para os próximos anos e décadas, a

estimativa é que na sociedade brasileira o número de pessoas idosas será bem maior, e conseqüentemente a presença de doenças crônico-degenerativas.

É preciso procurar mecanismos para dar suporte a esse contingente de pessoas com algum grau de dependência e necessidade de algum tipo de suporte e apoio no seu dia-a-dia. Mas, afinal, onde estão esses idosos com algum grau de dependência? Quais são os serviços que utilizam? Esses idosos necessitam de que tipo de suporte e apoio?

Foi constatado, na primeira parte deste trabalho, que há, no município em estudo, uma oferta crescente e significativa de organizações com serviços de incentivos à independência e autonomia, categorizados em *cultura, lazer, esporte, educação e social*. Quanto às organizações de suporte ao idoso com algum grau de dependência, também se constatou uma escassez de alternativas de suporte à família. Considerando-se que as pessoas que participam dos programas da categoria *cultura, lazer, esporte, educação e social* serão, em um futuro próximo, as mais idosas, e que, hoje, geralmente gozam de independência e autonomia, acredita-se serem elas que, futuramente, terão algum tipo de dificuldade cotidiana capaz de interferir ou modificar a dinâmica de suas vidas.

O objetivo deste capítulo foi verificar junto aos programas/grupos da categoria *cultura, lazer, esporte, educação e social*, quais foram as pessoas/participantes que pararam de freqüentá-los e porque o fizeram. Além disso, quando identificados os desistentes e o motivo, procurou-se identificar quem eram essas pessoas, constatar se o motivo da desistência era o relatado pelo programa/grupo entrevistado, quais eram suas atividades cotidianas e, acima de tudo, verificar com elas a rede de suporte formal e informal que estavam utilizando na comunidade.

3.2 Um Olhar para os Egressos de Grupos da Terceira Idade

“Para os idosos muito idosos, a pauperização, a passividade e a dependência marcarão a experiência de envelhecimento. As formas inovadoras de moradia e de associações são limitadas para esse grupo, e a precariedade das políticas públicas a ele destinadas faz com que o peso de sua situação recaia nos ombros dos filhos e parentes.”

(DEBERT, 1999a, p.94)

Viver a velhice de forma mais ativa tem sido o foco principal dos programas destinados à terceira idade. As atividades culturais, de lazer, esportivas, educacionais e sociais são utilizadas nesses programas para que se alcance tal objetivo. Em geral, os usuários destes programas são pessoas mais independentes.

Quando alguém adoece, e, por isso passa a apresentar às vezes alguma fragilidade para desempenhar suas atividades de vida diária, sua rotina sofre mudanças. As atividades instrumentais da vida diária, em geral, as que envolvem sair de casa são as primeiras que se alteram. Observa-se que o suporte e apoio nessas situações ainda está restrito aos membros familiares. Então, passa-se a enfrentar um novo desafio: o que fazer quando a dependência chegar?

A investigação dos idosos freqüentadores de grupos de terceira idade, que pararam de freqüentar por algum motivo, motivou a continuidade desta pesquisa. Como a categoria das organizações que abrange atividades de interação social se destacou, nesta pesquisa, voltou-se a elas e aprofundou-se a investigação, para verificar o universo de idosos que deixaram de freqüentá-las. Excluíram-se as unidades extensivas de suas atividades na comunidade, as quais mudam de região e de abrangência. Portanto, das 27 organizações identificadas, 14 foram visitadas.

As entrevistas foram efetuadas com os dirigentes/representantes das organizações da categoria *cultura, lazer, esporte, educação e social*, após contato prévio e agendamento. Todos os cuidados éticos que regem pesquisas com seres humanos foram tomados (ANEXO II). Todos os entrevistados tiveram a opção de desistir de participar da entrevista, sem qualquer tipo de ônus e foram preservados o sigilo e anonimato por meio do uso de letras e números (C1, C2, C3,..., C14) para designar os nomes dos programas/grupos e de nomes fictícios. Além das entrevistas com os dirigentes/coordenadores, também foram realizados contatos com usuários e consultas a registros da instituição quando necessários, para a complementação dos dados. As entrevistas duraram em média 4 horas cada.

Também coletaram-se os dados dessa etapa, através de consultas aos registros e de conversas informais com alguns usuários ainda freqüentadores das organizações. Essas estratégias foram utilizadas, buscando-se complementação dos dados investigados em função da ausência de registros ou de registros incompletos sobre os

participantes. LÜDKE e ANDRÉ (1986) apontam que colher e analisar documentos faz parte da técnica valiosa para a pesquisa qualitativa, seja complementando as informações adquiridas por outras formas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema.

O instrumento utilizado nesta fase foi denominado de “IDOSOS NA ORGANIZAÇÃO QUE JÁ FREQUENTARAM, MAS QUE NÃO FREQUENTAM MAIS” (ANEXO V). Ele continha questões de identificação das organizações, uma questão para identificar quantas pessoas pararam de frequentar no período de 2000 a 2002, com o mapeamento de gênero, idade, motivo de desistência e informações para localizá-los. Este instrumento foi testado, previamente, junto a pessoas da comunidade que não participam dessas organizações, para verificar sua inteligibilidade. Não houve alteração.

Os dados foram analisados quantitativamente por método simples quanto aos programas entrevistados e ex-usuários (gênero, idade, participação em outro programa). Quanto ao motivo da desistência, os dados foram analisados qualitativamente a partir do relato das entrevistas, dos registros das instituições e de contatos com os usuários dos programas/grupos, organizando-se os motivos de acordo com a frequência de seu relato e com a semelhança das características, após consenso de mais dois juízes (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER, 1998; MINAYO, 1992). Excluíram-se, desse universo, todos os usuários com menos de 60 anos de idade, visto que o conteúdo teórico foi baseado em pessoas consideradas idosas.

O **QUADRO 1.15** mostra dados sobre os programas/grupos visitados, como o número de vagas disponíveis e preenchidas, o total de pessoas que pararam de participar segundo gênero e aqueles com 60 anos e mais.

QUADRO 1.15: Número de vagas disponíveis e preenchidas dos programas/grupos visitados e número de egressos segundo gênero e egressos idosos.

Programa s/grupos Visitados	Vagas disponíveis	Vagas preenchidas	Número de egressos	GÊNERO		EGRESSOS IDOSOS	
				FEM.	MASC.	FEM.	MASC.
C1	60	60	04	3	1	03	01
C2	100	84	15	14	01	05	0
C3	200	200	34	31	03	23	03
C4	80	80	19	17	02	13	01
C5	700	300	35	23	12	23	12
C6	Em aberto	200	02	0	02	0	02
C7	700	700	142	93	49	58	34
C8	550	500	26	07	19	07	17
C9	Em aberto	Em aberto	Não Sabe (NS)	NS	NS	NS	NS
C10	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
C11	40	15	13	10	03	09	03
C12	15	08	06	06	0	04	0
C13	Em aberto	10	01	0	01	0	01
C14	50	26	09	07	02	07	02
TOTAL	2495	2183	306	211	95	150	75
TOTAL DE EGRESSOS IDOSOS						225	

Dos 14 programas visitados, um (C9) não possuía qualquer tipo de dados sistematizados e um outro foi extinto (C10). Das 2495 vagas disponíveis, 2183 estavam preenchidas, denotando uma percentagem alta (em torno de 87%) e demonstrando que grande parte desses programas tem tido uma frequência alta de usuários. Esses programas têm se difundido em muitos municípios, proporcionando oportunidades de interação social, descobrimento de habilidades e potencialidades de seus usuários, colaborando para um panorama mais positivo sobre a velhice (CACHIONI, 2003 e 1999; PASCHOAL, 2002a; PAVARINI et al, 2001b; DEBERT, 1999a, MENDIONDO, 1996).

Dos 2183 participantes inscritos nos programas/grupos, 306 pessoas (em torno de 14%) deixaram de participar deles: 211 (69%) do sexo feminino e 95 (31%) do sexo masculino, sendo desses com 60 anos e mais, 150 mulheres e 75 homens, totalizando 225 pessoas. A média de idade dessas pessoas com 60 anos e mais é de 66 anos para as mulheres e 70 anos para os homens.

A desistência elevada das mulheres pode ser explicada por constituírem um número maior de usuários. A participação mais efetiva das mulheres nesses programas também é evidenciada em outros trabalhos, que apontam estar essa tendência

possivelmente vinculada à maior expectativa de vida, à maior flexibilidade e disponibilidade em aprender coisas novas, maior tempo livre e menor índice de depressão após anos de trabalho dentro ou fora de casa — comparativamente ao comportamento dos homens (CACHIONI, 2003; CAVERSAN, 2003; BORN, 2002; RODRIGUES & RAUTH, 2002; RAMOS, 2002; PASCHOAL, 2002a,b; DEBERT, 1999a, MENDIONDO, 1996).

Quanto ao número total de egressos, é difícil considerá-lo elevado ou não, visto que não se encontraram dados comparativos. Com os dados disponíveis, pode-se dizer que a desistência foi em torno de 14%. A falta de informação a esse respeito sugere uma investigação mais aprofundada.

O **QUADRO 1.16** mostra os motivos pelos quais as pessoas pararam de frequentar os programas, segundo entrevistas com os dirigentes/coordenadores, os usuários e registros institucional.

QUADRO 1.16: Motivos pelos quais as pessoas pararam de frequentar os programas, segundo entrevistas com os dirigentes/coordenadores, usuários e registros das organizações.

MOTIVOS	Freqüência aproximada (%)
Não sabe	181 (59%)
Morte do participante	42 (14%)
Doença	42 (14%)
Motivos familiares	11 (3,6%)
Desistência voluntária	25 (8,2%)
Mudança na coordenação do grupo	2 (0,6%)
Endereço da organização	3 (1%)
TOTAL	306 (100%)

Dos 306 egressos dos programas culturais, sociais, esportivos, educacionais e de lazer, encontrou-se que a maioria desconhece os motivos de desistência (N=181). Dos que relataram os motivos, a morte do participante e doença são os mais apontados (42 cada uma). Os demais são motivos familiares como cuidar de parentes, morte de parentes e cuidar dos netos (N=11), desistência voluntária como novo emprego,

mudança de cidade e outras atividades de lazer (N=25), mudança na coordenação do grupo (N=2) e localização do programa, ou seja, o programa é distante da casa do participante (N=3).

O motivo “não sabe” apresenta-se significativo (59%) e comprova a falta de sistematização e/ou registro de dados sobre os participantes desses programas. Não foi possível identificar se o motivo “morte” está relacionado aos aspectos de doenças crônicas e/ou morte súbita devido à falta e/ou registro de informações. Sabe-se que, no cotidiano de pessoas idosas, a morte é um fato com probabilidade maior de ocorrência do que em outras faixas etárias. Por outro lado, observou-se um certo “desconforto” por parte dos entrevistados e dos relatores quando falaram sobre o assunto. No entanto, notou-se, também, que era um dos motivos, de alguma forma, registrados nos documentos e nas falas das pessoas. A morte é um tema que move as pessoas de maneiras diferentes, proporcionando novos processos de (re)adaptação, enfrentamento aos desafios da vida, de acordo com as características individuais, sociais e culturais (DOLL, 2002).

Das 42 pessoas egressas por motivo “doença”, todas com idade de 60 anos e mais (100%), 25 eram mulheres e 17 homens, com idade média aproximada de 72 e 71 anos respectivamente. A falta de uma sistematização mais detalhada sobre os egressos foi observada nos registros desses programas. Na maioria dos registros, não se encontrou o motivo que levou a pessoa a parar de freqüentar, nem tampouco se houve contato futuro para estabelecer nova comunicação entre o programa e os egressos. Além disso, nem sempre o(s) endereço(s) de contato era(m) atualizado(s). Outros usuários ainda freqüentadores auxiliaram para completar os dados dos registros incompletos, assim como o uso de lista telefônica do município para a localização dos egressos, através de seus nomes completos.

Os dados revelam que há falta de informação dos egressos desses programas/grupos e, dentre os que deixaram de fazê-lo, os motivos em evidência foram alguma doença e/ou a morte. Problemas de saúde do idoso, como as doenças crônicas, freqüentemente geram um cuidado prolongado e nem sempre existe um acompanhamento satisfatório para controle delas.

Neste sentido, avaliações sistemáticas dos usuários desses programas/grupos no que diz respeito aos aspectos de saúde/doença e condições sócio-econômico-culturais,

no momento da admissão podem colaborar para identificar causas precoces de suas dificuldades e/ou limitações cotidianas. A identificação precoce de doenças, seu tratamento e investimentos de ações terapêuticas na forma de trabalhos transdisciplinar podem colaborar para uma qualidade de vida melhor, acrescida de uma maior sobrevida. É preciso que esses programas/grupos tenham uma sistematização das informações sobre seus participantes, não só em relação aos que ainda freqüentam, como também aos que deixaram de freqüentar, mantendo um registro sistemático e mais documentado sobre os participantes e suas particularidades.

Nossa trajetória passou neste momento a localizar alguns dos egressos e entrevistá-los para que se pudesse compreender a relação entre dependência e a rede de suporte social.

3.3 Ouvindo os Idosos e seus Familiares: Procedimentos de Coleta e de Análise de Dados

Nessa etapa do trabalho, os sujeitos foram os egressos selecionados por motivo de doença, vinculados aos grupos C3 (N=10), C4 (N=4), C5 (N=20) e C8 (N=8).

Para aprofundar esta investigação, foi construído um instrumento norteador, semi-estruturado, denominado “ENTREVISTA COM O IDOSO” (ANEXO VI). Esse instrumento continha questões de identificação do idoso(a) e perguntas norteadoras em que a entrevista se baseou, tais como: 1. programa que freqüentava, por que parou e há quanto tempo; e 2. que tipo de ajuda buscou, busca e de qual(is) sente(m) necessidade.

Também, um segundo instrumento, bastante similar ao da entrevista com o idoso(a), foi construído para a entrevista com um membro da família. Foi denominado “ENTREVISTA COM UM MEMBRO DA FAMÍLIA” (ANEXO VII), sendo este um adulto e o cuidador principal, o qual permanece e/ou é o responsável pelos cuidados na maior parte do tempo. Esse instrumento continha questões de dados gerais de identificação e questões norteadoras como: 1. Que tipo de ajuda oferece a esse idoso e com que freqüência? e 2. Que tipo de serviços atendem às necessidades desse idoso(a) e, a seu ver, são adequados, suficientes? Ambos

instrumentos foram testados na comunidade, com pessoas que não fizeram parte do universo a ser entrevistado. Não houve alteração.

A opção por construir um instrumento semi-estruturado com questões norteadoras possibilitou maior exploração dos aspectos a serem identificados. As entrevistas foram gravadas com a utilização de um minigravador analógico e, em seguida, transcritas. Esses procedimentos ajudaram na análise de conteúdo, oferecendo, no momento da entrevista, maior flexibilidade de interação, testagem de idéias junto aos entrevistados, facilitando e complementando a forma de registro (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER, 1998; LÜDKE & ANDRÉ, 1986).

A observação do ambiente e de impressões no momento da entrevista também foram estratégias utilizadas de registro, para complementar os dados junto à análise de conteúdo. Essas observações foram registradas pelo pesquisador (único entrevistador) logo após o término de cada entrevista em um diário de campo. As entrevistas foram efetuadas no domicílio do idoso(a) e/ou do seu familiar e duraram cerca de 3 horas cada. Elas eram agendadas previamente de acordo com a disponibilidade dos entrevistados.

Para que houvesse uma maior fidedignidade do conteúdo das entrevistas, no final de cada uma, no momento de retorno para a casa do pesquisador, a transcrição da fita foi feita integralmente, as anotações observadas e impressões sobre o encontro também, preservando-se os dados recentes da memória.

O “ponto de saturação”, ou “ponto de redundância” foi a estratégia utilizada para o encerramento da coleta de dados junto a esses sujeitos. Segundo ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER (1998) e LÜDKE & ANDRÉ (1986), pode-se identificar esse momento, quando as informações obtidas se repetem, se confirmam e novos dados vão ficando mais raros, justificando-se, então, a não-inclusão de novos sujeitos para entrevistar. Esse momento foi identificado, neste trabalho, após uma prévia análise de 12 entrevistas efetuadas, sendo 6 dessas com pessoas idosas desistentes dos programas/grupos e 6 com pessoas cuidadoras.

Foram observados todos os princípios éticos que regem pesquisas com seres humanos, tendo as entrevistas prosseguido após preenchimento e assinatura da autorização por parte de todos os entrevistados (ANEXO II). Manteve-se o anonimato dos entrevistados, utilizando-se a primeira letra do nome do idoso(a)

seguido de sua idade e, para o seu cuidador, a mesma letra em dobro (exemplo: V, 69 anos, idosa; VV, 40 anos, filha de V). As entrevistas ocorreram após um ou dois contatos telefônicos, com o idoso(a) e/ou com seu cuidador, todos moradores no município do estudo. As pessoas entrevistadas foram selecionadas a partir das informações fornecidas pelas organizações, acrescida da desistência pelo motivo doença, além da disponibilidade para participar da pesquisa.

Para melhor identificação do grau de dependência do idoso(a) entrevistado(a), aplicou-se o instrumento de ESCALA DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA BÁSICAS E INSTRUMENTAIS DE “OARS”¹³ (ANEXO VIII), que avalia o desempenho do idoso(a) nas atividades de vida diária, as básicas (AVDs) e nas atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), dando índices de graus de dependência e de independência. Também aplicou-se o MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL-MEEM (ANEXO IX), visando obter uma avaliação inicial das condições cognitivas do idoso entrevistado.

A análise das entrevistas foi sendo desenhada após alguns passos:

- transcrição literal dos conteúdos das fitas por meio de texto do Word,
- leitura flutuante¹⁴ do material e dos registros coletados nesta etapa, subtraindo-se elementos semelhantes desse material dos entrevistados: idoso(a), membro da família e/ou outros cuidadores no momento da entrevista ,
- análise desse material a partir de dois temas centrais : aspectos de dependência e redes de suportes formal e informal, buscando-se conteúdos semelhantes desses aspectos no material coletado,
- leitura e análise desse conteúdo focalizando-se a derivação de outras categorias identificadas a partir das falas dos informantes, como trabalhada em outras pesquisas dessa natureza (SANTOS, 2003; MINAYO, 1994 e 1992; ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNAJDER,1998; LÜDKE & ANDRÉ,1986),
- intersecção das categorias derivadas entre as diversas formas de coleta de dados (relatos, registros, impressões, observações) buscando-se construir, embasar e

¹³ Escala de atividades de vida diária básica e instrumental de “OARS” (Olders Americans Research and Services), adaptada por CARDOSO e GONÇALVES (1995).

¹⁴ Leitura flutuante: consiste em ler e reler várias vezes tudo que os informantes e notas do pesquisador abordam sobre o tema (SANTOS, 2003).

registrar no conteúdo desta análise as informações coletadas, teoria e possíveis contribuições, focalizando-se a análise final e a discussão dos resultados.

A leitura flutuante dos dados possibilitou, neste processo de análise e elaboração do texto, a base fundamental de identificação e fundamentação dos dados que emergiram sobre o tema abordado. Essa forma de análise é entendida como uma das mais relevantes de análise de conteúdo, como salienta SANTOS (2003):

“nenhum instrumento computacional ou de outra natureza é capaz de substituir essa atividade reflexiva e analítica que o pesquisador desempenha quando se debruça sobre os dados coletados na busca de uma melhor compreensão daquilo que foi “dito” pelos seus informantes”. (p.62)

Passa-se agora a apresentar o conteúdo das entrevistas com os idosos e seus familiares.

CAPÍTULO 4

E QUANDO A DEPENDÊNCIA CHEGA? A DOENÇA, A DEPENDÊNCIA E O SUPORTE SOCIAL

4.1 A Dependência na Velhice

A Dependência e a Doença

“O melhor jeito de continuar independente, saudável e cheio de amigos” é participar ativamente de lugares que proporcionem a interação social, por exemplo, —os grupos de terceira idade— como disse um dirigente de um desses grupos.

Espantar a solidão e ir à busca de preencher o tempo livre tem sido um dos objetivos dos idosos que participam dos grupos de terceira idade. Eles, em geral, acreditam que a velhice pode ser vivida com mais prazer, satisfação e ativamente e têm uma visão mais positiva sobre essa etapa da vida. Esses grupos têm se proliferado e encontrado um jeito diferente de viver a velhice, disponibilizando espaços e atividades que incentivam o potencial de cada participante e de sua coletividade. DEBERT (1999a,b) discute a importância desse trabalho na sociedade e desenvolve uma reflexão crítica acerca desses espaços na valorização de uma velhice acompanhada de uma visão mais positiva. Contudo, a mesma autora sinaliza que junto a essa valorização pode-se “camufladamente” negar essa fase da vida, dadas as perdas que a acompanham.

Notou-se, nesse trabalho, que a participação dos entrevistados nos grupos de terceira idade foi intensamente vivida enquanto estiveram participando deles, produzindo interação social e a busca do prazer pela vida.

O Sr.B, 64 anos, contador, pai de cinco filhos dois dos quais falecidos, casado, morava com a mulher e um neto. Relatou que, mesmo fazendo parte de uma família grande e desenvolvendo ativamente sua ocupação profissional, tinha muito tempo livre durante o dia-a-dia:

“...eu precisava arranjar outra coisa pra fazer, pra passar o tempo, senão ia ficar louco.

...eu andava...como se diz...desanimado né. Você fica sozinho, você fica pensando numa coisa, fica pensando em outra, não tinha ocupação pra fazer, não tinha nada, não tinha muito trabalho de contador que eu faço, então um dia, estava passando de ônibus em frente de onde o grupo acontece (cita o nome) e então resolvi participar.

Hoje eu escrevo contos, crônicas, peças de teatro. Eu tenho diversos contos, estou escrevendo ainda, não parei de escrever. Já participei de concursos e tenho que escrever uma peça para teatro que me pediram.

Eu comecei a escrever contos, crônicas, depois que comecei a participar do grupo. Eles (os professores e amigos) me incentivaram.”

(B, 64 anos, idoso)

O relato do Sr.B mostra a sua necessidade de ir em busca de algo mais para fazer, a fim de ocupar o seu tempo livre naquilo que lhe dava prazer. Informou que desenvolveu novas habilidades —escrever contos, crônicas—, até então não exercidas e nem descobertas. O mesmo ocorreu com outros idosos que foram em busca de preencher o tempo livre, depois que ficaram viúvos ou de terem os filhos saído de casa.

Quando se procurou identificar o motivo pelo qual os entrevistados tinham parado de freqüentar os grupos, verificou-se que o motivo “doença” esteve presente. Conseqüentemente, a doença, por alguma complicação ou causa inesperada, dificultou a participação dos entrevistados nas atividades dos grupos. A doença instalada passa a ser o motivo pelo qual os idosos deixam de freqüentar o grupo da terceira idade.

Os relatos que se seguem deixaram mais evidentes essas questões:

“Participávamos de tudo, viagens, de todos os jantares, de tudo, de tudo mesmo. Aí há mais ou menos dois anos atrás, ele (J-idoso-) teve um derrame, não é bem um derrame, o dele é um aneurisma, e paramos de ir nos grupos.

(JJ, 75 anos, companheira de J)

“Paramos de ir depois que tive o derrame. Junto com os amigos alugávamos um carro para irmos juntos, agora fica difícil, eu não vou assim (mostra o andador que utiliza para a locomoção).

Agora não dá mais, é difícil eu sair de casa, dá muito trabalho, tenho que levar o andador.”

(J, 80 anos, idoso)

“...eu parei de freqüentar o grupo porque fiquei doente...as pernas não ajudam, tão fracas, eu não posso andar, também tenho problema no coração, sou cardíaco. Agora também o médico disse que tô com osteoporose.”

(D, 80 anos, idoso)

“...Não fui mais porque eu tenho osteoporose, então eu sou mais devagar com as coisas. Tudo é mais difícil de eu fazer, levo mais tempo pra fazer as coisas e parece que está piorando.”

(V, 69 anos, idosa)

“...só parei por causa que fiquei doente...era uma delícia...tinha muitos amigos, dançava a noite inteira e arrumei um namorado lá, pois ficava muito sozinha. Agora não estou indo porque ainda sinto muito fraca, às vezes tenho tontura.”

(D, 60 anos, idosa)

Quando a doença se instala e o idoso se afasta do grupo, é possível verificar também outras perdas, como os laços de amizade.

Os amigos “rompem” o elo de relacionamento com os que pararam de participar. Possivelmente, o “medo de se ver no outro”, a possibilidade de algo parecido acontecer consigo mesmo pode ser uma explicação: é a negação da velhice no que ela tem de perda da capacidade de gerenciar a vida. Além disso, os elos parecem fortes quando se pertence ao mesmo grupo, ou se buscam nele laços de amizade.

A busca por amizade, por laços de relacionamento mais afetivo —ter um companheiro(a)— foram fatores encontrados nos relatos dos entrevistados, principalmente após um período de viuvez. Veja-se:

“Estamos juntos há seis anos, depois de dez anos sozinha, viúva e ele (J, idoso) há cinco anos. Nos conhecemos no grupo de terceira idade e fomos nos conhecendo e estamos juntos...”

...tinha tantos amigos nos grupos, todos sumiram, depois que ele ficou doente. A gente não viu mais ninguém, nem uma visita vieram fazer, nem ligar pra saber direito o que acontece”

(JJ, 75 anos, companheira de J)

“...era uma delícia lá no grupo, tinha muitos amigos, dançava a noite inteira e arrumei um namorado lá, pois ficava muito sozinha. Não fui mais

no grupo depois que fui ficando mais fraca, mais doente e faz muito tempo que não vejo os amigos de lá, nem meu namorado, ele vem muito pouco aqui, às vezes liga e só.”

(D, 60 anos, idosa)

“...gostava de ir lá (no grupo) e dançar. Dançava qualquer tipo de música, dançava a noite toda. Tinha uma namorada lá, a Lúcia, ela mora aqui na cidade. Não vi mais ela depois que fiquei doente e parei de ir no grupo, ela não vem mais aqui. Ela vinha aqui, ficava comigo ficava de fim de semana. Eu fiquei doente e ela parou de vir aqui.”,

(D, 80 anos, idoso)

Esses relatos ilustram a importância dos laços de amizade e afetivos encontrados nos grupos de terceira idade. Eles contribuem para evitar a solidão na velhice (NERI et al., 2001 e 1993). No entanto, observou-se nessas entrevistas uma ruptura dos laços afetivos e de amizade quando os entrevistados deixaram de participar dos grupos. Neste sentido, será que a rede de interação estabelecida nesses espaços, tão fortemente defendida como prioritária, tem de fato acontecido?

Notou-se, então, que o motivo de terem ficado doentes foi o desencadeador por pararem de frequentar os grupos. No entanto, quando se analisou mais profundamente a causa, observou-se que não era a presença ou ausência da doença que afastava os idosos e sim o comprometimento da doença no dia-a-dia dos entrevistados. Eles apresentavam anteriormente alguma doença e/ou problema de saúde. Somente um dos entrevistados, o Sr. B, 64 anos, parou de frequentar o grupo por motivo de um acidente doméstico que ocasionou limitações futuras. Ele, também, foi o único que retornou a frequentar outro grupo de terceira idade, depois de se recuperar.

“Eu deixei de frequentar o grupo depois que caí aqui na cozinha de casa. O chão estava molhado, eu escorreguei e quebrei o fêmur.

Hoje estou indo no grupo (cita o nome) aqui perto de casa. Vou a pé.”

(B, 64 anos, idoso)

Se o acidente não traz outras complicações, então os idosos voltam para o grupo. Caso contrário, se a doença se instala de forma crônica, trazendo um

agravamento na sua funcionalidade, eles, com freqüência, deixam de freqüentar os grupos. As doenças crônicas mais prevalentes identificadas nos idosos entrevistados foram: hipertensão, osteoporose, diabetes, artrite e doenças cardiovasculares. Alguns estudos comprovam que as doenças crônicas devem merecer uma atenção especial, pois elas têm acompanhado um número grande de pessoas idosas. Por exemplo, MEDINA, SHIRASSU & GOLDFEDER (1998) investigaram 378 pacientes acometidos por acidente vascular cerebral (AVC). Desses, houve o predomínio de pessoas acima de 70 anos. Associadas ao quadro de AVC, a diabetes, a hipertensão e outras doenças do coração foram enfermidades mais freqüentemente encontradas.

Neste estudo, observou-se que as doenças crônicas e as suas sintomatologias contribuíram e se agravaram ao longo dos anos, acarretando a desistência por parte dessas pessoas de participarem de algumas atividades cotidianas, dentre elas, dos grupos de terceira idade.

Pode-se dizer que a “**doença em si**” parece não ter sido a causadora principal de alteração da vida desses entrevistados, mas, sim, o **agravamento** delas é que se tornou o **limitador** de suas atividades sociais. Os relatos a seguir ilustram esta questão:

“Ela (idosa) piorou muito da doença osteoporose, e também engordou demais no último ano. Piorou a coluna e ficou com mais dificuldade de caminhar, fazer exercícios.

Agora apareceu diabetes e está alta, tem que abaixar, mas não abaixa, também ela come de tudo, o dia todo”

(VV, 40 anos, filha de V)

“Ele fica mais na cama, o médico disse que o coração está muito grande, piorou nos últimos anos. Ele não anda muito, fica mais sentado e deitado. Tem problema no coração e agora o rim não tá funcionando bem, o médico disse, também osteoporose.”

(DD, 40 anos, empregada da casa)

As doenças crônicas e as suas sintomatologias, ao longo dos anos, têm trazido como conseqüência alterações na capacidade funcional dos idosos, que podem exigir mudanças na vida dessas pessoas e de quem convive com elas. A presença dessas doenças interfere de alguma maneira na vida das pessoas, podendo causar diferentes níveis de dependência. SANTOS (2003) e RAMOS (2002) identificaram esses

aspectos em suas investigações com idosos no estado de São Paulo. SANTOS (2003) observou alta e progressiva dependência funcional em idosos acometidos cognitivamente. RAMOS identificou que 90% dos idosos entrevistados residentes num grande centro urbano referiram ter pelo menos uma doença crônica não transmissível —principalmente hipertensão, problemas articulares e circulatórios—que os obrigava a necessitar de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa de AVD.

Os resultados da Escala de OARS aplicada nos idosos deste estudo e as observações registradas no diário de campo ao longo dessa investigação mostravam que, funcionalmente falando, as capacidades das atividades instrumentais (AIVDs) em relação às atividades básicas da vida diária (ABVDs) estavam mais prejudicadas.

Em geral, os idosos perdem primeiro a capacidade para as AIVDs, seguida das ABVDs. A investigação de RAMOS (1993), desenvolvida no ambiente domiciliar de 1602 idosos residentes em São Paulo, verificou que as AIVDs dos entrevistados foram afetadas, em primeiro momento, seguidas das ABVDs. MELLO (1997) também investigou idosos da cidade de São Paulo e verificou dados semelhantes em relação à funcionalidade das atividades básicas cotidianas. Na região de Campinas, a pesquisa de SANTOS (2003) desenvolvida com pessoas idosas de origem nipo-brasileira, com comprometimento cognitivo, detectou que as AIVDs foram as primeiras atividades cotidianas alteradas, na medida em que o comprometimento se acentuava. Nessas investigações, observou-se a presença de familiares ajudando os idosos acometidos nas tarefas cotidianas.

Estudos do Centro de Gerontologia da Universidade de Virginia nos EUA, com idosos e cuidadores familiares do interior do estado, também apresentaram dados similares aos encontrados no Brasil. Dados dessas pesquisas apontaram que os idosos têm necessitado de mais auxílio por parte dos membros da família, em primeiro lugar nas atividades externas (AIVDs) e, em seguida, nas atividades básicas da vida diária (ABVDs) (ROBERTO et al., 2001a,b).

Além da avaliação do grau de funcionalidade nas AIVDs e ABVDs dos idosos entrevistados, verificou-se também o aspecto cognitivo, por meio da aplicação do MEEM. Neste estudo, não foram encontradas alterações significativas que sinalizassem comprometimento cognitivo ao se analisar a capacidade funcional dos idosos. O grau de dependência tanto nos aspectos cognitivos quanto nos aspectos

físicos determina a necessidade de cuidado que os idosos apresentam. Ele é importante para definir quanto de ajuda eles necessitam, para que, e quem poderá auxiliá-los.

MENDIONDO (2002) discutiu e observou em suas investigações na região sul do Brasil e na Alemanha, em centros-dia, as alterações funcionais em idosos acometidos cognitivamente, e identificou a interferência na sua independência e autonomia, assim como daqueles que os ajudavam —na sua maioria, os familiares. RAMOS (2002) e PIVETTA (2003), por meio de estudos demográficos e estatísticos, também comprovam que os comprometimentos funcionais afetam o cotidiano dos idosos e de suas famílias, além de revelar relação estreita com o aumento da expectativa de vida dos brasileiros, com o aumento da prevalência das doenças crônicas que necessitam de demandas assistenciais.

Esses resultados mostram a influência da doença nos idosos que freqüentam grupos de terceira idade. Os entrevistados relacionaram que pararam de participar dos grupos quando adoeceram ou quando a doença trouxe certas limitações. O fato de terem deixado o grupo provocou um afastamento dos amigos e interferiu na sua vida social. As limitações impostas pela doença trouxeram como conseqüência a perda inicial das atividades instrumentais da vida diária. Os resultados apontam, então, para uma reflexão sobre o papel desses grupos na promoção e manutenção das condições de saúde de seus usuários.

Neste sentido, uma avaliação mais detalhada sobre as condições de saúde dos usuários no momento da admissão nos grupos de terceira idade e ao longo de sua participação, poderia ajudar na detecção precoce de muitas causas de suas dificuldades e/ou limitações. Além disso, essa forma de admissão e acompanhamento poderia ser uma estratégia aliada de interação com o sistema de saúde disponível no município, contribuindo para o controle, prevenção e promoção da saúde dessas pessoas.

É comum, em um primeiro momento, associar-se o estado de saúde de uma pessoa idosa ao número de doenças, pressupondo-se que mais enfermidades significam menos qualidade de vida. No entanto, isso nem sempre é verdade, pois às vezes uma pessoa idosa com três, quatro ou cinco doenças crônicas “controladas” consegue-se viver melhor do que uma pessoa idosa com um ou mais problemas de

saúde sem tratamento adequado (PASCHOAL, 2002b; RAMOS, 2002). Além disso, aprender a viver com alguma fragilidade ou certo grau de dependência envolve uma relação entre quem a vivencia e quem oferece algum tipo de auxílio.

A Dependência e o Ambiente

Além dos aspectos apontados que limitaram a funcionalidade dos idosos desta pesquisa, verificou-se outros que colaboraram para dificultar suas atividades cotidianas. Eles contribuíram para a modificação da dinâmica familiar e colaboraram no aumento dos níveis de dependência dos entrevistados.

Além do motivo “doença”, o fator financeiro contribuiu para a decisão dos entrevistados idosos terem parado de freqüentar os grupos de terceira idade. Alguns desses grupos têm como política para o seu funcionamento a contribuição mensal por parte dos usuários. Nem todos os usuários são elegíveis para o não-pagamento das mensalidades, por meio de contemplação de bolsa.

Embora a situação socioeconômica dos idosos desta pesquisa tenha se demonstrado estável, nem todos conseguiram continuar contribuindo mensalmente para com o grupo do qual participavam. Todos viviam em moradias próprias e tinham rendimento mensal em forma pensão e/ou aposentadoria. As dificuldades financeiras parecem aumentar com os problemas de saúde instalados com as necessidades e demandas da família também. As falas seguintes ilustram esses aspectos:

“...também gasto muito com remédios e com a casa e agora não tenho como pagar a mensalidade (do grupo).”

(D, 60 anos, idosa)

“Lá no outro eu não fui mais porque não podia pagar, eu tive por um tempo uma bolsa que ajudava, mas parei porque não podia pagar mais e fiquei com vergonha de continuar pedindo a bolsa.”

(A, 76 anos, idosa)

“...Eu sou aposentada e pensionista, e aí eu vi que começou aumentar a mensalidade lá (no grupo)...não que não dava, mas tenho outras despesas, vê essa menina (olha para a filha) eu ajudo muito ela, pago seguro

saúde para ela, terapia, o médico, remédio, então eu disse assim, sabe de uma coisa eu vou parar.”

(V, 69 anos, idosa)

“...Agora com outras despesas, como os remédios que tenho que comprar, tenho que ter ajuda financeira dos filhos. Estou trabalhando pouco, eu não consigo pagar a mensalidade...É...fica mais difícil pagar. Então procurei um grupo mais perto de casa, é novo e estou gostando. Posso ir a pé e é grátis.”

(B, 64 anos, idoso)

O redirecionamento do orçamento financeiro familiar, quando associado a algum tipo de fragilidade e/ou ao grau de dependência do idoso, geralmente contribui para um novo jeito de gerenciar a vida. O custeio diário com a manutenção da casa e principalmente com a compra de medicamentos foi o fator identificado na rotina dos entrevistados, o qual contribuiu para a (re)definição de prioridades, deixando as atividades que desenvolviam nos grupos, em último plano.

O uso diário de medicamentos pelo(a)s idoso(a)s foi observado nos relatos, e está presente em diferentes culturas, não importando a história, posição econômica ou social do indivíduo, como discute CASTRO (2000). Essa autora discorreu sobre os problemas brasileiros quanto ao uso, prescrição e oferta de medicamentos. Descreveu o caminho que esse tema percorre no cotidiano da vida humana. O uso de mais de um medicamento e a interação deles, a falta de informação quanto à sua administração adequada e seus efeitos colaterais, o seu custo, dentre outros, são fatores que certamente interferem no cotidiano dos usuários.

O Ministério da Saúde, tem disponibilizado mecanismos de ajuda e suporte à população, como distribuição gratuita de alguns medicamentos para o controle e tratamento de algumas patologias (BRASIL, 2004; 2002a,b). Pessoas idosas têm usufruído desses recursos através do acompanhamento e utilização do sistema de saúde público. Contudo, observa-se que nem sempre os municípios estão estruturados para atender a demanda, obrigando a população a complementar tais despesas com recursos próprios, como se observou neste estudo.

Além da questão financeira, a dificuldade de transporte e barreiras arquitetônicas também foram mencionadas:

“Eu deixei de freqüentar o grupo depois que caí. Foi por causa do tombo, porque eu não posso ir agora até lá, tenho que usar isto (mostra a bengala) e nossas ruas são terríveis, o ônibus vai pulando, não é nem chaculejando, é pulando. Se você se descuidar você cai no colo de uma outra pessoa e isso aí se torna chato prá gente. Já aconteceu comigo e fiquei chateado, constrangido.”

(B, 64 anos, idoso)

“Agora eu podia voltar no grupo porque estou um pouco melhor, mas tenho medo de subir no ônibus e cair. É muito alto os degraus para subir nele.”

(D, 60 anos, idosa)

“Eu ia (no grupo) com uma amiga, ela passava aqui de carro e me dava carona, porque não tinha como ir. Agora tô mais lenta e levo tempo prá entrar e sair do carro. Ficou mais difícil. Não vou mais, prefiro ficar em casa.”

(V, 69 anos, idosa)

“Parei de ir lá (grupo) por causa da rampa. Você desce do ônibus e tem uma rampa terrível, eu tenho medo de cair na rampa, porque meu joelho não dobra direito. Se eu tentar, eu caio. Além disso tem escada, pior que a rampa.”

(A, 76 anos, idosa)

Viu-se que as dificuldades de transporte e as barreiras arquitetônicas contribuíram para que as pessoas deixassem de desenvolver parte de suas atividades, levando-as à reclusão no ambiente da moradia. Observou-se que essas dificuldades não estão separadas. Elas se entrelaçam e contribuem para que as dificuldades das AIVDs sejam as mais comprometidas nos sujeitos desta pesquisa, corroborando outros estudos.

O resultado de uma arquitetura não planejada na comunidade e no domicílio pode contribuir para dificultar a dinâmica funcional das pessoas que delas utilizam. Pode gerar insegurança por parte de quem delas depende, podendo resultar e/ou acelerar, na maioria das vezes, um isolamento social. O medo de quedas e futuras complicações físicas e motoras podem agravar ainda mais os níveis de dependência

por parte tanto dos idosos quanto de seus cuidadores. O relato da Sr.A e do Sr. J, apontou esses aspectos arquitetônicos:

“...eu não vou à noite na missa. Como sou sozinha, não enxergo bem, só de uma vista, eu não ando à noite. Tenho medo de cair e também as ruas são muito escuras.”

(A, 76 anos, idosa)

“Eu andava mais aí na garagem. Uso o andador que ajuda mais, mas não consigo andar muito. Também tem esse degrau da sala pra garagem, tenho medo de cair.

Na calçada de fora da rua, você sabe, calçadas irregulares, com buracos. Não dá não, não dá apoio com o andador.”

(J, 81 anos, idoso)

O comprometimento do direito de ir e vir esteve presente nos relatos dos entrevistados. O uso de transporte coletivo (ônibus) foi apontado pelos idosos como grande fator de risco e dificuldade. Eles relataram sentirem-se inseguros ao utilizá-lo e temem a forma como o motorista conduz o transporte e se reporta aos usuários.

“...eu evito sair de ônibus, tenho medo de cair. Também o motorista nem espera a gente entrar direito e sentar. Sentar quando tem lugar, quase sempre não tem.

...também tem motorista que manda a gente entrar logo, senão vai ficar atrasado.”

(B, 64 anos, idosa)

Mesmo que a lei regulamente e estabeleça diretrizes de direitos prioritários dos idosos nessas circunstâncias (transporte coletivo gratuito para maiores de 65 anos e assentos à frente reservados), o seu cumprimento, na maioria das vezes, não acontece (BRASIL, 2004 e 2002). O desconhecimento sobre os direitos dos idosos foi a conclusão de um estudo realizado por PAVARINI et al. (2001a) em um município do interior paulista. Mecanismos de informação sobre os direitos dos idosos junto à coletividade são importantes e devem fazer parte das políticas públicas municipais.

Por outro lado, não se pode negar que, após a aprovação do Estatuto do Idoso (Lei n.10.741), houve um aumento de denúncias de maus-tratos aos idosos em

muitos municípios. Esse fato se deve principalmente à divulgação do Estatuto do Idoso em todo o Brasil, pela mídia e pelos profissionais da área (JATOBÁ et al., 2004).

Alguns programas buscam informar o cidadão idoso sobre os seus direitos e deveres, através de participação ativa de órgãos e entidades representativas desse segmento populacional, especialmente o Conselho Municipal do Idoso. Conhecer os direitos, no entanto, é insuficiente para garantir uma mudança de atitude com relação ao transporte dos idosos.

O transporte foi relatado como uma das dificuldades principais para desenvolver e participar de atividades mesmo daquelas que os entrevistados demonstraram ser primordiais: ir ao médico, laboratórios, compras de medicamentos, compras em geral, dentre outros. Há necessidade urgente de criar mecanismos que auxiliem esse aspecto na comunidade, pois acredita-se que a disponibilidade de transporte mais adequado, adaptado e com treinamento de recursos humanos de quem os conduz é uma estratégia que pode auxiliar e dar suporte às pessoas idosas e aos seus cuidadores, favorecendo o direito de ir e vir e promovendo maior autonomia dessas pessoas.

Nos EUA, essa disponibilidade de transporte adequado às pessoas com necessidades especiais de forma geral, em especial aos idosos com alguma limitação e/ou dependência, é oferecida em quase todos os estados e tem proporcionado a elas a oportunidade de continuar a freqüentar espaços de atendimento com qualidade, com recursos humanos e físicos mais qualificados. Além disso, vem colaborando para atenuar níveis de dependência, que com certeza seriam mais elevados se estivessem restritos ao ambiente da casa, além de contribuir positivamente com os aspectos da autonomia dos usuários (HEARTLAND SENIOR SERVICES, 2004).

Estratégias de suporte na comunidade que proporcionem apoio à população que necessita de cuidados especiais são alternativas necessárias em todos os municípios, via exemplos de alguns municípios de países desenvolvidos. MENDIONDO (2002) observou e relatou a melhoria da qualidade de vida de pessoas que freqüentavam centros-dia na Alemanha. Grande parte dessa melhoria também era proveniente de investimentos em tecnologia assistiva, de espaços e profissionais qualificados em atendimento ao idoso, principalmente no que diz respeito a espaços

de não incentivo à institucionalização de longa permanência, como os centros-dia. Esses aspectos também foram observados pela pesquisadora deste estudo, quando ela trabalhou no Adult Day Care Center, Ames-IA, EUA. Também verificou-se a continuidade de medidas de promoção e prevenção na sociedade norte-americana quando a pesquisadora retornou em visita no mesmo local que trabalhou, assim como, em outros de atendimento ao idoso no estado de Virgínia, EUA, no ano de 2004.

Além da atitude frente ao ambiente e/ou transporte dos idosos mais dependentes, outros fatores foram também lembrados pelos entrevistados. O uso ou não de equipamento de ajuda como bengala, cadeira de rodas, aparelhos de surdez e outros, pode facilitar a realização das suas atividades diárias.

“...quando comecei a usar o andador ficou um pouco melhor. Eu posso ir pra lá e pra cá sozinho. Às vezes peço ajuda pra ela (companheira) mais ajudou.”

(J, 81 anos, idoso)

“Essa aqui (mostra a bengala) é minha companheira. Vou pra todo lugar com ela. Antes usava a cadeira de rodas, logo depois da operação. Meu neto e esposa me ajudavam. Agora estou melhor, mas tenho que usar a bengala pra me dar mais equilíbrio.”

(B, 64 anos, idoso)

Nos estudos de MELLO (1997) com sujeitos idosos dependentes na comunidade de São Paulo, identificaram-se a importância e a necessidade do uso de equipamentos de auto-ajuda, dentre eles, andadores, bengalas, barras de suporte, utensílios domésticos adaptados, os quais colaboraram para diminuir níveis de dependência dos sujeitos da pesquisa. Por outro lado, é necessário um preparo adequado para a utilização correta e funcional desses recursos, assim como a correlação do seu uso com os aspectos psicológicos e sociais de cada usuário, já que definitivamente, interferem no uso e boa adaptação a eles.

O Sr.J, 81 anos, entrevistado nesta pesquisa, demonstrou um certo constrangimento na utilização do andador, embora se tenha observado que, sem a sua utilização, ele ficaria em uma situação de total dependência de outra pessoa para se

locomover. A vergonha, muitas vezes, é um sentimento presente quando se necessita desses equipamentos, fruto dos estereótipos sociais construídos ao longo do tempo.

“Agora não dá mais, é difícil eu sair de casa, da muito trabalho....tenho que levar o andador. Todo mundo fica olhando.”

(J, 81 anos, idoso)

Outro fator a ser considerado é o alto custo dos equipamentos e a escassez de instituições que dispõem de serviços viáveis para a comunidade, por exemplo, aluguel e/ou empréstimo.

Quando se busca um equipamento com mais tecnologia, por exemplo, cadeira de roda adaptada eletronicamente e outros materiais (computadores, software, jogos de passatempo e outros), o acesso e a disponibilidade a eles são ainda mais restritos a uma pequena parcela da população, visto que geralmente têm custo elevado. Essa realidade também é evidenciada em alguns lugares dos EUA. Por exemplo, em visita à Universidade de Virgínia no *Special Services Lab-Assistive Technologies Department*, foi possível constatar essa realidade, relatada pelos professores do mesmo laboratório. Além disso, a dificuldade narrada por eles, vai além da aquisição desses equipamentos. A sua produção padronizada, na maioria das vezes, desfavorece o seu uso, pois não se consideram as individualidades e as especificidades do usuário (AT LAB AND SPECIAL SERVICES-VT, 2004, VAROTO, 2004).

Desta forma, verificou-se que as dificuldades: financeiras, barreiras arquitetônicas e transportes não adequados e adaptados foram variáveis apontadas pelos entrevistados, que interferiram na sua independência.

A Dependência, as Relações Familiares e a Autonomia

As diferentes formas de cada indivíduo pensar, agir e falar estão relacionadas aos diferentes valores e história de vida de cada um. Construir nas relações um elo entre as necessidades de cada um e seus desejos, na maioria das vezes, é tarefa difícil e pode interferir na independência e autonomia daqueles envolvidos na relação.

A Sra V, 69 anos, viúva há mais de vinte anos, mora sozinha a maior parte do tempo em um apartamento térreo próprio. Em alguns meses, uma das filhas e a neta ficam com ela, geralmente quando há instabilidade no quadro e sintomas de sua doença. Atribui suas dificuldades cotidianas às limitações físicas decorrentes das manifestações da osteoporose. A filha, VV, 40 anos, cuidadora principal, vem auxiliando a mãe nas atividades básicas diárias. Apontou ser a fragilidade física o fator de maior preocupação e relatou:

“Ela ia pra todo lugar sozinha, se virava sozinha, agora eu ajudo no que posso, mas tenho muito medo que ela cai e fique pior. Fico em cima dela, ela não gosta não, mas já pensou se cai?”

“Ela quer morar sozinha né, mas ela não pode né. Precisa de alguém aqui.”

(VV, 40 anos, filha de V)

“Eu quero morar sozinha, mas sempre tem alguém aqui comigo. Mas eu moro sozinha!

Se eu precisar de algo, eu dou um jeito, mas eu posso morar sozinha.

Se eu tiver que fazer comida só prá mim, eu faço. Quando tem muita gente é muito trabalho. Eu não vou ficar com fome, se tiver que fazer eu faço, mas quando é muita gente, os outros fazem.”

(V, 69 anos, idosa)

Durante a entrevista com a Sra.V, observou-se que ela é capaz de cuidar de si no que diz respeito as ABVDs. Entretanto, sua filha e sua neta, as quais moram esporadicamente em sua casa, não acreditavam nesta capacidade e entravam em atrito com ela. Como relatou a Sra.V: *“...sou meio lenta, mas eu me viro aqui em casa...”*. As atitudes e conceitos das pessoas quanto à ajuda e à divisão do mesmo espaço são variáveis incorporadas no conceito de dependência comportamental identificada nesses relatos. Além disso, os aspectos da autonomia é pouco considerado frente as decisões de querer e fazer. Parece haver um conflito frente o respeito à autonomia da Sra.V. visto os diferentes pontos de vista e expectativas das pessoas envolvidas.

Por outro lado, a filha da Sra. V necessita de apoio em determinados momentos, caracterizando a dependência mútua nas relações familiares.

“...eu fiquei sexta, sábado e domingo sem comer nada. Tô fazendo um tratamento em Piracicaba com um médico e minha mãe me ajuda. Não consigo ficar sozinha às vezes, então venho aqui (casa da mãe), trago minha filha menor e os maiores ficam em casa”

(VV, 40 anos, cuidadora)

“Você vê, eu ajudo ela, pago médico, olha como ela está magra (se volta para a filha). Ela chora muito, não pode ficar sozinha.”

(V, 69 anos, idosa)

A mesma dependência foi observada em outras relações familiares:

“...meu filho solteiro mora comigo, mas é como se estivesse sozinha. Ele é muito genioso e na maioria das vezes não conversa comigo. Fica aqui porque não tem pra onde ir, tá sem trabalho e eu tenho que ajudar.”

(D, 60 anos, idosa)

“Eu sou contador, entrei com os papéis de aposentadoria este ano, mas continuo fazendo umas escritas em casa. Fiquei um tempo sem trabalhar por causa da cirurgia, foi difícil, até agora é porque meu rendimento caiu muito e também eu ajudo os filhos que estão desempregados.

Meu filho sempre me leva no médico, na farmácia. Ele tem carro, está desempregado e então eu ajudo ele. Minha filha trabalha fora de casa e minha netinha fica aqui, minha mulher que olha. Esse meu neto tem alguns problemas, é tímido, teve má companhia e nós estamos cuidando dele.”

(B, 64 anos, idoso)

“Ele (idoso) recuperou algum movimento, mas depois estacionou. Não teve mudanças, mas ainda tá difícil, porque precisa de muita ajuda.”

“Ele (idoso) quer tudo na mão...ele é totalmente dependente...quer tudo na mão e a gente sempre perto pra fazer tudo...”

...Você vê! Para abotoar roupa, tudo, tudo, sou eu. Tudo ele depende da gente, ele não faz nada sozinho. O lado direito dele está mais difícil, precisa de ajuda pra se vestir, pra tomar banho, caminhar, tudo, tudo...”

(JJ, 75 anos, companheira de J)

“Eu tive que aprender a comer com a mão esquerda. Levo mais tempo mas consigo...foi um treino...é foi mesmo, e agora com a esquerda, eu

como melhor do que com a direita, porque ela foi atacada e não consigo usar ela.

“...é difícil eu me vestir sozinho, demoro muito porque meu braço não ajuda, então espero ela (companheira) para me ajudar.”
(J, 81 anos, idoso)

A relação entre quem cuida e quem é cuidado pode acelerar a dependência do idoso para com seu cuidador, a qual está relacionada ao conceito de dependência comportamental (BALTES & SILVERBERG 1995). Também se observou que nem sempre há uma ajuda em “mão única” —do cuidador para com o idoso—. Notou-se que muitos membros da família também necessitavam de algum tipo de ajuda por parte dos idosos que assessoravam, por exemplo, a Sra. V, 69 anos e sua filha VV; o Sr. J e sua companheira JJ; a Sra. D e seu filho.

Além da forma como se entende e vê a dependência nas relações, é necessário ter um olhar mais crítico da forma como se encara a velhice. A forma de ver, de viver e de agir nesta fase da vida é acompanhada de múltiplas variáveis que interferem também no cotidiano de cada um. Assim, a concepção sobre a velhice e o processo do envelhecimento também foram identificados nesta pesquisa como sendo fatores que interferem na dependência, independência e autonomia dos idosos e influenciam as relações familiares.

Assim, pontos de vistas e expectativas nas relações devem ser melhores explorados, para que se estabeleça uma relação de ajuda mútua em que se respeite ser autônomo, reconhecendo os direitos opinativos de cada um, assim como, fazer suas escolhas e ações de acordo com seus valores (FERRARI, 2004).

A Dependência e Valores

As diferentes formas de se encarar a velhice estão associadas à diversidade de cada pessoa e da comunidade em que vive. As situações de ganho e perdas ao longo do processo de envelhecimento fortalecem a dimensão de ver a velhice de um jeito mais positivo ou negativo, construindo um “jeito de viver” único e genuíno. Conceitos, valores e crenças pessoais estão presentes a cada momento da vida das pessoas, contribuindo para a construção de diferentes maneiras de experimentar e

vivenciar cada etapa. Os entrevistados deste estudo relataram com muita riqueza esses fatores:

“...cada pessoa tem a idade que acha que tem. A pessoa velha não existe. O que existe é a pessoa idosa. Mesmo que ela tenha alguma dificuldade, ela pode viver de bem com a vida.

A pessoa idosa nem sempre é idosa em tudo...não é porque a formação do tecido da pele está diferente, essas coisas todas...mas pra dar um conselho, pra ver a vida, pra tecer um novo rumo do destino não é idoso, todo mundo pode fazer isso, e o idoso mais, porque ele tem mais conhecimento adquirido atrás do que uma pessoa mais nova de idade.”

(B, 64 anos, idoso)

“Pessoa idosa é a pessoa que se entrega pela idade de número, assim, eu sou idosa, mas eu desempenho muito bem o papel na minha idade, eu não me encosto na idade, né. Você vê, mesmo com esse problema na perna, no joelho, eu não vou falar tô ruim da perna, não vou andar mais, vou ficar aqui...então, idoso que eu acho é isso, é aquele que acredita muito na idade, né, não pode acreditar muito na idade.”

(A, 76 anos, idosa)

“...uma pessoa que precisa da outra para fazer tudo...tudo, que nem eu, depende de tudo, quer depender de todos é velha. Quando era mais novo, não era doente, podia fazer tudo, andar, se virar, independente.”

(D, 80 anos, idoso)

Observou-se que os aspectos da doença estavam fortemente relacionados à velhice. A aparência física foi apontada como depreciador da experiência e da sabedoria pessoal. A idade cronológica também foi apontada como um dos fatores determinantes de sentir-se idoso. A Sra. A, 76 anos, considerou que a idade cronológica está associada aos aspectos da velhice, entretanto não é determinante. Ela esteve vivendo em sua casa própria, só, por mais de dezoito anos, desde que se separou do seu marido. Desenvolveu atividades dentro do lar, cuidando da casa e de três filhas. Todas as filhas têm idade acima de 45 anos e, segundo ela, não contava com a ajuda delas.

O Sr. D, 80 anos, era viúvo há 8 anos, pai de 4 filhos, com idades entre 42 e 65 anos, todos homens e casados. Ele morava sozinho em casa própria e contava com a ajuda de uma empregada doméstica por um período de seis horas durante o dia. Falou sobre sua velhice de forma mais negativa. Durante visita domiciliar a

ele, observou-se um certo descontentamento da vida na fase atual em função de sua doença e conseqüente dependência. Apresenta problema cardiovascular e “fraqueza” no corpo. Relembrou com saudade o tempo em que não necessitava de ajuda. Contava com o auxílio de uma empregada para os afazeres da casa, e dos filhos para as atividades externas (ir ao médico, compras em geral, administração das finanças). Rompeu suas atividades junto ao grupo de terceira idade desde que seu quadro clínico se deteriorou. Ele atribui à velhice uma conotação mais negativa, falando:

“...uma pessoa nova tem mais valor...velho não tem valor, vê só, eu tô aqui jogado né.

...o que adiantou eu fazer na vida, trabalhei muito, eu sei, o que adiantou? Fico aqui sozinho deitado e mais nada, depois de velho, trabalhei tanto!”

(D, 80 anos, idoso)

O relato do Sr. D contribui para ilustrar a representação negativa do envelhecimento ligada aos aspectos da perda da saúde, da inutilidade social e da falta de perspectivas futuras. Esses aspectos também foram apontados por CAMARGO (1999) em estudos sobre representações da velhice, em uma cidade baiana. A vida improdutiva, não ativa, associada à idade cronológica foi apontada por ele como fatores relevantes para a concepção de ser velho: não ter mais o que fazer, sofrer descaso e desrespeito social em relação aos mais jovens. Enfatizar perdas em detrimento de ganhos no processo de envelhecimento parece ser uma visão que favorece as representações negativas da velhice, pois carrega consigo estereótipos e preconceitos.

As formas de conceber a velhice e suas dimensões são partes integrantes do jeito de se viver a vida. O entendimento, a valorização da velhice de um jeito mais positiva ou negativa está permeada segundo as crenças, os valores, os direitos e deveres de cada pessoa contribuindo para a construção dos comportamentos e atitudes de cada ser humano. Neste sentido, esses fatores não devem ser desconsiderados em investigações que envolvam o ser humano (FERRARI, 2004).

As crenças religiosas, em relação à concepção de dependência e velhice, não devem ser “deixadas de lado”. A forma como as pessoas se relacionam e suas crenças em uma dimensão espiritual, também são aspectos que contribuem para a

composição de um jeito mais otimista ou não da vida. GOLDESTEIN & SOMMERHALDER (2002) e GOLDESTEIN & NERI (1993), em pesquisas com idosos do estado de São Paulo, apontaram a relação de crenças religiosas e o estado de saúde/doença dos entrevistados. Verificaram que essas crenças em relação a um maior envolvimento pessoal com elas foram relacionadas para a melhoria da qualidade de vida de seus pesquisados.

A crença religiosa parece relacionar-se com a qualidade de vida. Essa associação tem sido tema em destaque nos últimos anos, apontando que ter crença, acreditar em algo fortalece a auto-estima pessoal. Também pode fortalecer as interações sociais que esses espaços proporcionam, o aumento das relações de amizade, afetiva e outras, as quais colaboram na expansão de suporte e da rede social. Nesse estudo, observou-se que a crença religiosa é fator importante para a compreensão de fases da vida.

“Eu tô lutando. Deus sabe o que faz. Ele vai saber até quando eu vou me virar sozinha, né. Ele sempre esteve presente na fases mais difícil da minha vida.”

(A, 76 anos, idosa)

Os entrevistados deste estudo demonstraram uma concepção quanto à velhice muito mais relacionada aos aspectos negativos em detrimento dos considerados positivos. Também, a idade cronológica e a doença para eles foram fatores relevantes e presentes que compunham esta etapa da vida.

Observou-se nesta pesquisa que as influências das concepções sobre velhice e dependência que foram construídas ao longo da vida dos entrevistados estão relacionadas ao jeito de como eles se comportavam às novas exigências cotidianas depois que tiveram que parar de participar dos grupos de terceira idade. Verificou-se que a ajuda por parte dos familiares eram facilmente contornadas e controladas quando essas estavam relacionadas ao ambiente interno —o da moradia, embora na maioria das vezes houvesse um comprometimento ao respeito à autonomia do idoso. Nele, a família demonstrou um controle satisfatório de reorganizar as atividades de ajuda mútua. Entretanto, quando o contexto familiar extrapolava para o social,

externo ao da moradia — o da comunidade, verificou-se que as pessoas tinham mais dificuldade em lidar e reorganizar as atividades cotidianas.

Dentre as principais dificuldades em reorganizar as atividades no contexto externo, observou-se que os fatores relacionados ao transporte, a barreira arquitetônica, os aspectos financeiros, o desrespeito e desconhecimento sobre a velhice compuseram limitações maiores quanto a dependência dos idosos em relação ao ambiente externo ao da moradia. A inacessibilidade aos recursos dificultou e/ou acentuou níveis de dependência dos idosos e seus familiares. Além do mais, como retornar a participar dos grupos de terceira idade da qual participavam ou de outros, se as maiores necessidades estavam vinculadas ao acesso a eles? Com que suporte e apoio efetivo essas pessoas contaram e quais buscaram no momento de dificuldades?

Observou-se, então, que os recursos externos ao da moradia estiveram mais escassos e certamente acentuaram limitações nas AIVDs, como relatou-se. Nas entrevistas com os idosos e seus familiares constatou-se a escassez de recursos sociais disponíveis na comunidade quando a dependência se instalou e limitou determinadas situações cotidianas. Também, verificou-se com mais detalhe a composição do suporte formal e informal que compuseram o suporte e apoio oferecido aos entrevistados. É o que se apresenta a seguir.

4.2 A Rede de Suporte Formal e Informal Quando a Dependência se Instala

Os membros da família foram os primeiros a oferecerem suporte e apoio ao cuidado com os idosos nesta pesquisa. Observou-se que, quando a dependência se instalou, o suporte social mais utilizado ocorreu no âmbito familiar. Ou seja, é a família quem deu conta do cuidado ao seu parente idoso, quando houve necessidade de algum tipo de cuidado, seja social, emocional ou instrumental.

A rede de suporte e apoio junto a pessoas que dela necessita são denominadas por alguns autores como rede formal e rede informal (BARHAM et al., 2001; NERI & SOMMERHALDER, 2001; DUARTE, 2000). O termo rede formal foi designado para relacionar um conjunto de profissionais e lugares qualificados para atender a pessoa idosa. Já o termo rede informal está vinculado as relações de parentesco,

amizade, de ajuda ao próximo que envolve ações de ajuda e suporte por parte dessas pessoas para com o idoso. Nessas relações de suporte e apoio a terminologia rede social de apoio é mais abrangente e engloba grupos de pessoas que mantêm algum tipo de relação ou de laços entre si que dão e recebem algo. Neste sentido, as redes sociais existem ao longo de toda a vida em todas as suas fases (NERI et al., 2001).

BULLOCK (2004) e MATSUKURA (2002) discutem as relações da rede e do suporte social, utilizando a terminologia de rede social como para descrever a ligação e interação entre instituições, tais como a família, vizinhança e organizações religiosas. O suporte social refere-se às trocas entre os membros da rede e é composto por quatro classes de comportamentos ou atos de ajuda, que são: suporte de avaliação, suporte emocional, suporte informação e suporte instrumental, promovendo assistência às necessidades físicas e emocionais.

NERI et al. (2001) discutem a importância e necessidade de novos arranjos na família, na sociedade, para a realização prática e funcional do dia-a-dia das pessoas. Constatou-se, neste estudo, que a organização da comunidade e suas variáveis parecem ser dimensões que não se podem desconsiderar para entender e avaliar aspectos de dependência dos idosos. Aquilo de que a comunidade dispõe, a forma como ela está organizada, a interação entre os serviços disponíveis, a informação sobre direitos, deveres e leis são alguns dos aspectos que influenciam no jeito como as pessoas interagem com ela.

Dessa forma, a rede social disponível integrada ao suporte social é primordial para que se estabeleça ações mais efetivas para a promoção da saúde e a prevenção da doença. E qual a rede de suporte formal e informal que os entrevistados utilizaram quando pararam de frequentar os grupos, e quais ainda utilizam?

Há algumas décadas, tem-se observado que a população idosa brasileira está crescendo e desenhando novas realidades e necessidades de cuidado. O cuidado, neste nosso cenário, passa a ter um papel fundamental, já que se tem observado um maior número de pessoas com mais anos de vida, morando sós, e uma prevalência maior de doenças crônicas. A família, até então, tem-se se mostrado o pilar de sustentação ao cuidado desse idoso mais fragilizado, como se verificou neste estudo, em concordância com outros estudos nacionais.

Cuidar de uma pessoa idosa medianamente frágil é uma tarefa que exige dedicação, paciência e conhecimento acerca dos fatores que influenciaram e influenciam na dinâmica diária. Geralmente, ocorrem mudanças na organização das pessoas envolvidas, podendo ser mais ou menos intensas, de acordo com a história de cada um e do local em que vivem. Durante essas mudanças, pode-se receber ajuda de instituições e profissionais qualificados ao atendimento ao idoso (o apoio formal) e/ou contar com o suporte dos membros da família, de amigos, vizinhos (o apoio informal), identificado na literatura gerontológica (LEMOS & MEDEIROS, 2002; NERI & SOMMERHALDER, 2002; KARSCH, 1998).

A rede de suporte mais evidente utilizada pelos entrevistados, neste estudo, foi a informal, constituída por familiares (esposa, companheira, filhos), assim como a empregada doméstica. A rede formal utilizada por eles foi composta por profissionais – principalmente médicos – e/ou serviços de saúde.

Constatou-se que a esposa, companheira, cunhada e irmã, mulheres com idade entre 40 e 75 anos, tiveram um papel importante no auxílio à pessoa idosa, principalmente no que diz respeito as ABVDs. Já os filhos desenvolveram uma ajuda mais relacionada as AIVDs. Alguns estudos têm constatado a importância dos familiares no cuidado com o seu parente idoso. DUARTE (2001) constatou o predomínio da ajuda de membros da família, principalmente esposas e filhas, envolvidas com atividades de manutenção da casa e de atividades externas (compras em geral, idas ao médico e administração das finanças). A pesquisa de KARSCH (2003) realizada entre 1992 e 1997 revelou que os cuidadores nos domicílios de 102 pessoas com mais de 50 anos, a maioria idosos com comprometimento por AVC, tiveram as mesmas peculiaridades, quanto ao gênero e tarefas de cuidar, domésticas e sociais.

O envolvimento de familiares nas atividades instrumentais e básicas de vida diária parece ser uma atividade comum em outros lugares do mundo. Nos EUA, na cidade de Blacksburg, pesquisadores do Centro de Gerontologia da Universidade de Virginia constataram similaridades com cuidadores do interior do estado em relação aos estudos brasileiros. Esses cuidadores familiares, aproximadamente 200, a maioria mulheres com idade entre 40 a 85 anos, casada, grau de escolaridade do ensino médio fundamental incompleta, trabalhavam fora de casa e desenvolviam

atividades de cuidado junto aos idosos-familiares paralelamente às outras atividades (ROBERTO, et al., 2004b).

Também foi identificado que a figura da empregada doméstica tem sido uma aliada no cuidado e suporte às pessoas idosas. Muitas vezes, esta pessoa acaba acumulando papéis (empregada doméstica e cuidadora de uma pessoa idosa), como foi encontrado na casa do Sr.J, do Sr. D e da Sra. V. Neste sentido, DEBERT (1999a) aponta em suas reflexões que a empregada doméstica terá grande destaque nos próximos anos no cuidado à pessoa idosa.

Por outro lado, na maioria das vezes a empregada doméstica desenvolve uma tarefa pela qual não é qualificada. Sem o preparo para a atividade de cuidar, acompanhar uma pessoa idosa, ela pode comprometer o cuidado e pode se sentir responsável totalmente por ele, já que geralmente os membros da família designam indiretamente este ato a ela.

A responsabilidade de cuidar dos afazeres da casa e do idoso foi observada no domicílio do Sr.D e do Sr.J. Contudo, essa atividade tem sido freqüente em muitos domicílios, pois é uma alternativa encontrada de suporte e apoio aos membros da família, que nem sempre conseguem encontrar outro meio de ajuda para cuidar de um parente idoso e com certa dependência. Muitos são os fatores que justificam este comportamento, dentre eles, dificuldades financeiras, falta de orientação adequada a quem procura ajuda, escassez de profissional qualificado na área de gerontologia, acúmulo de tarefas que o cuidador familiar desempenha, distância entre as moradias do idoso e do cuidador, assim como falta de identificação na relação entre o idoso e o cuidador familiar.

O relato que se segue mostra a empregada doméstica como cuidadora do idoso:

“O apoio que a gente precisava aqui, nós arrumamos. Arrumamos uma empregada, porque fiquei com a coluna escangalhada de lidar com ele (idoso), é muito serviço pra mim aqui em casa e mais com ele. Então essa senhora me ajuda com a casa e com ele quando preciso.”

(JJ, 75 anos, companheira de J)

Assim, além dos afazeres domésticos, a empregada doméstica passa a assumir novas tarefas:

“Eu tenho empregada na casa há mais de 6 anos. Ela faz tudo, tudo, eu não faço nada e quando tô sozinha ela me ajuda comigo quando preciso. Ela vem cinco vezes na semana, o resto eu me viro.

(V, 69 anos, idosa)

“Eu moro muito longe daqui (casa da mãe), então quando ela precisa de mim eu venho e moro por um tempo aqui. Fico um pouco aqui e um pouco na minha casa, mas também fico tranquila quando não posso vir, porque ela (idosa) tem a empregada que ajuda em tudo e faz companhia.”

(VV, 40 anos, filha de V)

“Eu fui contratada pra cuidar da casa, mas ajudo muito ele (o idoso). Eu dou os remédios pra ele e quando vou embora, tenho que esconder os remédios, ele fica bravo comigo, porque ele quer tomar do jeito dele. Faço comida, limpo a casa e ajudo ele (idoso) a sair um pouco da cama, senão ele fica o dia inteiro deitado.”

(DD, 38 anos, empregada-cuidadora de D)

A Portaria Interministerial n.5.153, de 7 de abril de 1999, regulamentou junto ao Ministério do Trabalho, a categoria ocupacional de Cuidador de Idoso, habilitando-a com recursos humanos para cuidar de idoso(s), e proporcionar-lhe(s) uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2001). Essa categoria ocupacional tem como tarefa básica: auxiliar aos cuidados básicos diários de uma pessoa idosa, como higiene, alimentação, ajuda na locomoção. Não são de sua competência procedimentos técnicos. Não é uma profissão; trata-se de uma categoria ocupacional que não tem um órgão fiscalizador.

A importância do “cuidador de idosos” neste momento em que a população idosa cresce e há mudanças na estrutura familiar, parece ser inquestionável. Entretanto, é necessário determinar com mais propriedade e clareza, as ações e competências dessa categoria ocupacional, assim como os responsáveis pela sua formação, para que não se tenha um comprometimento no cuidado oferecido. Esses aspectos foram discutidos na IV Jornada Brasileira e I Jornada Paulista de Enfermagem em Geriatria e Gerontologia, em Santos (GERP’2003, 2003). Na ocasião, um debate sobre o assunto trouxe em discussão a necessidade de qualificar a

pessoa cuidadora e delimitar especificamente suas habilidades para o desenvolvimento da tarefa com base em supervisão contínua de um profissional habilitado.

Algumas experiências têm sido desenvolvidas com o objetivo de orientar os cuidadores de idoso. A título de exemplo, pode-se mencionar um curso oferecido no município onde esta pesquisa foi desenvolvida, no ano de 2004. Entre os 16 participantes do curso, a maioria era mulheres com idade entre 18 e 61 anos. A maioria trabalhava como empregada doméstica de famílias com pessoas idosas ou para pessoas idosas e acabava desenvolvendo paralelamente a tarefa de auxiliar esses idosos. O conteúdo do curso foi estruturado para munir os participantes sobre as informações básicas do processo de envelhecimento e sobre as habilidades do cuidador de idosos na tarefa de auxiliá-lo, segundo a portaria da categoria ocupacional. O treinamento pautou-se no desenvolvimento cotidiano de como auxiliar o idoso nas atividades da vida diária e em como buscar suporte e apoio junto ao profissional responsável e/ou familiar, em situações de auxílio mais técnico (CURSO ACOMPANHANTE DE IDOSOS-FESC, 2004; VAROTO & MENDIONDO, 2004).

Além do suporte informal, o uso do suporte formal também foi identificado nesta pesquisa. A ênfase deste suporte foi o serviço de saúde disponível no município, especialmente as UBS e também aqueles que se dedicam ao cuidado da saúde/doença, principalmente no que diz respeito ao tratamento clínico de sintomas patológicos (médicos, hospitais, laboratórios de patologia clínica, e fisioterapeutas).

Os dados, de certa forma, revelam uma atitude importante: se estiver doente, procuram-se os serviços de saúde. Em geral, embora as UBS tenham um papel fundamental na prevenção, parece que o conceito de saúde é “ausência de doença”. Então, se não se está doente, não se procuram os serviços de saúde. Veja-se:

“...quando piorei da perna, fui no médico lá do posto (UBS). O Dr.G. me deu umas injeções pra tomar, e disse que tenho que tomar de vez em quando, quando tiver dor. Já passei na farmácia de lá (UBS) e tomei a injeção. Quando não tô bem, volto lá e já tomo outra injeção.

Já fiz fisioterapia, me ajudou um pouco. O médico que pediu pra fazer. A injeção é que melhora. As vezes tomo um comprimido pra dor (diz o nome do analgésico) em casa, eu sempre tenho aqui, eu tomo quando tenho dor, hoje mesmo já tomei uma.

Eu moro sozinha. Minhas filhas têm muito pra fazer, então, se eu ficar ruim e precisar de ajuda chamo o resgate, o pronto socorro, e eles vêm rapidinho me buscar. Eu já precisei e eles vêm rápido. Tá vendo (mostra uma lista com números de emergência), eu tenho esta lista sempre perto, eu não me aperto não!”.

(A, 76 anos, idosa)

“Quando tive o derrame, fui direto pra hospital. Fiquei lá um tempo e voltei pra casa. O médico pediu pra fazer fisioterapia, tive ajuda de um enfermeiro por um tempo aqui em casa. Meu sobrinho é enfermeiro e ficou me ajudando por um bom tempo. Depois o médico pediu pra parar a fisioterapia, porque não ia mais melhorar.”

(J, 81 anos, idoso)

A procura pelo serviço de saúde também se justifica pela necessidade do tratamento medicamentoso:

“Agora continuando indo no médico, faço exames, ele vê a medicação e assim vai. Tomo um punhado de remédios”.

(J, 81 anos, idoso)

“Ele (idoso) toma um monte de remédio, toma pro colesterol, circulação e prá pressão. Parece que os remédios não diminuem, só aumentam, do que quando ele teve o derrame”.

(JJ, 75 anos, companheira de J)

A busca de suporte formal centrado na figura do médico foi o caminho mais procurado pelos entrevistados desta pesquisa. Os outros serviços (laboratórios, hospitais), assim como outros profissionais procurados (fisioterapeutas, acupunturistas) foram por indicação médica. Verificou-se que o modelo “médico” ainda é fortemente utilizado.

Observou-se que “ouvir e acreditar” na voz do médico foi um aspecto muito valorizado pelos idosos e familiares, contrapondo ao “entender, compreender” o que este profissional, na maioria das vezes, orienta e/ou prescreve. A companheira do Sr. J relatou a dificuldade do médico em compreender o problema de saúde do idoso:

“...sabe, eu tô cansada de falar pro médico que o pé dele tem inchado muito...urinar ele tem urinado até demais...urina a noite inteira...não é problema de urina, mas ele diz que é assim mesmo, não falam mais nada”.

(JJ, 75 anos, companheira de J)

A figura do médico aliado à integração de outros serviços de atendimento ao idoso, que busque não somente os aspectos de “tratamento de patologias” mas também do indivíduo como um todo, deveria ser mais bem explorada, para que se consiga “fazer saúde” e construir conceitos de “ter saúde” antagônicos à ausência de doença. Esse profissional, juntamente com os serviços da rede pública (em evidência neste estudo), poderia contribuir como articuladores de integração dos outros serviços disponíveis ao idoso no município, já que parecem ter credibilidade por parte dos entrevistados.

As UBS demonstraram ser a “porta de entrada” quando os entrevistados buscaram suporte e apoio. Elas demonstraram-se que suas ações estavam mais centradas na recuperação e tratamento de patologias instaladas do que nas de promoção e prevenção da saúde. Parece que as UBS são espaços de grande potencial para que se possa iniciar mudanças na estrutura da rede de suporte e integração com outros serviços na comunidade. Através delas, pode-se identificar as demandas e as necessidades dos idosos, assim como, as relações familiares e de suporte que os envolvem.

Outro importante equipamento de saúde na rede de suporte ao idoso é o Programa de Saúde da Família-PSF, não mencionado pelos entrevistados neste estudo o qual pode ser mais bem explorado nas ações de promoção e prevenção à saúde da população, visto o potencial que esse programa tem junto ao trabalho domiciliário com as famílias. Por outro lado, as equipes e os agentes de saúde que dele fazem parte devem ter um preparo mais afinado as questões do processo do envelhecimento e da dinâmica organizacional familiar para que se possa compreender e desenvolver ações mais efetivas no que diz respeito a qualidade de vida de todos os envolvidos.

Observou-se que a busca e o uso de serviços e programas da rede pública nesta pesquisa estiveram em evidência. Embora alguns entrevistados dispusessem de serviços de caráter privado junto às questões de saúde-doença, foi constatado maior

uso de serviços público. As dificuldade e desinformação acerca da viabilidade de uso dos serviços privados dificultaram o uso deles, além dos custos dos mesmos, como foi relatado:

“Eu tive esse problema (quebrou o fêmur), tive que operar e a operação ia ficar muito cara, caríssima, e eu pagava um plano de saúde, mas quando eu fui ver esse plano de saúde, não dava direito a nada, então, o médico pediu para essa operação muito caro particular, eu não tinha condições de pagar. Então, eu fiz pelo SUS, o médico fez a operação, o cara foi excelente, foi ótimo. Não paguei um centavo, fiquei cinco dias no hospital.”

(B, 64 anos, idoso)

“Fui em vários médicos, fiquei no hospital um tempo. Eu tinha plano de saúde (privado), mas agora não tenho mais e faço todo o tratamento no centro de especialidade e no posto de saúde aí em cima (refere-se ao próximo a residência). Também pego os remédios na farmácia do posto, mas às vezes tenho que comprar quando não tem lá.

Parei de pagar o plano de saúde porque tenho gastado mais com os remédios e contas da casa e também quando precisei fazer meu tratamento da minha doença (DST) eles disseram que o plano não podia e nem ajudava com os remédios, então parei de pagar.”

(D, 60 anos, idosa)

Os relatos da Sra.D e do Sr.B indicaram uma realidade freqüente em relação aos planos de saúde privados e seus benefícios. Na maioria das vezes, o benefício oferecido por esses serviços não condiz com a necessidade de seus usuários, que optam, então, pelo Sistema Único de Saúde. A falta de informação mais clara e detalhada na hora de adquirir um serviço desse tipo, ou restrições que ele estabelece em alguns procedimentos mais técnicos e dispendiosos contribuem para a utilização do serviço público. Contradiz, neste sentido, o “mito” de que o serviço público não é “bom” e tampouco desenvolve programas de nível nacional que favoreçam a população, como o programa de DST.

Enfim, neste estudo o suporte formal centrado na figura de serviços de saúde teve destaque. E, dentre eles, as UBS. Quanto ao suporte social que utilizam, além dos serviços de saúde, os membros da família foram e continuavam sendo os provedores de cuidados aos idosos, sobressaindo aos cuidados com as AVDs. Contudo o respeito à autonomia do idoso frente as ações cotidianas demonstrou-se empobrecido nas relações.

Para complementar os dados ao suporte social, perguntou-se aos entrevistados o que eles gostariam ou sentiam falta em relação a serviços, programas ou grupos de suporte e apoio as suas necessidades e/ou desejos. Eles apontaram sentir falta de atividades e/ou outros programas na comunidade que a princípio tivessem características similares aos que eles haviam parado de freqüentar. Programas/grupos que favorecessem “ter amigos, ter companhia, não ficar sozinho em casa”, assim como “ter transporte adaptado para locomoção” foram os mais indicados:

“Eu estou indo em um grupo perto de casa, assim não preciso ir de ônibus. Se tivesse um jeito de ter como eu ir com mais segurança, eu queria voltar lá (grupo que parou de freqüentar). Gostava muito de lá, mas fica difícil ir nesses ônibus daqui.”

(B, 64 anos, idoso)

“Eu estou bem, não sinto falta de nada de nenhum outro serviço. Gosto de ver minhas novelas, ficar aqui em casa. Nem no grupo que eu ia eu queria voltar. Gostava das atividades, mais da hora do cafezinho, tinha amigos.

Fico aqui em casa e está bom. Talvez gostaria de um serviço que viesse me pegar pra levar onde tenho que ir, médico, fisioterapeuta, sem ter que pedir para minhas filhas.”

(V, 69 anos, idosa)

“Ah...se ela tivesse um lugar que pudesse ficar pra não ficar sozinha, seria bom. Ela gosta de ficar sozinha, mas nós (pessoas da família) temos medo de deixá-la sozinha. Mas também, eu não tenho carro e minha irmã nem sempre pode levar ela pra lá e pra cá. Se tivesse um jeito de levar e buscar ou alguém que ficasse aqui, seria bom.”

(VV, 40 anos, filha de V)

“Eu não tenho mais nada pra fazer, eu queria né um lugar pra não ficar sozinho, um outro lugar qualquer, pra não ficar sozinho né. Fico aqui sozinho, sem nada pra fazer, não tenho ninguém aqui pra conversar, prefiro morrer...só fico pensando besteira.

Também não consigo nem sair de casa, não posso ir em lugar nenhum, não tenho quem me leve, nem ônibus eu tomo.”

(D, 80 anos, idoso)

“No outro grupo que eu ia não vou mais, é muito longe e os ônibus são terríveis, não consigo entrar, meu joelho não dobra e os motoristas não têm paciência”.

(A, 76 anos, idosa)

“Acho que ele (idoso) não devia ficar sozinho. Ou devia sair um pouco de casa, mas ele não consegue sozinho, precisa de ajuda e de alguém pra levar. Ele fica muito aqui dentro.”

(DD, 38 anos, empregada-cuidadora de D)

As dificuldades de locomoção dos entrevistados ficaram evidentes, principalmente no que diz respeito a um sistema de transporte. Um sistema mais eficiente de transporte parece ser um desejo dos idosos. No Brasil, serviços de transportes adaptados e adequados, públicos ou privados, que atendam a demanda ainda são escassos. Já nos países desenvolvidos, observa-se uma estrutura mais adequada quanto à disponibilidade de sistema de transportes adaptados para a população com necessidades especiais. Em alguns estados, entretanto, verifica-se uma escassez quanto à disponibilidade desse serviço em relação à demanda (HEARTLAND SENIOR SERVICES-HSS, 2004; SENIOR HOUSING & RESOURCE OF WESTERN VIRGINIA GUIDE, 2004; VAROTO, 2004; VIRGINIA TECH ADULT DAY SERVICES-VTADS, 2004; TIRRITO, 2003; WACKER et al, 1998).

O interesse em buscar “preencher o tempo livre” e “ter amigos” também foram fatores ressaltados. Tanto as pessoas idosas quanto seus cuidadores colocaram que gostariam de ter mais serviços e grupos que preenchessem essas lacunas em suas vidas. Os idosos relataram esse desejo e em seguida colocaram a dificuldade de participarem dos mesmos sem que houvesse um suporte de como ir até o local (transporte) como sendo a principal dificuldade. Para os cuidadores, esse desejo demonstrou ser um caminho em que houvesse a possibilidade de “divisão de tarefa” e/ou de “divisão de tempo” para com o suporte e apoio às necessidades das pessoas das quais cuidavam. Dessa forma, os cuidadores teriam serviços de suporte e apoio para o desempenho da tarefa de cuidar de um parente idoso, colaborando na

(re)organização cotidiana de ambos. A Sra. JJ relatou com muita propriedade essas necessidades, que foram supridas pela ajuda da “empregada doméstica”:

“Agora estou tendo um tempinho pra fazer coisas fora de casa, ir fazer compra, ir no banco. Já melhorou um pouco depois que arrumei a empregada pra ajudar em casa, uma ajuda a outra na hora do aperto, com a casa, com ele (idoso), mas não vou pra lugar nenhum...eu tô presa aqui. Ia pra todo lugar, nos grupos (freqüentava mais de um, participava das festas, das viagens e agora não saio daqui. Acho difícil ir agora, ele não quer sair mais, eu sinto falta, mas agora é difícil. Eu não dirijo e não tem quem leve a gente. É uma complicação sair de casa.

...Tinha tantos amigos nos grupos, todos sumiram, depois que ele ficou doente, a gente não viu mais ninguém, nem uma visita vieram fazer, nem ligar pra saber direito o que aconteceu.”

(JJ, 75 anos, companheira de J)

“Que dúvida! Eu sinto falta de amizade, porque eu tô muito sozinha, porque a única colega que eu tenho é essa aí (amiga estava entrando na casa), mas ela está doente e a gente quase nem se vê direito...”

...não tenho aonde ir, não tenho com quem sair, porque eu não tenho amizade, então se eu voltasse lá no grupo da terceira idade. Lá eu tinha aquelas horinhas, já fazia amizade com aqueles conhecidos de lá, ia nas excursões, aquelas que não eram caras, eu fiz muitas excursões...eu sinto falta de companhia, muita falta. Se eu conseguisse uma bolsa de novo, eu ia, pra pagar não posso agora.”

(A, 76 anos, idosa)

Viu-se então que o desejo por um sistema de transporte mais adequado e eficiente, ter amigos e participar de grupos da terceira idade que pudessem preencher o tempo livre, foram aspectos de maior evidência no cotidiano dos entrevistados. Além disso, contar com a ajuda de outras pessoas para divisão das tarefas de cuidar de um parente idoso ajudaria a todos de um modo geral.

Os dados obtidos por meio de entrevistas com os idosos ex-usuários de grupos de terceira idade e seus familiares, revelam aspectos importantes para a compreensão dos serviços e programas estruturados ao atendimento à população idosa, quando a dependência se instala. Observou-se que não foi a doença em si a causadora da dependência, mas o comprometimento e/ou agravamento dela que os levou a apresentar alguma fragilidade e necessidade de reestruturar a dinâmica cotidiana. Notou-se então, que, provavelmente na admissão dos idosos nos grupos

dos quais participavam, não houve um aprofundamento das condições de saúde dos participantes, assim como, no momento em que pararam de participar, também não houve uma busca do motivo.

Verificou-se que os comprometimentos relatados ocorreram, em geral, primeiro com as atividades instrumentais da vida diária, o que acarretou para os idosos e familiares necessidades específicas, fora do âmbito domiciliar, como transportes adaptados, dispositivos de ajuda, entre outros. No âmbito do domicílio, quando a dependência se instalou/agravou, os idosos deixaram então de participar dos grupos/organizações e passaram a necessitar do apoio da família. Estas famílias, em geral, deram o suporte necessário para o desempenho das atividades de vida diária, tendo um domínio maior nas ABVDs. Esses membros familiares, na posição de cuidador do idoso, apontaram sentir necessidade de serviços e programas que os auxiliassem no desempenho de suas atividades de cuidado ao idoso, principalmente naquelas relacionadas as AIVDs.

Dessa forma, os dados levaram a ter um olhar mais crítico frente a dinâmica desses grupos de terceira idade, pois os dados sinalizam que seus participantes provavelmente serão em um futuro próximo, pessoas com certas limitações/dependências e que necessitarão de serviços e programas mais específicos. Para esses idosos mais dependentes, os serviços e programas devem contemplar a heterogeneidade e especificidade das necessidades de cuidado que eles apresentam, incentivando seu potencial, mesmo se houver alguma limitação. Nestes locais, profissionais qualificados e uma equipe multiprofissional e interdisciplinar devem fazer parte da estrutura de suporte e apoio proporcionando espaços mais adequados frente a necessidades dos usuários e acima de tudo respeitando sua autonomia, melhorando a qualidade do cuidado.

Faz-se necessários novos estudos sobre a dinâmica familiar para que se conheça e se compreenda a necessidade emergente que os membros familiares enfrentam na tarefa de cuidar de um parente idoso. Também se deve avaliar adequadamente e mais detalhadamente a capacidade funcional, cognitiva e social dos idosos para que se possa traçar planos de trabalho mais apropriado de acordo com o grau de dependência e o potencial de cada um. Dessa forma, pode-se contribuir para que ações, principalmente de políticas públicas, sejam viabilizadas para a

organização de lugares e serviços de atendimento à população idosa e seus familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante muito tempo, ao se pensar em organizações, serviços ou programas para idosos, não havia muitas opções. Em geral, os asilos, hoje conhecidos como instituições de longa permanência, eram alternativas para os idosos sem família, ou os idosos mais carentes. Na área da saúde, os idosos normalmente eram atendidos em hospitais, quase sempre em “santa casas”.

A velhice, durante muito tempo foi em alguns países considerada uma etapa da vida onde os aspectos mais negativos eram enfatizados. Uma fase da vida cheia de perdas e de inutilidade. Felizmente este cenário vem sofrendo alterações significativas no que diz respeito aos aspectos mais positivos no processo de envelhecimento. O aumento da expectativa de vida expressa por mais anos de vida, tem contribuído para expansão da velhice e novos jeitos de gerenciar a vida.

Frente a novas demandas e construções sociais acerca da velhice e do envelhecimento, novas organizações e novos serviços que objetivam o atendimento ao idoso surgem. Os espaços de moradia que integrem serviços e programas com diferentes ênfases de atenção demonstram-se, no cenário atual, ainda escassos nos países em desenvolvimento. Esses espaços buscam a estrutura de suporte, apoio e interação de vários tipos de atendimento e de níveis de atenção, e, estão em maior evidências nos países desenvolvidos. Outros que enfatizam a não institucionalização, como os centros-dia, também se destacam como lugares inovadores ao atendimento integrado, contudo são poucos nos municípios brasileiros. Por outro lado, nestes municípios, observa-se em multiplicação lugares que incentivam a interação social —os grupos de terceira idade.

Um panorama mais detalhado das organizações existentes de atendimento à população idosa encontradas atualmente, foi apresentado na primeira parte desse estudo. Entendendo estas organizações como sendo serviços, programas e grupos de atendimento, procurou-se segundo a identificação desses lugares no município de estudo, organizá-las, agrupando-as de acordo com os seus principais objetivos. Foram categorizadas em: *1-moradia, 2-saúde, 3- cultura, lazer, esporte, educação e social, e 4-suporte/encaminhamento.*

Verificou-se que as organizações da categoria denominada de *cultura, lazer, esporte, educação e social* estavam em destaque em quantidade e nas atividades

desenvolvidas por elas no município. Elas, provavelmente se destacaram pelo fato de serem, um dos frutos das novas representações sociais da velhice nos dias atuais, que exploram essa etapa da vida junto ao desenvolvimento de potencialidades, interação social e ocupação do tempo livre. Esses lugares, programas e grupos, voltados à terceira idade, sem dúvida, contribuem para uma melhor qualidade de vida quando proporcionam diferentes experiências aos seus participantes.

Os serviços destinados à categoria *saúde* também tiveram destaque neste estudo. Embora sejam em grande número, suas atividades não são exclusivas à população idosa e são reproduzidas em diferentes unidades, localizadas em diferentes áreas do município, atendendo à população em geral. O trabalho desenvolvido nestes serviços, segundo as diretrizes do SUS, deveria priorizar a atenção primária, favorecendo a prevenção e a promoção à saúde/doença. Porém, durante a investigação, encontrou-se um atendimento mais voltado às atenções secundária e terciária para com a saúde/doença, desenvolvendo ações para o tratamento de patologias e sintomas instalados.

Observou-se também, um movimento de mudança atual, junto aos serviços prestados às organizações da categoria *saúde*, no sentido de informar a população sobre a importância dos serviços oferecidos pelo SUS. Neste sentido, as UBS, os PSF e PID, têm tido papel fundamental para se efetivar tais ações, tendo como foco de trabalho os aspectos da família. Dessa forma, o direcionamento de trabalhos de educação em saúde na comunidade, via diretrizes básica do SUS, parece ser um caminho promissor — envolvendo comunidade, profissionais da saúde e órgãos públicos — para a proposta de melhores condições de saúde à população.

As organizações da categoria *moradia*, mais conhecidas por asilos e abrigos, caracterizam-se por serem lugares que abrigam o idoso, que, por algum motivo, tem dificuldades de suporte (físico, social, emocional, dentre outros) na sociedade. Na maioria das vezes, oferecem “um lugar para morar”. Com a implantação da Política Nacional do Idoso e do Estatuto do Idoso, normas foram sendo instituídas para que estas instituições possam funcionar de maneira mais adequada. Verificou-se neste estudo que esses lugares ainda mantêm característica assistencialista e recursos estrutural e humano restritos, ficando na maioria das vezes o respeito à autonomia do idoso inexpressiva, podendo colaborar para acentuar níveis de dependência.

Observou-se que o Conselho Municipal do Idoso, categorizado como *suporte/encaminhamento*, neste município, tem procurado trabalhar efetivamente na mobilização da sociedade em geral, traçando metas e implementando diretrizes em prol da população idosa, para melhorar e sugerir novas estratégias de atendimento às pessoas de mais idade, tanto institucionalmente como em programas comunitários. As ações e discussões junto a este Conselho ativam mecanismos de processos de mudanças em políticas públicas, por meio da participação de atores sociais para o desenvolvimento, a construção e a gestão democrática. Após a implementação do Estatuto do Idoso, os Conselhos Municipais passam a ter voz ativa de fiscalização e intervenção junto aos lugares de atendimento ao idoso, expandindo estratégias de melhores ações junto à população.

Identificou-se neste estudo, a expansão dos grupos de terceira idade e dos programas com incentivos a independência, autonomia e a interação social, e por outro lado, verificou-se uma escassez de serviços e programas de suporte e apoio ao idoso mais dependente no município em estudo. Procurou-se, então, neste cenário, identificar os idosos que deixaram de participar dos grupos de terceira idade, saber quem eram, qual o motivo da desistência e a rede de suas relações. Para responder a essas questões, prosseguiu-se nos estudos sobre a relação de dependência, de independência e de autonomia, assim como, as redes de suporte formal e informal disponível e utilizada pelos cuidadores e pelos idosos, aspectos discutidos na parte II deste estudo.

Observou-se que a maioria dos grupos não tinha dados organizados e sistematizados sobre a desistência de seus usuários. O motivo ter ficado doente e a morte do participante foram identificados em maior número neste estudo. Entretanto, quando aprofundada esta investigação, observou-se que houve um agravamento ou piora do estado de saúde dos ex-usuários, e, portanto eles já estavam doentes. A piora contribuiu para a desistência de participarem dos grupos de terceira idade e trouxeram dificuldades cotidianas que envolveram primeiramente os membros da família ao suporte e apoio a eles. Esses dados foram coletados por meio de entrevistas com os idosos que deixaram de frequentar grupos da terceira idade porque ficaram doentes e seus familiares. As entrevistas mostraram que, quando isso ocorre, o idoso passou a contar predominantemente com a família. Ele perdeu

primeiro sua capacidade para as atividades instrumentais de vida diária, e a família precisou de diferentes tipos de ajuda, principalmente no que diz respeito as AIVDs, cujo suporte na comunidade para elas demonstrou-se escasso, principalmente ao transporte adaptado e adequado. De um modo geral, constatou-se que os serviços de suporte e apoio ao idoso mais dependente eram escassos e o respeito à autonomia dos idosos foi aspecto desconsiderado nas relações observadas.

Ao longo desses anos de investigação, procurando responder a pergunta “E quando a dependência chegar?”, algumas reflexões foram realizadas. Embora os resultados dessa pesquisa não possam ser amplamente generalizados, eles revelaram parte de uma realidade dos idosos de uma cidade do interior paulista.

Eles trazem importantes contribuições para as políticas públicas quando permitem identificar um conjunto de ações que poderiam ser realizadas no âmbito do município. Dentre elas:

- Sistematizar e disponibilizar informações sobre os serviços existentes para idosos no município;
- Sistematizar as informações sobre os usuários desses serviços e em particular dos grupos de terceira idade, colaborando para um melhor conhecimento dos participantes, dos seus interesses, necessidades, limitações, contribuindo para promoção e prevenção à saúde/doença, além de oferecer um controle maior de doenças crônicas;
- Priorizar programas/grupos de assistência ao domicílio, como o PSF, expandindo-se o número de equipes e de profissionais integrantes dela, como terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos, dentre outros, abrangendo e interagindo diferentes áreas em um trabalho transdisciplinar. Além disso, oferecer treinamento e/ou reciclagem aos profissionais sobre os aspectos do envelhecimento, visto que nem sempre eles e os agentes de saúde são familiarizados com o tema em sua formação básica;
- Oferecer oportunidades de treinamento/reciclagem de conhecimentos acerca da velhice e do processo do envelhecimento, por meio da expansão e criação de pólos de educação permanente dos profissionais, interagindo teoria, prática e pesquisa. É necessário que haja mudança, reestruturação a partir dos cursos de

graduação da área de saúde e áreas correlatas, para que se tenha, ao longo dos anos, uma mudança de ensino associada a novas práticas de trabalho, principalmente no contexto de espaços públicos de atendimento à saúde. Neste sentido, a tarefa é integrar mudanças no setor de saúde com o de ensino, buscando expandir o conceito de trabalhar em equipe, via ações: apreender em equipe, ensinar em equipe e aprender a ensinar em equipe;

- Implementar serviços que atendam o idoso mais frágil, como os centros-dia, repúblicas e/ou casas-lar, que possam proporcionar um ambiente mediador à institucionalização de longa permanência o mais próximo das condições de uma casa, de um ambiente familiar. Esses espaços devem incentivar a independência, ter acompanhamento e adaptações necessárias pela equipe de apoio sem, no entanto, restringir a autonomia;
- Implementar grupos/programas de orientação e suporte aos cuidadores familiares, aos informais, sobre os aspectos da velhice e do envelhecimento, colaborando para esclarecimentos sobre a tarefa de cuidar de uma pessoa idosa, assim como informando sobre os serviços disponíveis na comunidade de atendimento ao idoso e de suporte aos familiares;
- Integrar programas de diferentes gerações, por exemplo, os grupos de terceira idade com crianças e/ou adolescentes, proporcionando a vivência e troca de experiências entre eles, assim como incentivando medidas de prevenção e promoção ao processo de envelhecimento, que todos experimentam. Projetos intergeracionais são um dos caminhos promissores para se “aprender” sobre o próprio envelhecimento, por meio da vivência e experiência daqueles que já experimentaram parte dele;
- Criar melhorias no sistema de transporte público e/ou privado mais adequado e/ou adaptado que possam oferecer um serviço de suporte e apoio à população, no que diz respeito ao direito de ir e vir, de se locomover com mais independência e autonomia para o desenvolvimento de suas atividades cotidianas. É necessário integrar a este sistema, treinamentos e capacitação para os motoristas responsáveis por este transporte, a respeito da compreensão do processo do envelhecimento, do entendimento de alguns comportamentos e dificuldades comuns dos idosos, do treinamento de habilidades sociais no sentido

de ser mais assertivo, para que desenvolvam um trabalho mais consciente, humano e digno;

- Implementar ações que elaborem mudanças de comportamentos e atitudes na população como um todo, por meio de estratégias que envolvam uma comunidade mais solidária, participativa e cooperativa. A partir desse caminho, pode-se agir de forma a dividir necessidades, desejos, idéias, construindo espaços mais integrados e inclusivos. Na medida em que se cria oportunidade de dividir experiências, conhecimentos, necessidades e interesses, ocorre a possibilidade de aprender a trabalhar em equipe, de aprender a ouvir outros pontos de vista e a construir novas alternativas a partir de diferentes modelos. Dessa maneira, colabora-se para uma participação democrática e pode-se exercitar a inclusão social.

Enfim, em todas essas proposições de ações não se pode perder de vista a questão da autonomia das pessoas envolvidas, pensando sempre que ser autônomo não significa ser respeitado como um agente autônomo, como salienta FERRARI (2004). Para que se respeite um agente autônomo é preciso reconhecer que a pessoa tem direitos, opiniões, escolhas e ações de acordo com aquilo que valoriza, que acredita, assim como sua história de vida.

Os dados encontrados em São Carlos parecem retratar o que ocorre em muitos municípios brasileiros. Existe a necessidade de novos serviços e programas para atender a heterogeneidade de uma população que cresce cada vez mais. Não só lugares com estruturas de atendimento ao idoso independente e autônomo, mas também ao idoso com algum grau de dependência. Para isso, faz-se necessário conhecer as demandas de cada município, as necessidades da população idosa e da família em geral, disponibilizando serviços que ofereçam e supram suas necessidades cotidianas, no sentido de melhorar a qualidade de vida de todos envolvidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES-MAZZOTTI, A.J. GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: Pesquisa Quantitativa e Qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.

ARIÉS, P. Por uma História da Vida Privada. In: ARIÉS, P. & DUBY, G. (orgs). **História da Vida Privada**. São Paulo: Companhia de Letras, vol.3, 1990.

_____. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

AT LAB AND SPECIAL SERVICES-VT. **Assistive Technologies – Empowering a lifetime of learning**. AT Lab and Special Services-VT and State University, June, 2004 (manual de divulgação).

BALTES, M.M. & SILVERBERG, S. A dinâmica independência-autonomia no curso de vida. In: NERI, A.L. **Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva do curso da vida**. Campinas: Papyrus, 1995, p.73-110.

BALTES, M.M. **The many faces of dependency in old age**. Cambridge, Cambridge University Press, 1996.

BALTES, P.B. Theoretical propositions of life-span developmental psychology. **Developmental Psychology**, v.5, n.23, p.611-26, 1987.

BARHAM, E.J. et al. Family caregivers for the elderly in Brazil: what they value and the difficulties they face. In: 17th WORLD CONGRESS OF THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF GERONTOLOGY. **Abstract Gerontology**. 2001, Vancouver:KARGER, v.47, p.31.

BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população brasileira. In: NERI, A L. & DEBERT, G.G. (org). **Velhice e Sociedade**. Campinas, SP: Papyrus, 1999, p.11-40.

BERQUÓ, E. “Algumas Considerações Demográficas sobre o Envelhecimento da População no Brasil”. In: **Seminário Internacional sobre Envelhecimento Populacional: Uma Agenda para o Fim do Século**. Brasília, 1-3 jul, 1996.

BLEIZNER, R. & HAMON, R.R. Filial responsibility: attitudes, motivators and behaviors. In: DWYER, J.K. & COWARD, R.T (eds). **Gender, families and eldercare**. Newbury Park, CA:Sage, 1992.

BORGES, C.M.M. Gestão participativa em organizações de idosos: instrumento para a promoção da cidadania. In: FREITAS, E.V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, 2002, p.1037-41.

BORN, T. Cuidado ao Idoso em Instituição. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2002, p.403-414.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Disponível em <<http://www.soleis.adv.br/estatutodoidoso.htm>>. Acesso em: 16 jan 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde do Idoso**. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/programas/idoso/programa.htm>>. Acesso em: 14 agosto 2002a.

_____. Lei n.8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso**. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/programas/idoso/programa.htm>>. Acesso em: 14 agosto 2002b.

_____. Portaria n.5.153, de 7 abril 1999. **Portaria Interministerial sobre categoria ocupacional cuidador de idoso**. Disponível em <<http://www.mte.gov.br>>. Acesso em: 14 maio 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n ° 2.203, de 5 de nov 1996. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96**. Diário Oficial da União, Brasília, n. 216, p. 22932-22940, 6 nov. 1996. Seção 1.

BRITTO, F.C. de & RAMOS, L.R. Serviços de Atenção à Saúde do Idoso. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: ATHENEU, 2002, p.394-402.

BULLOCK, K. Family social support. In: BOMAR, P.J. **Promoting health in families**. 3rd ed., Philadelphia: Saunders, p.142-61, 2004.

CACHIONI, M. **Quem educa os idosos? Um estudo sobre professores de Universidades da Terceira Idade**. Campinas, SP: Alínea, 2003, 258p.

_____. Universidades da Terceira Idade: das Origens à Experiência Brasileira. In: NERI, A.L. & DEBERT, G.G. (org). **Velhice e Sociedade**. Campinas, SP: Papyrus, p.141-178, 1999.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da População Brasileira: Uma Contribuição Demográfica. In: FREITAS, E.V.de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, 2002, p.58-70.

CAMARGO, B.V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicologia, reflexão e crítica**, v.12, n.2, 1999.

CARDOSO, V. & GONÇALVES, L.H.T. Instrumentos de Avaliação da Autonomia no Desempenho das Atividades da Vida Diária do Cliente Idoso. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.20, n.1, 1995.

CASTRO, C.G.S.O. de (coord.). **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2000.

CAVERSAN, L. Desemprego compromete relação familiar: Depressão é um dos problemas mais freqüentes, no entanto, pode ser o momento em que parentes se unem. **FOLHA DE SÃO PAULO**, São Paulo, domingo, 27 julh 2003, A11.

CHAIMOWICZ, F. A Saúde dos Idosos Brasileiros às Vésperas do Século XXI: Problemas, Projeções e Alternativas. **Revista de Saúde Pública**. v.31, n.2, p. 184-200, 1997.

CIA, F. et al. **Avaliação do impacto de orientações grupais para o cuidador familiar de idosos**. PIBIC/UFSCar, 2002. (Iniciação Científica).

CONSTITUIÇÃO. **República Federativa do Brasil**. São Paulo: Atlas, 5 out 1988, 1989.

CRUZ, A.J. **Censo Industrial de São Carlos**. Consultoria Empresarial: São Carlos, SP, 2000. (Relatório).

CRUZ, A.J. et al. **Identificação de necessidades de qualificação profissional na cidade de São Carlos**. Diedro Consultoria Empresarial: São Carlos, SP, 2000.

CRUZ, I.B.M. Genética do envelhecimento, da longevidade e doenças crônico-degenerativas associadas à idade. In: FREITAS, E.V.de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, p.20-31, 2002.

CURSO ACOMPANHANTE DE IDOSOS-FESC-FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SÃO CARLOS. Acompanhante de Idosos. 12-ago/02-dez/2004. (folder de divulgação).

DEBERT, G.G. **Antropologia e Velhice**. Textos didáticos, n.19, IFCH: UNICAMP, 1998, 118p.

_____. **A reinvenção da velhice – socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: EDUSP: FAPESP, 1999a, 266p.

_____. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: MORAES, M. & BARROS, L de. **Velhice ou Terceira Idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999b. p48-67.

DIÁRIO OFICIAL. Normas Operacionais Básicas do SUS–NOB-SUS 01/1996. n.170, seg feira, 2 set, 1996.

DIOGO, M.J.E. Modalidades de Assistência ao Idoso e à Família: Impacto sobre a Qualidade de Vida. In: FREITAS, E.V.de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, p.1065-68, 2002.

_____. **Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001. (Tese).

DOLL, J. Luto e Viuvez na Velhice. In: FREITAS, E.V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, 2002, p.999-1012.

DUARTE, Y.A.O. & DIOGO, M.J.E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. SP: Atheneu, 2000.

DUARTE, Y.A.O. **A influência da formação acadêmica do enfermeiro na assistência ao idoso**. *Âmbito hospitalar*, v.6, n.66, p.61-66, 1994.

ELIAS, N. **O Processo Civilizador. Uma História dos Costumes**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990.

FARIA, M. de MELLO. O idoso na legislação brasileira. In: PAPALÉO NETTO. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2002, p.77-81.

FERNANDES, F.S. **As pessoas idosas na legislação brasileira**. São Paulo, SP: Ed.LTr, 1997.

FERRARI, M.A.C. Envelhecimento e Bioética: O respeito à autonomia do idoso. **Revista A Terceira Idade-SESC**, São Paulo, v.15, n.31, p.7-15, set.2004.

_____. Perspectivas para o idoso no Ano 2000. In: **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. São Carlos, ano III, v.3, n.1, p39-51, jan/Jun 1992.

FOLHA EQUILÍBRIO DE SÃO PAULO. Apoio à terceira idade. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 2003, quinta-feira, 16 jan, p.7. (Jornal).

FOLHA RIBEIRÃO. Retrato da região. Ribeirão chega a 542,9 mil habitantes, segundo o IBGE, índice de São Carlos, Franca e Sertãozinho é ainda maior. **Folha de São Paulo**, 2004, terça-feira, 31 ago, pC1. (Jornal).

FÓRUM DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA. **3º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia: Perspectivas na Prevenção e Avanços no Tratamento**. Santos, SP, 29 maio, 2003. (Anais e Anotações).

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: GRAAL, 1995.

FUNDAÇÃO DO SERVIÇO ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS/FUNDAÇÃO SEADE. **Estimativa da população residente, por faixa etária e sexo**. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br>> Acesso em: 20 out. 2001.

GARRIDO, R. & MENEZES, P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n.24, v.1, 2002. P.3-6.

GERP'2003. IV Jornada Brasileira e I Jornada Paulista de Enfermagem em Geriatria e Gerontologia. In: **3º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia: Perspectivas**

na **Prevenção e Avanços no Tratamento**. 2003, Santos, SP, 29 maio. (Anais e Anotações).

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: Ed.da Universidade Estadual Paulista, 1993, 227p.

GIDDENS, A. *Modernity and Self Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. **Cambridge**: Polity Press, 1992.

GOHN, M.G.M. Movimentos Sociais, ONGs e Terceiro Setor: Perspectivas para a Solução das Questões da Velhice no Brasil. In: FREITAS, E.V.de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, p.1022-29, 2002.

GOIS, A. & PETRY, S. Brasileiro vive 1/5 de sua vida sem qualidade. **Folha de São Paulo-Caderno Ribeirão**. São Paulo,SP, 2003, sábado, 28/jun, C3.

GOLDSTEIN, L.L. & SOMMERHALDER, C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In: FREITAS, E.V.de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, 2002, p.950-955.

GOLDSTEIN, L.L. & NERI, A.L. Tudo bem, graças a Deus, religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In: NERI, A.L. (org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papyrus, 1993. 285p.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE A CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA. **Idéias**. Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. UNICAMP: Campinas, Ano 5(2)/6(1). 1998/1999.

HADDAD, E.G.M. **A velhice de velhos trabalhadores: o cenário, o movimento e as políticas sociais**. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humana/USP, 1991. (Tese em Sociologia).

HARDY, M. A. The transformation of retirement in twentieth-century America: from discontent to satisfaction. **Generation: Journal of the American Society on Aging**. vol.XXVI, N.II, summer-2002, p.9-16.

HEARTLAND SENIOR SERVICES-HSS. **Who offers information and services for older adults?** Ames, Iowa, USA, 2004. (Folder).

HENDRICKS, J. The social construction of ageism. In: BOND, L.A.; CUTLER, S.J.; GRAMS, A. (eds.). **Promoting successful and productive aging**. Thousand Oaks, SAGE, 1995.

HÔTE, J. M. **Brasil, uma política para a velhice já**. Brasil, 1988.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Projeção da expectativa de vida para 2050. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao>> Acesso em: 12 set 2004.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br>> Acesso em: 25 jul 2002.

JATOBÁ, M.B. et al. A Repercussão do Estatuto do Idoso nas Denúncias de Maus Tratos. **Revista A Terceira Idade-SESC**, São Paulo, v.15, n.31, p.38-53, set.2004.

KARSCH, U.M. Cuidadores familiares de idosos: parceiros da equipe de saúde. **Revista Serviço Social & Sociedade**. Cortez Editora. Ano XXIV. N.75, setembro, 2003.

_____. **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC, 1998. 246p.

LAFIN, S.H.F. As instituições comunitárias e o voluntariado idoso. In: FREITAS, E.V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, p.1048-50, 2002.

LEITSCH, S.A. et al. Medical and Social Adult Day Service Programs. A Comparison of Characteristics, Dementia Clients and Their Family Caregivers. In: **Research on Aging**, vol. 23, n.4, p.473-498, July, 2001.

LEMOS, N & MEDEIROS, S.L. Suporte Social ao Idoso Dependente. In: FREITAS, E.V.de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, 2002, p.892-897.

LOPES, A. **Os desafios da Gerontologia no Brasil**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2000.

LÜDKE, M. & ANDRÉ, M.D.A. de. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo:EPU, 1986.

MACHADO, J.C.B. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, E.V.de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, 2002, p.133-147.

MACHADO, M.L.T. **Educação e Saúde: Concepções teóricas e práticas Profissionais em um serviço público de saúde**. São Carlos: UFSCar, 1997. 167p. (Dissertação em Educação e Ciências Humanas).

MACHADO, C.C. **Projeções multiregionais de população: O caso brasileiro (1980-2020)**. Belo Horizonte: Cedeplar-UFMG, 1993. (Tese).

MADDOX, G.L. Housing and Living Arrangements: A Transactional Perspective. In: BINSTOCK, R.H. & GEORGE, L.K. (eds). **Handbook of Aging and the Social Sciences**. Academic Press, 2001, p.426-443.

MARSIGLIA, R.M.G. Recursos Humanos em Saúde: Unidades Básicas de Serviços de Saúde. Disponibilidade Tecnológica, Processos de Trabalho e Recursos Humanos. In: SPÍNOLA, A.W. P. et al. **Pesquisa Social em Saúde**. São Paulo: Cortez. Abril/1992.

MATSUKURA, T.S. et al. O questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v.10, n.5-setembro-outubro, p.675-81, 2002.

MEDINA, C.G.M.; SHIRASSU, M.M. & GOLDFEDER, M.C. Das incapacidades e do acidente cerebrovascular. In: KARSCH, U.M. **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC, p.199-214, 1998.

MELLO, M.A .F. de. & PERRACINI, M.R. Avaliando e Adaptando o Ambiente Doméstico. In: DUARTE, Y.A.O. & DIOGO, M.J.E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000, p.187-199.

MELLO, M. A F. de. **A necessidade de equipamentos de auto-ajuda e adaptações ambientais de pessoas idosas dependentes vivendo na comunidade, em São Paulo, Brasil**. São Paulo, 1997, 114 p. (Tese: Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina).

MENDES, M.M.R. **Enfermagem gerontológica e geriátrica-do estado da arte no Brasil a uma proposta para o ensino de graduação**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1989. (Dissertação).

MENDES, M.M.R. & RODRIGUES, R.A.P. Identificando Situações de Emergência. In: DUARTE, Y.A.O. & DIOGO, M.J.E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000, p.447-453.

MENDIONDO, M.S.Z.de. **Velhice e Demência: Gênese e Perspectivas de Suporte Social Institucional**. Porto Alegre, 2002, 273p. Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul. (Tese).

_____. **Os costumes na vida cotidiana dos idosos: possibilidades e limites**. Porto Alegre, 1996, 293p. Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul. (Dissertação).

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1992.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Ed. Atlas S. A., 1996.

NERI, A.L. et al. **Cuidar de idosos no contexto da família: Questões psicológicas e sociais**. Campinas, SP: Alínea, 2001.

NERI, A.L. (org.). **Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas, SP: Papyrus, 2001a.

NERI, A.L. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2001b.

NERI, A.L. (org.). Bem estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In: **Qualidade de Vida e Idade Madura**. Campinas: Papirus, 1993, p.237-282.

NÚCLEO DE EXTENSÃO UFSCAR-Cidadania/PROEX–Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. **I Curso de Extensão em Direitos Humanos**. Universidade Federal de São Carlos–UFSCar, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos/Ministério da Justiça e UNESCO. São Carlos, SP, Março-Julho, 2000 (Folder).

OLIVEIRA, R.de. Lembranças Apagadas: A longevidade transforma o Alzheimer, doença degenerativa e sem cura, no grande desafio da medicina do século 21. In: **Revista da Folha**, n.570, ano 11, 18 de Maio de 2003, p.10-15.

PALMA, L.S & CACHIONI M. Educação permanente: perspectiva para o trabalho educacional com o adulto maduro e com o idoso. In: FREITAS, E.V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, 2002, p.999-1012.

PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e Independência. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo:Atheneu, 2002a, p.313-323.

_____. Epidemiologia do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo:Atheneu, 2002b, p.26-43.

PAPALÉO NETTO, M. O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, E.V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, 2002, p.2-12.

PAVARINI, S. C. I. et al. Idoso, direito e cidadania no Brasil: que história é essa? In: FELICIDADE, N. (org.). **Caminhos da Cidadania: Um percurso universitário em prol dos direitos humanos**. São Carlos: EdUFScar, 2001a. p.63-77.

_____. De necessidades à intervenção: etapas na organização de um serviço de orientação para cuidadores de idosos. In: THIOLENT, M.; ARAUJO FILHO, T. **Metodologia e Experiências em Projetos de Extensão**. Universidade Federal Fluminense e Universidade Federal de São Carlos, 2001b. (no prelo).

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.E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000, p.49-69.

PAVARINI, S.C.I. Dependência Comportamental na Velhice: Uma Análise do Cuidado Prestado ao Idoso Institucionalizado. Campinas, SP: UNICAMP, 1996. (Tese: Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas).

PAZ, S.F. A situação de conselhos e fóruns na defesa dos direitos dos idosos. In: FREITAS, E.V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, 2002, p.1042-47.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: MORAES, M. & BARROS, L. de. **Velhice ou Terceira Idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1998, p69-84.

PEIXOTO, C. A sociabilidade dos idosos cariocas e parisienses. A busca de estratégias para preencher o vazio da inatividade. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n.27, ano 10 fev 1995.

PENA, S. B. **Acompanhantes de Idosos Hospitalizados: Um Novo Desafio para a Enfermagem**. Campinas, SP: UNICAMP, 2002, 154p. (Dissertação: Faculdade de Ciências Médica da Universidade Estadual de Campinas).

PERRACINI, M. R. **Análise multidimensional de tarefas desempenhadas por cuidadores familiares de idosos de alta dependência**. Campinas, SP: UNICAMP, 1994. (Dissertação: Faculdade de Educação).

PINTO, J.M. & FERRARI, M.A.C. O ensino da gerontologia e geriatria nos cursos de graduação em Terapia Ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional**. Faculdade de Medicina da USP, SP: vol.1, no.1, p.42-46, agosto 1990.

PINTO, M.E.B. **Concepções de velhice e cuidado em três gerações de origem hipobrasileira**. Campinas, SP: UNICAMP, 1997. 286p. (Dissertação: Faculdade de Educação, Psicologia Educacional).

PIVETTA, M. Retratos do Entardecer. **Revista: Pesquisa, Ciência e Tecnologia no Brasil**. São Paulo,SP: FAPESP, n.87, p32-39, maio/2003.

POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Programa Nacional de Direitos Humanos. Brasília: Ministério da Justiça-Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998.

PODER EXECUTIVO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. **Política Nacional do Idoso/Declaração Universal dos Direitos Humanos/Programa Nacional de Direitos Humanos**. Brasília, 1998.

POLIT, D. S. & HUNGLER, B. P. **Nursing research principles and methods**. 4th ed, JB Lippincot, Philadelphia, 1991.

PRATA, M. **100 Crônicas de Mario Prata**. Ilustrações: VILMAR OLIVEIRA. São Paulo: Cartaz Editorial, p.13-14, 1997.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. São Carlos/SP, 2000.

RAMOS, L.R. Epidemiologia do Envelhecimento. In: FREITAS, E.V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, 2002, p.72-78.

RAMOS, L. R. et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, v.8, 1993, p.313-23.

ROBERTO, K.A. et al. Rural older adults and health-related care needs. In: **Center for Gerontology, Virginia Polytechnic Institute and State University**. Research Brief N.1, sept, 2001a.

_____. Caregivers of rural older adults. In: **Center for Gerontology, Virginia Polytechnic Institute and State University**. Research Brief N.2, sept, 2001b.

RODRIGUES, N.C. & RAUTH, J. Os Desafios do Envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E.V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara, 2002, p.106-110.

RODRIGUES, M.R. **As relações entre as concepções dos idosos e dos auxiliares de enfermagem sobre o cuidado em ambiente hospitalar**. São Paulo:UFSP-Escola Paulista de Medicina, 2002, 111p.

SANTI, S. de et al. Neuroimagem na Doença de Alzheimer: Perspectivas Atuais. In; FORLENZA, O.V. & CAMELLI, P. **Neuropsiquiatria Geriátrica**. São Paulo:Atheneu, 2000, p.129-150.

SANTOS, S.M.A.dos. **Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003.

SCHONS, R. & PALMA, L.S. (orgs). **Conversando com Nara Costa Rodrigues: sobre gerontologia social**. Passo Fundo: UFP, 2000.

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Série Construindo a Inclusão: Política e Programas do Idoso, Referências para a Implantação de padrões básicos de operação**. Governo do Estado de São Paulo, 1998.

SENIOR HOUSING & RESOURCE OF WESTERN VIRGINIA GUIDE. **Western Virginia's Most Comprehensive Guide to Housing, Care Options, Services, Products**. Blacksburg, VA. January-June, 2004. (Guide).

SIQUEIRA, M.E.C.de. **As Organizações para Idosos em Poços de Caldas: Pressupostos e Práticas**. Campinas: UNICAMP, Faculdade de Educação, 2000. (Dissertação)

_____. **Intervenções Ambientais em Instituições Asilares**. Trabalho de Consultoria à Secretaria do Estado de Planejamento e Coordenação Geral do Estado de Minas Gerais/Serviço Voluntário de Assistência Social, 1997. (Relatório)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA-SBGG-SP. **Instituição de Longa Permanência para Idosos: Manual de Funcionamento.** SP:Imprensa Oficial, 2003.

TIRADO, M.G.A. **A Percepção dos Idosos sobre Envelhecimento e Independência: Um Estudo Qualitativo no Município de Belo Horizonte.** Belo Horizonte, MG: CEDEPLAR-UFMG, 2000, 126p. (Tese: Faculdade Ciências Econômicas).

TIRRITO, T. **Aging in the new millennium: a global view.** Published in Columbia: University of South Carolina, 2003.

VAROTO, V.A.G. Visita Técnica no SPECIAL SERVICES-VT, **Assistive Technologies Lab** . Virginia Polytechnic Institute and State University, June, 2004 (relatório e anotações pessoais).

VAROTO, V.A.G. & MENDIONDO, M.S.Z. Plano de ensino e Relatório do Curso Acompanhante de Idosos. Parceria Prefeitura Municipal de São Carlos e FESC-Fundação Educacional de São Carlos. Coordenadoras: Varoto, VAG e Mendiondo, M.S.Z., 12-ago/02-dez, 2004.

VAROTO, V.A.G. et al. **Centro de Orientação ao Idoso e seu Cuidador.** II Encontro de Extensão da UFSCar: A Face Cidadã da Universidade. São Carlos, SP, Agosto/1999.

VAROTO, V.A.G. **Cuidadores de idosos: identificando as dificuldades de um grupo de cuidadores.** São Carlos: UFSCar, CURESC-Departamento de Enfermagem, 1999, 56p.(Monografia–Especialização em Saúde Coletiva).

VIRGINIA TECH ADULT DAY SERVICES-VTADS. **Adult Day Services at Virginia Tech,** Blacksburg, VA, 2004. (Folder).

WACKER, R; ROBERTO, K; PIPER, L. **Community resoucers for older adults:programs and services in an era of change.** Thousand Oaks, Calif.: pine Forge Press, 1998.

ANEXO I

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM REPRESENTANTE DE UMA ORGANIZAÇÃO/GRUPO PARA IDOSOS

Entrevistador: _____

Entrevistado: _____

Formação: _____

Cargo: _____

Tempo no cargo: _____

Tempo na instituição: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome da organização: _____

2. Endereço: _____ Fone: _____

3. Ano de abertura: _____

4. Responsável: _____

5. Privada () Pública () Filantrópica () Outros () _____

II. CARACTERÍSTICAS DA INSTITUIÇÃO

1. Quais serviços são oferecidos por esta instituição/grupo? _____

2. Que tipos de profissionais prestam serviços a esta instituição/grupo? _____

3. Qual a clientela atendida por esta instituição/grupo?

a. Quantos homens? _____ Faixa etária? _____

b. Quantas mulheres? _____ Faixa etária? _____

c. Predomínio de: () viúvos(as) () casados(as) () solteiros(as)

() outros: _____

d. O que buscam? _____

e. De onde são/vieram? _____

f. Alguma fragilidade? _____

4. Número de vagas/participantes: Disponíveis: _____ Preenchidas: _____
Horário e dias de funcionamento/atividades: _____

5. Quais são as formas de divulgação junto à comunidade a respeito do serviço/programa/atividades/grupo? _____

III. ORGANIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

1. Fale um pouco sobre a história dessa instituição/grupo (como surgiu).

2. Houve alguma mudança, reformulação, ou qualquer modificação significativa na história dessa instituição/grupo? _____

3. Atualmente existe alguma reformulação que está sendo implantada ou estudada?

Qual? _____

4. Em sua opinião, este programa deveria ser diferente? Em quê ?

5. Quais as dificuldades, necessidades desse programa por sua parte e por parte dos usuários/participantes?

Para você:

Para o usuário:

6. Gostaria de acrescentar ou fazer alguma consideração a respeito desse programa, e das pessoas nele envolvidas?

7. Para você, o que representa fazer parte dessa instituição/grupo? _____



ANEXO II

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo a divulgação dos dados coletados nesta entrevista, única e exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.

São Carlos, _____

Assinatura: _____



Polegar Direito



ANEXO III

3. SAÚDE:

Unidades Básicas de Saúde

Posto de Saúde Dr. Benjamim Lopes Ozores

Rua: Joaquim A. R. De Souza, 40 - Santa Felícia - Fone: (16) 3371- 29 84

Posto de Saúde Dr. Wilson Pozzi

Rua da Imprensa, 410 - Vila Nery - Fone: (16) 3371. 5806

Posto de Saúde Dr. Romeu de Cresce

Rua: Projetada, 1021 - Azulville - Fone: (16) 3368 1110

Posto de Saúde Dr. Luiz Maia

Rua: Pedro Cavarette, 151 - Parque Delta - Fone: (16)3361. 4677

Posto de Saúde Água Vermelha

Rua: Bela Cintra, 05 - Centro - Fone: (16)3379. 3134

Posto de Saúde Arsênio Agnesini

Rua: Luís Saia, 44 - Santa Paula - Fone: (16) 3371. 3089

Posto de Saúde Dr. João Sabin

Rua: Cristovão Martinelli, s/n - Santa Eudóxia - Fone: (16)3379. 1154

Posto de Saúde Dr. Lauro Corsi

Rua: Desembargador Júlio de Faria, 1700 - Redenção - Fone: (16)3371. 1327

Posto de Saúde Viriato Nunes

Rua: João de Lourenço, 40 - Maria Stella Fagá - Fone: (16)3371. 8039

Posto de Saúde Dante Erbolato

Rua: Basílio Dibbo, 1055 - Jardim Cruzeiro do Sul - Fone: (16)3375. 3433

Posto de Saúde Luís Valentie Oliveira

Av.: Araraquara, 1199 - São José - Fone: (16)3361. 4675

Posto de Saúde Jockey Club

Rua: José Cândido Ferreira, 101 - Jockey Club - Fone: (16) 3361. 4600

Posto de Saúde Dr. Ernesto Pereira Lopes

Rua: Sebastião Lemos, 426 - Cidade Aracy - Fone: (16) 3375. 5208

Centro Municipal de Especialidades

Rua: Amadeu Amaral, s/n Vila Isabel. Fone: (16) 3368 2044

Existem profissionais de quase todas as especialidades, que atendem à população de todas as idades, inclusive aos idosos. Na área médica, o Centro conta com dois geriatras que atendem a população idosa segundo ordem de chegada.

Programa de Saúde da Família (PSF) - Fone: (16) 271. 1273 -

É um programa que conta com agentes de saúde, enfermeiras e médicos, prestando atendimento na residência. Não é específico para o idoso. Todas as unidades contam com grupos de atividades físicas para idosos. Existem quatro unidades de atendimento:

PSF Jardim Munique - Fone: (16) 3362 1183 -

PSF Romeu Tortorelli - Santa Felícia - Fone: (16) 3374. 5781 -

PSF Presidente Collor -Cidade Aracy - Fone: (16)3375. 3850 -

PSF Antenor Garcia - Fone: (16) 3375. 5220 -

PID Programa de Intervenção Domiciliar

Fone: (16) 3370. 7444 / 3371. 1273

É um programa que visa o atendimento pós alta hospitalar, de acordo com a solicitação do médico. A equipe é formada por diversos profissionais, que orientam o cuidador familiar para cuidar do idoso, de forma que o mesmo possa permanecer na sua residência.

Geriatras

Dr. Luís Eduardo Andreossi - Fone: (16)3372. 7899 -

Dr. José Augusto do Amaral Galdi - Fone: (16)3371. 4319 -

4. SUPORTE / ENCAMINHAMENTO:

Conselho Municipal do Idoso

Rua: Jesuíno de Arruda, 2285 - Centro - Fone: (16) 3374. 4031 / 3371. 2290

Instalado em 4 de Outubro de 1999. Atualmente, o Conselho reúne-se as segundas Quartas-feiras de cada mês, na sede da Secretaria Municipal de Promoção e Bem Estar Social. Compete ao Conselho Municipal do Idoso a formulação e avaliação das políticas públicas de atendimento ao idoso, no âmbito do município (Lei 11870 de 28/12/98)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

Núcleo UFSCar-Cidadania

(16)260-84-04

proexced@power.ufscar.br

Apoio: Secretaria de Estado dos Direitos

Humanos/Ministério da Justiça

e UNESCO

Texto Produzido por Vania Ap.Gurian Varoto (aluna de Pós-Graduação em Engenharia de Produção - UFSCar) com a participação dos alunos do

I Curso de Extensão em Direitos Humanos-Idoso da UFSCar.

Recursos Existentes para Idosos no Município de São Carlos

Com o objetivo de tornar acessível à população de São Carlos os recursos existentes para idosos em nossa cidade é que elaboramos este material.

Os recursos aqui listados foram obtidos de diferentes formas: consulta à lista telefônica, entrevistas com dirigentes, busca através de registros na Prefeitura, entre outros.

É muito provável que tenhamos deixado de incluir alguns. Mas, como este é um primeiro “guia” feito especialmente para São Carlos, poderemos completá-lo em breve.

Esperamos que seja útil para você!

RECURSOS EXISTENTES PARA A POPULAÇÃO IDOSA EM SÃO CARLOS

1. MORADIA:

(Asilos, Abrigos, Casas de Repouso, Pensionatos)

São instituições de longa permanência, com capacidade entre 30 e 120 pessoas de ambos os sexos.

Abrigo Dona Helena Dornfeld

Rua: Venezuela, 101 - Nova Estância - Fone: (16) 3361-5160

Núcleo Evangélico Cristão "Os Guardiões do Amor"

Rua: Professor Antônio Munhoz, 210 - Jd. Maracanã - Fone: (16) 3368 3964

Asilo Cantinho Fraternal Dona Maria Jacinta

Rua: Sete de Setembro, 1000 - Centro - Fone: (16) 3372- 3414

Pensionato Aconchego

Rua: Antônio Blanco, 325 - Tijuco Preto - Fone: (16)3361- 2519

Pensionato Joana André

Rua: Episcopal, 2562 - Centro - Fone: (16) 3376- 3290

Residencial para Idosos Nova Jerusalém

Rua: Victório Bonucci, 1405 - Jd. Tangará - Fone: (16) 3374- 2515

2. CULTURA, LAZER, ESPORTE, EDUCAÇÃO e SOCIAL:

Grupos do SESC (Serviço Social do Comércio)

Av.: Comendador Alfredo Maffei, 700 - Fone: (16) 3375-7555

Conta com aproximadamente 700 participantes, com encontros semanais. Oferece diversas atividades, como bailes, comemorações, excursões, teatro, jornal, coral, dança, vôlei, jogos de salão etc...

Grupos do SESI (Serviço Social da Indústria)

Rua: Cel. José Augusto de Oliveira Salles, 1325

Fone: (16)3368 7133 - ramal 36

Oferece atividades de esporte, lazer, saúde, passeios, etc. Para homens e mulheres a partir de 55 anos.

Grupo do NAPES (Núcleo de Atenção a Pesquisa em Saúde) Universidade Federal de São Carlos

Rod.: Washington Luís, Km 235 - Fone: (16) 3351- 8347

Atendimento em terapia ocupacional a pessoas portadoras de disfunção física ou mental, distúrbios emocionais ou dificuldades de adaptação social. Oferece 40 vagas, no período diurno para pessoas acima de 60 anos.

Centros Comunitários

Conta com a participação de vários idosos de ambos os sexos, com reuniões semanais para aulas de artesanato, palestras, passeios, etc...

Centro Comunitário Municipal Água Vermelha

Rua: Bela Cintra, 5 - Água Vermelha - Fone: (16)3379- 3134

Centro Comunitário Municipal Astolpho Louis do Prado

Rua: José Quatrochi, 140 - Santa Felícia - Fone: (16)3374- 3937

Centro Comunitário Municipal Castelo Branco

Rua: Giuseppe Natri, 121 - Castelo Branco - Fone: (16) 3362 1148

Centro Comunitário Municipal Maria Bernadete Rossi Ferrari

Rua: Paraná, 840 - Jardim Pacaembu - Fone: (16) 3362 1149

Centro Comunitário Municipal São Nicolau de Flüe

Rua: Pedro Raimundo, 60 - Vila Carmem - Fone: (16)3374- 0886

Centro Comunitário Municipal Maria Stella Fagá

Rua: Carlos Dirceu dos Santos, 35 - Maria Stela Fagá

Fone: (16) 3370-6015 e 3374-0465

Centro Comunitário Municipal de Santa Eudóxia

Conjunto Habitacional João Tavoni - Santa Eudóxia - Fone: (16) 3379- 1154

Centro de Orientação ao Idoso e seu Cuidador - COIC Universidade Federal de São Carlos

Rod.: Washington Luís, Km 235 - Fone: (16) 3351- 8382 (Inf.)

O objetivo do Centro é orientar o cuidador familiar no desempenho de sua tarefa de cuidar do idoso, através de reuniões semanais. É oferecido um grupo por semestre, com 15 vagas e duração aproximada de dois meses.

Universidade Aberta da terceira Idade (UATI)

Rua: São Sebastião, 2828 - Vila Nery - Fone: (16)3372- 1308 /3372-1325

É um curso de extensão com proposta de educação continuada. São aceitos alunos a partir de 45 anos. Atualmente atende quatro turmas semestrais, com 50 pessoas por turma.

Projeto Universidade Aberta à Terceira Idade da USP Centro Cultural da USP

(próximo à entrada pela Av. Dr. Carlos Botelho) Fone: (16) 3373- 9106

Atividades desenvolvidas nas dependências do campus da USP - São Carlos, com turmas diversas de dança, teatro, curso de extensão, línguas estrangeiras etc. É oferecido para pessoas acima de 45 anos.

Grupo Péricles Soares

Rua: São Joaquim, 735 - Centro - Fone: (16) 3374-0375 (Orelhão)

Atividades de dança, bailes, bingos, etc., desenvolvidas nas dependências físicas da piscina municipal. Atende aproximadamente 250 pessoas, a partir dos 40 anos.

Grupos em Praças Públicas

São pequenos grupos que se encontram semanalmente em praças comunitárias, para bate papos e utilização de jogos de passatempo.

Grupo do SENAC (Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial)

Rua: Episcopal, 900 - Centro - Fone: (16) 3371- 8228 /3371- 6461

Oferece cursos técnicos na área do comércio, com cursos de alfabetização, que atendem a população em geral. Nesses cursos, o número de pessoas idosas é significativo. Oferece 30 vagas.

Liga São-carlense de Malha

Rua: Desembargador Júlio de Faria, 800 - Vila Prado - Fone: 3362-1114 (Inf.)

O objetivo deste grupo é promover o lazer, o esporte e o convívio social. Participam pessoas de 12 a 80 anos. Atualmente, conta com 200 pessoas, todas do sexo masculino. Conta com seis equipes:

Equipe de Malha do Jóia - Fone: (16) 3375- 1120 -

Equipe de Malha Prefeitura - Fone: (16) 3375-3157 -

Equipe de Malha do Palestra - Fone: (16)3361-4993 -

Equipe de Malha do Recanto do Rádio - Fone: (16) 3375- 3854 -

Equipe de Malha do Morada do Sol - Fone: (16) 3361- 2613 -

Equipe de Malha do Dragão Real do Jardim Nova São Carlos

- Fone: (16) 3372-0678 / 9116 2277 -

Grupo de Idosos: Lazer, Ocupação do Tempo Livre Para Pessoas que Envelhecem

Rua: Aristeu Soares de Camargo, 180 - Vila São José (Obras Assistenciais Sociais das Irmãs Sacramentinas) - Fone: (16) 3371- 0305

É uma atividade de extensão oferecida pela UFSCar. O grupo é formado por aproximadamente 25 idosos. As atividades são desenvolvidas às Terças-feiras à tarde, focalizando lazer, divertimento e convívio social.

Divisão de Bibliotecas da Secretaria Municipal de Educação e Cultura

Rua: Treze de Maio, 2000 - Fone: (16) 3374- 1744 ramal 527.

Acervo em literatura e assuntos voltados à terceira idade, disponíveis nas dependências da Universidade Aberta da Terceira Idade, como serviço de extensão.

Biblioteca Comunitária da UFSCar

Rodovia: Washington Luís, Km 235 - Fone: (16)3351- 8133

Grupos de Clubes Privados

Clube Flor de Maio (Forró)

Rua: Padre Teixeira, 1733 - Centro - Fone: (16)3371- 1185

Clube Ítalo Brasileiro (Instituto Cultural Ítalo Brasileiro)

Rua: General Osório, 1094 - Centro - Fone: (16)3371- 1096

Denuncie ao Conselho Municipal do Idoso qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso.

Fone: (16) 3374- 4031 /3371- 2290



ANEXO IV

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Via Washington Luiz, Km 235 - Caixa Postal 676
Fone (016)260-8111
CEP 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil

São Carlos, 15 de setembro de 2003.

À Maria de Fátima Piccin da Silva
Presidente do Conselho Municipal do Idoso

Prezada Senhora,

Vimos por meio deste encaminhar à V.S^a o material produzido sobre os recursos existentes para idosos no município de São Carlos-SP. Trata-se de um material que foi elaborado como parte de uma pesquisa realizada por Vania Ap. Gurian Varoto, junto ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Engenharia de Produção/UFSCar, em parceria com o Departamento de Enfermagem/UFSCar através do I Curso de Extensão em Direitos Humanos - Idoso.

Este material tem sido divulgado junto à comunidade desde sua confecção e acreditamos ser de extrema importância a atualização constante do mesmo, assim como, a continuidade de sua divulgação. Para isso, estamos disponibilizando o material produzido para que esse trabalho possa ter continuidade através das ações deste Conselho.

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos e colaboração no que for possível.

Atenciosamente,

Vania Ap. G. Varoto

Vania Aparecida Gurian Varoto
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção - UFSCar

Oswaldo

Prof. Dr. Oswaldo Mário Serra Truzzi
Depto. de Engenharia de Produção- UFSCar

Sofia Cristina Iost Pavarini

Prof^a Dr^a Sofia Cristina Iost Pavarini
Depto. de Enfermagem- UFSCar

AO CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO
Rua Marechal Deodoro, 2477
Centro - 13.560
São Carlos-São Paulo

Handwritten signature and date: 15/9/03 CM

ANEXO V

IDOSOS NA ORGANIZAÇÃO QUE JÁ FREQUENTARAM, MAS QUE NÃO FREQUENTAM MAIS

(período de março/2000 à jan/2002)

Data: ____/____/____

1. Nome da organização: _____

2. Endereço: _____ Fone: _____

3. Respondente/cargo: _____

4. No período de jan/2000 a jan/2002, quantas pessoas deixaram de frequentar esse programa/serviço/grupo? _____

4.1. Quantas mulheres? _____ Idade(s)? _____

4.2. Quantos homens? _____ Idade(s)? _____

5. Você sabe o motivo(s) por que pararam? _____

6. Há alguém conhecido que parou de frequentar esse serviço/programa/grupo, por algum problema de saúde (física, mental, doenças crônicas, etc.)? Quais? Você tem o endereço dessas pessoas? _____



ANEXO VI

ENTREVISTA COM O IDOSO

Data: ___/___/___

1. Nome: _____
2. Endereço: _____ Fone: _____
3. Data de Nascimento: _____ Sexo: Masc. ()
Fem. ()
4. Onde Nasceu? _____
 - 4.1. Há quanto tempo mora em S.Carlos? _____
5. Escolaridade: () Não freqüentou escola
() 1^o. Grau () Incompleto () Completo
() 2^o. Grau () Incompleto () Completo
() 3^o. Grau () Incompleto () Completo
6. Estado Civil: () Solteiro
() Casado/Amasiado
() Viúvo
() Separado/Desquitado/Divorciado
7. Programa que freqüentava: _____
 - 7.1. Alguém recomendou/sugeriu o programa/grupo a você? () Sim () Não
Quem? _____
Como soube? _____
 - 7.2. Quanto tempo freqüentou? _____
 - 7.3. Alguém recomendou/sugeriu a você que parasse de freqüentar?
() Sim () Não
Quem? _____
Por que parou de freqüentar? _____

8. Que tipo de ajuda buscou? _____

9. Quais serviços o senhor (a) utiliza no município neste momento? _____

10. O senhor (a) sente necessidade de algum outro tipo de serviço, de ajuda, de orientação ou suporte? () Sim () Não

Quais ? _____

ANEXO VII

ENTREVISTA COM UM MEMBRO DA FAMÍLIA

Data: ___/___/___

1. Nome: _____

2. Endereço: _____ Fone: _____

3. Data de Nascimento: _____ Sexo: Masc. () Fem. ()

4. Onde Nasceu? _____

4.1. Há quanto tempo mora em S.Carlos? _____

5. Qual a relação de parentesco com o idoso? _____

5.1. Mora junto? _____ Quem mais? _____

5.2. Divide a tarefa de cuidar com mais alguém? () Sim () Não

Quem? _____

6. Escolaridade: () Não frequentou escola

() 1^o. Grau () Incompleto () Completo

() 2^o. Grau () Incompleto () Completo

() 3^o. Grau () Incompleto () Completo

7. Estado Civil: () Solteiro

() Casado/Amasiado

() Viúvo

() Separado/Desquitado/Divorciado

8. Que tipo de ajuda oferece ao idoso e com que frequência: _____

9. Com que ajuda você conta para atender ao idoso? _____

10. Que tipos de serviços atendem às necessidades desse idoso? _____

11. A seu ver esses serviços são adequados? () Sim () Não

Por quê? _____

12. Você sente necessidade de algum outro tipo de serviço, de ajuda, de orientação de suporte para atender ao idoso e a sua família? () Sim () Não

Quais? _____

ANEXO VIII

ESCALA DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA BÁSICAS E INSTRUMENTAIS DE “OARS” (Olders Americans Research and Services)

(Adaptada por Cardoso e Gonçalves, 1995)

Gostaria de perguntar ao (a) Sr.(a) sobre algumas das atividades da vida diária, coisas que nós todos necessitamos fazer como parte de nossa vida do dia-a-dia. Gostaria de saber se o (a) Sr.(a) consegue fazer essas atividades sem qualquer ajuda ou com alguma ajuda ou, ainda, não consegue fazê-las de jeito nenhum.

CIRCULE O NÚMERO EM FRENTE DA ALTERNATIVA QUE MAIS SE APLICA À RESPOSTA DO PACIENTE.

1. ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA INSTRUMENTAIS (AVDI):

a) O (A) SR.(A) USA O TELEFONE?

- 2- Sem ajuda tanto para procurar número na lista quanto para discar.
- 1- Com uma certa ajuda (consegue atender chamados ou solicitar ajuda à telefonista em emergências, mas necessita de ajuda tanto para procurar números, quanto para discar).
- 0- É completamente incapaz de usar o telefone.

b) O (A) SR.(A) VAI A LUGARES DISTANTES QUE EXIGEM TOMAR CONDUÇÃO?

- 2- Sem ajuda (viaja sozinho de ônibus, trem, metrô, táxi ou dirige seu próprio carro).
- 1- Com alguma ajuda (necessita de alguém para ajudá-lo ou ir consigo na viagem).
- 0- Não pode viajar a menos que disponha de veículos especiais ou de arranjos emergenciais como ambulância.

c) O (A) SR.(A) FAZ COMPRAS DE ALIMENTOS, ROUPAS E DE OUTRAS NECESSIDADES PESSOAIS?

2- Sem ajuda (incluindo o uso de transportes).

1- Com alguma ajuda (necessita de alguém que o acompanhe em todo o trajeto das compras).

0- Não pode ir fazer compras de modo algum.

d) O (A) SR.(A) PREPARA SUA PRÓPRIA REFEIÇÃO?

2- Sem ajuda (planeja e prepara as refeições por si só).

1- Com alguma ajuda (consegue preparar alguma coisa mas não a refeição toda).

0- Não consegue preparar sua refeição de modo algum.

e) O (A) SR.(A) FAZ LIMPEZA E ARRUMAÇÃO DA CASA?

2- Sem ajuda (faxina e arrumação diária).

1- Com alguma ajuda (faz trabalhos leves, mas necessita ajuda para trabalhos pesados).

0- Não consegue fazer trabalho de casa de modo algum.

f) O (A) SR.(A) TOMA OS MEDICAMENTOS RECEITADOS?

2- Sem ajuda (na identificação do nome do remédio, na dose e horário recomendados).

1- Com alguma ajuda (toma, se alguém preparar ou quando é lembrado(a) para tomar os remédios).

0- Não consegue tomar por si só os remédios receitados.

g) O (A) SR.(A) LIDA COM SUAS PRÓPRIAS FINANÇAS?

2- Sem ajuda (assinar cheques, pagar contas, controlar saldo bancário, receber aposentadoria ou pensão).

1- Com alguma ajuda (lida com dinheiro para as compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda para controle bancário e pagamento de contas maiores e/ou recebimento de aposentadoria ou pensão).

0- Não consegue mais lidar com suas finanças.

2- ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA BÁSICAS (ADVB)

a) O (A) SR.(A) TOMA AS REFEIÇÕES

2- Sem ajuda (capaz de tomar as refeições por si só).

1- Com alguma ajuda (necessita de ajuda para, por exemplo:cortar carne, descascar laranja).

0- É incapaz de alimentar-se por si só.

b) O (A) SR.(A) CONSEGUE VESTIR-SE E TIRAR SUAS ROUPAS

2- Sem ajuda (apanhar as roupas e usá-las por si só).

1- Com alguma ajuda.

0- Não consegue de modo algum apanhar as roupas e usá-las por si só.

c) O (A) SR.(A) CUIDA DE SUA APARÊNCIA COMO PENTEAR-SE E BARBEAR-SE (PARA HOMENS) E MAQUIAR-SE (PARA MULHERES)

2- Sem ajuda.

1- Com alguma ajuda.

0- Não pode cuidar-se por si da aparência.

d) O (A) SR.(A) LOCOMOVE-SE

2- Sem ajuda (exceto com bengala).

1- Com alguma ajuda (de pessoa ou com o uso de andador ou muletas).

0- É completamente incapaz de se locomover.

e) O (A) SR.(A) DEITA-SE E LEVANTA-SE DA CAMA

2- Sem qualquer ajuda ou apoio.

1- Com alguma ajuda (de pessoa ou suporte qualquer).

0- É dependente de alguém para levantar-se/deitar-se da cama.

f) O (A) SR.(A) TOMA BANHO EM BANHEIRA OU CHUVEIRO

2- Sem ajuda.

1- Com alguma ajuda (necessita de ajuda para entrar e sair da banheira ou um suporte especial durante o banho).

0- É incapaz de banhar-se por si só.

g) O (A) SR.(A) JÁ TEVE PROBLEMAS EM CONSEGUIR CHEGAR EM TEMPO AO BANHEIRO

2- Não.

1- Sim.

0- Usa sondagem vesical e/ou colostomia.

SE SIM, COM QUE FREQUÊNCIA O SR.(A) SE MOLHA OU SE SUJA (SEJA DE NOITE, SEJA DE DIA)

1- Uma a duas vezes por semana.

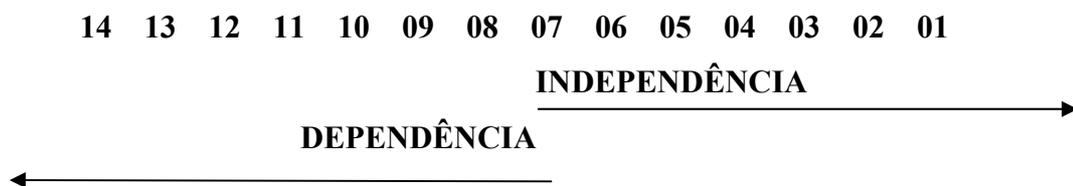
0- Três ou mais vezes por semana.

ESCALA DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA BÁSICAS E INSTRUMENTAIS DE “OARS”*

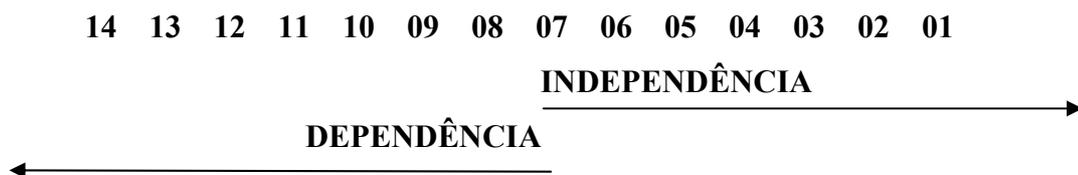
AVALIAÇÃO

A pontuação se obtém pelo somatório dos pontos correspondentes às respostas assinaladas. Circular as pontuações atingidas pelo cliente nas escalas 1 e 2. Quanto mais alta é a pontuação, mais o cliente é independente nas suas atividades de vida diária; quanto mais baixa a pontuação, menos independente ele é.

a) PONTUAÇÃO DA AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA INSTRUMENTAIS (AVDI)



b) PONTUAÇÃO DA AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA BÁSICAS (AVDB)



* Escala validada para a língua portuguesa por RAMOS, et al., e adaptada por Gonçalves, et al.

ANEXO IX

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL-MEEM

Agora faremos algumas perguntas para saber como está sua memória. Sabemos que, com o tempo, as pessoas vão tendo mais dificuldades para se lembrarem das coisas. Não se preocupe com o resultado das perguntas.

Pontuação Máxima	Pontuação Obtida
ORIENTAÇÃO TEMPORAL	
5	() Qual é o (ano), (dia), (dia da semana), (mês), (estação de ano)?
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	
5	() Onde estamos? (estado), (país), (cidade), (em que tipo de lugar), (andar).
REGISTRO	
3	() Repetir: vaso, carro, tijolo
ATENÇÃO E CÁLCULO	
5	() $100-7=93-7-86-7=79-7=72-7=65$ Alternativamente soletrar a palavra “MUNDO” de trás para frente
MEMÓRIA RECENTE	
3	() Quais as três palavras acima?
LINGUAGEM	
2	() Mostrar um relógio de pulso e uma caneta, e solicitar ao paciente que diga seus nomes.
1	() Repetir: nem aqui, nem ali, nem lá.
3	() Realizar o seguinte comando: “Pegue esta folha de papel com sua mão direita, dobre-a ao meio com as duas mãos, coloque-a no chão.
1	() Leia e obedeça: “Feche os olhos”.
1	() Escreva uma sentença (ela deve conter sujeito e verbo, não há necessidade de corrigir erros gramaticais).
1	() Copie o desenho (consiste em dois pentagramas que se interseccionam; está correto se existirem 10 ângulos, dos quais devem estar interseccionados).

Total de pontos: _____