

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

**“O Centro-dia, seus Idosos e a sua Família: um olhar sobre as relações de cuidado”**

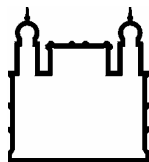
*por*

***Ana Cláudia Barbosa***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Lobato Tavares*

*Rio de Janeiro, março de 2008.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta dissertação, intitulada*

***“O Centro-dia, seus Idosos e a sua Família: um olhar sobre as relações de cuidado”***

*apresentada por*

***Ana Cláudia Barbosa***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Prof. Dr. José Luiz Telles de Almeida

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Lobato Tavares – Orientadora

*Dissertação defendida e aprovada em 17 de março de 2008.*

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

B238c Barbosa, Ana Cláudia

O Centro-dia, seus idosos e a sua família: um olhar sobre as relações de cuidado. / Ana Cláudia Barbosa. Rio de Janeiro: s.n., 2008.

ix, 165 p., il., tab.

Orientador: Tavares, Maria de Fátima Lobato

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

1. Envelhecimento. 2. Serviços de Saúde para Idosos.  
3. Relações Familiares. 4. Cuidadores. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.6



Ao meu pai (*in memoriam*), pela sua  
presença constante entre os meus  
livros, lembrando-me de que o Saber é  
um bem inalienável.

## Agradecimentos

- À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dra. Maria de Fátima Lobato Tavares, ou Fafá, de quem sou fã, pelo muito que me ensinou neste tempo de convivência, pela amizade, parceria segura e construtiva, e por não desistir até que eu tivesse a resposta para sua incessante pergunta: *“Mas Ana, o que é que tu queres saber?”*.
- Às Professoras Doutoras Dália Romero e Célia Caldas, pelas importantes contribuições por ocasião da qualificação do projeto deste trabalho.
- À Prof<sup>a</sup> Rosa Rocha, pela amizade, incentivo, e por sua preciosa biblioteca pessoal.
- À Rosane de Souza, companheira do Mestrado, por sua valiosa colaboração no Grupo Focal.
- Aos professores do curso do Mestrado em Saúde Pública, pela contribuição na composição deste trabalho, ao me apresentar tão preciosos autores.
- À Maria de Lourdes Braz e Dagmar M<sup>a</sup> dos Santos, por serem grandes amigas e exemplos profissionais, e por entenderem a minha ausência.
- Às funcionárias da Casa de Santa Ana, pelo apoio inestimável para o trabalho de campo: Shirley, Priscila, Prazeres, Miriam.
- Aos idosos da Casa de Santa Ana, por serem tão especiais, tão amorosos e me ensinarem tanto ao longo deste tempo de convivência. Minha saudade e carinho aos que já se foram.
- À minha tia Vera Regina, meu exemplo, quem eu queria ser quando crescesse... estou chegando lá...
- À minha mãe Neyde, minha irmã Fernanda e minha sobrinha Paula, berço que sempre me acolhe quando necessário.
- Ao meu marido Eduardo, sempre ao meu lado. Sempre.

Compreendi, então,  
que a vida não é uma sonata que,  
para realizar a sua beleza,  
tem que ser tocada até o fim.  
Dei-me conta, ao contrário,  
de que a vida é um álbum de minissonatas.  
Cada momento de beleza vivido e amado,  
por efêmero que seja,  
é uma experiência completa  
que está destinada à eternidade.  
Um único momento de beleza  
e amor justifica a vida inteira.

*(Concerto para Corpo e Alma – Rubem Alves)*

## Resumo

Esta pesquisa objetivou analisar como um serviço de saúde para idosos, na modalidade de atenção denominada *centro-dia* pode se constituir em um espaço favorável para a saúde de seus freqüentadores. Utilizamos como marco teórico o referencial sobre o processo de envelhecimento no Brasil, os pressupostos da Promoção da Saúde com especial abordagem sobre o peso dos determinantes sociais sobre a saúde, bem como a literatura disponível sobre os diferentes sentidos do cuidado. Através da metodologia da pesquisa por triangulação de métodos, utilizando diferentes técnicas e instrumentos, traçamos um perfil do bairro onde se insere a Instituição e moram os idosos, a Cidade de Deus; dos idosos que freqüentam a Instituição, e da sua família; e da Instituição, com uma descrição de suas atividades. A partir da análise de conteúdo foi possível identificar a singularidade do processo de envelhecimento, algumas razões pelas quais os idosos freqüentam o centro-dia, as mudanças percebidas pelos familiares em virtude desta freqüência e o quê a Instituição, os Idosos e a Família entendem por cuidado. O estudo conclui que este modelo de atenção, especialmente em situações de vulnerabilidade, além de evitar o asilamento do idoso, propicia uma sociabilidade com bases no vínculo e no pertencimento que, para estes atores traduz-se por saúde.

**Palavras-Chave:** *Envelhecimento. Serviços de Saúde para Idosos. Família. Cuidado.*



## **Abstract**

This study aimed to analyze how a health service for the elderly, in the modality of attention called day-center can consist in a favorable space to improve the health of its users. We used as the theoretical framework the referencial of to the process of aging in Brazil, the assumptions of Health Promotion, with a particular approach on the weight of social determinants of health, as well, the available literature on the different meanings of care. Through a research methodology known as triangulation methods, using different techniques and tools, we trace a profile of the quarter/district where the Institution inserts and the elderly lives, Cidade de Deus; of the elderly who attend the Institution and their families; and of the Institution, describing its activities. From the analysis of content, it was possible to identify the singularity of the aging process, some reasons why the elderly attend the day-center, changes perceived by their relatives in virtue of this frequency, and what the Institution, the elderly and their families consider to be Care. The study concludes that this model of attention, especially in situations of vulnerability, avoids the asilations of the elderly, and in addition provides a sociability based on what we call bond and belonging, that, to these actors, is expressed as health.

**Key words:** *Aging. Health Services for the Aged. Family. Care.*

## Sumário

<b>Capítulo I) Introdução .....</b>	<b>p.10</b>
I.1) Objetivos .....	p.15
I.2) Justificativa .....	p.16
I.3) Organização do Trabalho .....	p.18
<b>Capítulo II) Quadro Teórico .....</b>	<b>p.21</b>
II.1) O Brasil que Envelhece .....	p.21
II.2) Promoção da Saúde e Envelhecimento .....	p.28
II.2.1) <i>Para o Envelhecimento</i> .....	p.35
II.3) Os Sentidos do Cuidado .....	p.37
II.3.1) <i>A modalidade de atenção Centro-dia</i> .....	p.44
<b>Capítulo III) Procedimentos Metodológicos .....</b>	<b>p.50</b>
III.1) Modelo do Estudo .....	p.50
III.2) Técnicas para a coleta de dados .....	p.53
<b>Capítulo IV) Resultados e Discussão .....</b>	<b>p.59</b>
IV.1) Perfis .....	p.61
IV.1.1) <i>Um lugar para Envelhecer?</i> .....	p.61
IV.1.2) <i>Encontro com Deuses na Cidade de Deus</i> .....	p.64
IV.1.3) <i>Família: “Começo de tudo, tudo no mundo”</i> .....	p.73
IV.1.4) <i>O Centro-dia: “Tirando leite de pedra”</i> .....	p.83
IV.2) “Jovens, Conformados ou Derramados”: <i>os sujeitos que (não) envelhecem</i> .....	p.101
IV.3) Moldando o Cuidado: <i>idosos no centro-dia e na família</i> .....	p.114
<b>V) Considerações Finais .....</b>	<b>p.123</b>
<b>VI) Referências Bibliográficas .....</b>	<b>p.127</b>

## Apêndices / Anexos

### **A) Apêndices.....p.137**

- Apêndice A - Roteiro para a Entrevista com os(as) idosos(as)
- Apêndice B - Roteiro para a Entrevista com o Informante Chave da Instituição
- Apêndice C - Roteiro do Grupo Focal / Ficha do Participante
- Apêndice D - Tabela 1 - Indicadores do Bairro Cidade de Deus
- Apêndice E - Tabela 2 - Idosos Entrevistados
- Apêndice F - Tabela 3 - Dados dos Familiares
- Apêndice G - Dados do Informante-Chave
- Apêndice H - Trecho da Entrevista com a Informante-Chave
- Apêndice I – Curiosidades sobre os Deuses

### **B) Anexos.....p.161**

- Anexo 1 – Figura 1 - Determinantes Sociais: Modelo de Dahlgren e Whitehead
- Anexo 2 – Modelo da Ficha de Cadastro para Admissão na Instituição

## Lista de Siglas e Abreviaturas

- ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária
  - AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária
  - ANG-RJ – Associação Nacional de Gerontologia – Seção Rio de Janeiro
  - AVD – Atividades da Vida Diária
  - AVE – Acidente Vascular Encefálico
  - BPC – Benefício da Prestação Continuada
  - CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
  - CNDSS – Comissão Nacional dos Determinantes Sociais em Saúde
  - CNS – Conferência Nacional de Saúde
  - COHAB – Companhia de Habitação
  - DANT – Doenças e Agravos Não-Transmissíveis
  - DCNT – Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
  - DIG – Diretoria de Informações Geográficas
  - EVN – Esperança de Vida ao Nascer
  - FórumPNEIRJ - Fórum Permanente da Política Nacional e Estadual do Idoso no Rio de Janeiro
  - HDG – Hospital Dia Geriátrico
  - IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
  - ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos
  - IPP – Instituto Pereira Passos
  - OMS – Organização Mundial de Saúde
  - ONG – Organização Não-Governamental
  - OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
  - PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
  - PNI – Política Nacional do Idoso
  - PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
  - PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
  - RENADI – Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa
  - RFPC – Renda Familiar Per Capita
  - SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
  - SUAS - Sistema Único de Assistência Social
  - SUS – Sistema Único de Saúde
  - TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
  - TFT – Taxa de Fecundidade Total
- 
- apud – citado por
  - p.e. – por exemplo

## I) Introdução

Data do final dos anos 60 o início do processo de envelhecimento da população brasileira, ao contrário de alguns países da Europa que iniciaram este processo no século XIX. Hoje no Brasil as pessoas idosas representam 9,8% da população total, porém, o *envelhecimento da população*, um fenômeno demográfico e coletivo difere de *aumento da longevidade*, enquanto um processo individual de envelhecimento.

O envelhecimento populacional não se refere a indivíduos ou a uma geração, mas sim à mudança na estrutura etária da população, o que produz aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, no nosso caso, 60 anos <sup>a</sup>, em especial pelo declínio da fecundidade <sup>1</sup>.

Quanto à longevidade, pode ser referida “*ao número de anos vividos por um indivíduo ou ao número de anos que, em média, as pessoas de uma mesma geração ou coorte viverão*” <sup>1</sup>. Este processo individual não tem um marco específico, engloba um grupo etário com uma amplitude de aproximadamente 30 anos (pessoas que estão entre 60 e 90 anos de idade), e torna difícil uma caracterização generalizada do significado de “ser idoso”. É afetada pelas diferentes trajetórias de vida, por questões étnicas, de gênero, e pelas condições “*sociais, econômicas, políticas, regionais, culturais*”, entre outras<sup>2</sup> (p.12).

Mas se por um lado há dois processos diferenciados – o envelhecimento populacional e a longevidade, por outro percebemos o quanto ambos são complementares, já que uma maior população de pessoas idosas implica na adoção de políticas públicas de proteção social específicas para este segmento populacional, proporcionando um aumento na oferta de bens e serviços de saúde e acelerando o fenômeno da queda da mortalidade em idades mais avançadas.

Desde a promulgação da Constituição Federal, em 1988, a pessoa idosa passou a ter meios legais de defesa de seus direitos. A partir das Constituições das três esferas governamentais, outros órgãos foram constituídos em prol da pessoa idosa, como os Fóruns e Conselhos, e legislações foram criadas para garantir seu bem estar.

Ainda em 1986, por ocasião da 8ª CNS, em Brasília, o então Coordenador do Programa Saúde do Idoso, Renato M. Guimarães<sup>3</sup>, apontava para a necessidade de uma política para o envelhecimento que buscasse manter a pessoa idosa na família e na comunidade, onde os serviços primários de saúde deveriam ser capazes de manter a autonomia e a independência deste. Uma das medidas gerais apontadas como uma forma de Promoção da Saúde do Idoso foi a criação de alternativas para a

institucionalização, de forma a possibilitar a continuidade do cuidado e o atendimento de suas necessidades.

No dia 04 de janeiro de 1994, foi criada a Lei nº 8.842/94<sup>4</sup>, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e cria o Conselho Nacional do Idoso. O Decreto nº 1.948/96<sup>5</sup> regulamenta a Lei nº 8.842/94, e nele foi proposto o modelo de assistência para pessoas idosas na modalidade não-asilar, na forma de *Centro-Dia* e *Centro de Convivência*.

A forma de organização destes espaços é bastante peculiar, e geralmente as ações são planejadas em função do público-alvo. Ao Centro-Dia são direcionados idosos que não apresentam limitações graves, embora recebam também portadores de incapacidade funcional. A principal característica é o incentivo à socialização, mas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças são também desenvolvidas. Esta modalidade permite que o idoso seja mantido em sua família e na comunidade em que vive.

Em 1999 foi lançada pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde do Idoso, através da Portaria nº 1.395/GM, e em 2003, o Estatuto do Idoso, através da Lei nº 10.741.

Em 2005, a OPAS/OMS publicou uma série de propostas para um envelhecimento bem sucedido, apontando para os fatores determinantes do envelhecimento, os desafios a serem enfrentados na atenção a este público e que entre as propostas desta política estão a saúde, a participação e a segurança<sup>6</sup>.

No ano de 2006, por ocasião da I Conferência Nacional de Direitos do Idoso, ocorrida em Brasília, propôs-se a criação da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI<sup>7</sup>. No mês de outubro deste mesmo ano, ressaltamos o lançamento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, tendo entre seus objetivos principais fazer com que os serviços públicos de saúde possam identificar “*o nível de dependência do idoso e atribuir um acompanhamento diferenciado para cada situação*”. Desta forma estará atuando preventivamente junto às pessoas idosas que gozam de boa saúde e tornando possível a oferta de um atendimento constante para aquelas que já possuem algum nível de dependência.<sup>8</sup>

Na mesma data foi lançada a Política Nacional de Internação Domiciliar instituída pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que com bases no Pacto pela Saúde<sup>b</sup>, beneficia diretamente a pessoa idosa ao garantir a atenção domiciliar a pacientes que precisam de cuidados especializados sem a necessidade de internação hospitalar. É uma política de adesão, portanto, não é obrigatória. O atendimento domiciliar ocorrerá nos moldes do

Programa Saúde da Família, com uma equipe formada por um médico, um enfermeiro e um auxiliar <sup>9</sup>.

Ressaltamos que, para que o paciente receba o cuidado de forma contínua, a equipe deverá contar com a “*figura do cuidador, um membro da família com tempo e disponibilidade para cuidar do paciente*”, que será treinado e supervisionado pela equipe de saúde. Entre as suas responsabilidades estará a alimentação, a medicação e a monitoração do paciente, além do socorro imediato nas situações de crise, articulando esta ação com algum serviço pré-hospitalar de urgência.

Desta forma, temos um arcabouço legal de proteção à pessoa idosa que, por ter acompanhado a transição demográfica do país, e também por compreender que esta ocorre em um contexto de mudanças nas relações sociais, em especial na família, pode ser considerado moderno, protetor e contextualizado com o atual avanço do número de pessoas idosas no país.

A elaboração destas políticas leva em conta o *cuidado* e sua importância fundamental em todo o ciclo vital dos indivíduos, e que toma relevância na idade madura e na velhice pela fragilidade e vulnerabilidade <sup>c</sup> que podem instalar-se nesta fase da vida <sup>10</sup>. Este cuidado pode ocorrer de maneira *formal*, através de profissionais e instituições como o centro-dia, e com maior frequência, ocorre de maneira *informal*, por meio das redes de solidariedade formada pelo indivíduo, especialmente através da família e principalmente através da mulher <sup>d</sup>.

Historicamente, países em desenvolvimento como o nosso, levam mais tempo para garantir a seus cidadãos a plenitude dos direitos sociais, e para adaptar-se a fenômenos populacionais complexos, como este que altera a estrutura etária do país. O ideal do “*Welfare State*” <sup>e</sup>, onde o indivíduo-cidadão dependeria apenas do Estado e de seu trabalho, hoje se mostra insuficiente, e a necessidade de microrredes de solidariedade mantém-se como uma condição privilegiada para a proteção e o pertencimento <sup>11</sup>.

Neste contexto, a articulação entre o Estado e as organizações civis cresce, particularmente sob a proposta de atuar em favor de alguns setores da sociedade, como pessoas idosas, mulheres e crianças, e tomando força no que se conhece hoje por “*Terceiro Setor*”. Estas entidades (que além de empresas nacionais e multinacionais, através da sua “*responsabilidade social*” contam com as organizações não-governamentais - ONG’s), precisaram observar as necessidades sociais, na pretensão de, na sua microestrutura, conforme cita Gohn <sup>12</sup>, exercer ações que sejam mediadoras da efetivação das políticas públicas, que em nível macroestrutural trariam transformações efetivas na sociedade.

Entre populações economicamente desfavorecidas, onde há escassez de serviços públicos e dificuldade de acesso ao atendimento médico-social, certamente encontraremos um idoso(a) fragilizado, uma família necessitando de atenção, e uma maior presença de entidades do terceiro setor. A atual família urbana é um meio que reproduz o modelo social de atenção e de consumo para os que estão produzindo ou que irão produzir – geralmente pais, jovens e filhos pequenos. Desta forma é possível questionar como este tipo de família será o mais adequado e único meio de integração social e desenvolvimento integral da pessoa idosa, com possibilidade de satisfazer todas as suas necessidades.

As cobranças e o peso da responsabilidade sobre os cuidados às pessoas idosas sempre recaem sobre a família e esta muitas vezes não tem condições de arcar sozinha com a manutenção do seu idoso (a). Para grupos com maior necessidade de proteção e apoio, como crianças e idosos (as), a família apresenta-se como um porto seguro. É este um dos desafios do envelhecimento, o espaço familiar do idoso (a). As mudanças sociais associadas à modernização refletiram-se na família<sup>13, 14</sup>. Ao longo do último século, verificou-se um enfraquecimento dos vínculos familiares e a redução do número de seus membros, como fruto das dificuldades econômicas, da liberação da mulher, da urbanização e das migrações.

Neste ponto temos então uma nova realidade, onde as instituições de cuidado à pessoa idosa assumem um importante papel junto ao mesmo e sua família, podendo constituir-se em um espaço favorável de saúde, espaço de acolhimento e de cuidado, no qual o idoso (a), pelas ações propostas e oferecidas, podem vir a desenvolver a sua autonomia, independência funcional, autoconhecimento e autocuidado, e, em especial, uma sensação de pertencimento e reconhecimento junto à comunidade e à família, adquirindo um novo status social.

Para a efetivação das políticas públicas e para que o cuidado seja observado sob a ótica do conceito ampliado de saúde, os atores aí envolvidos – Estado, Instituições e Famílias, têm, entre outros, os pressupostos teóricos e metodológicos da Promoção, expressos nas suas *Cartas*, que são documentos oficiais (Cartas da Promoção da Saúde) incorporados às Políticas de Saúde dos países membros da OMS desde a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, no ano de 1986.

A Promoção da Saúde associa-se a um *conjunto de saberes* (qualidade de vida, solidariedade, equidade, cidadania) e a uma *combinação de estratégias* (Estado, comunidade, indivíduos, parcerias institucionais, entre outras)<sup>15</sup>. Suas bases vêm das Conferências Internacionais, que após Ottawa, ocorreram em Adelaide (1988),



Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (2000), e a última em Bangkok (2005), havendo entre elas alguns encontros regionais.

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde foi promulgada pela Portaria nº 687/06, e ressalta que “*os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária*”, mas que estas escolhas são permeadas pela inserção do sujeito na ordem coletiva. Coloca como desafio avançar de uma proposta intervencionista nos comportamentos e hábitos dos sujeitos, para uma política que seja “*transversal, integrada e intersetorial*”, ou seja, que articule sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade. Para tanto, dentre as suas diretrizes, aponta para o fortalecimento da participação social, o empoderamento individual e comunitário, onde o Estado atua em rede com a sociedade civil organizada e estimula alternativas que sejam inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas<sup>16</sup>.

Este processo de empoderamento do indivíduo será determinado pela capacidade do mesmo de satisfazer suas necessidades, mudar ou lidar com seu ambiente, e para tal, as políticas de promoção da saúde devem levar em conta “*as diferenças sociais, culturais e econômicas*”<sup>15</sup>.

Em 2004, na Assembléia Mundial de Saúde, criou-se a Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde, como forma de desenvolver e implementar políticas alinhadas à realidade das desigualdades em saúde. Foi implantada em 2005, em Santiago do Chile. No mesmo ano o Brasil criou a primeira Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), regulamentada em março de 2006.

No entender da Comissão, a *iniquidade* – ou falta de equidade - é apontada como a “*desigualdade injusta*”, aquela que é sistemática, redutível, evitável ou desnecessária. Estes determinantes sociais de saúde seriam as “*causas das causas*”, e nos permitiu compreender fenômenos complexos do processo saúde-doença. Além da renda estão a educação, as condições de habitação, o trabalho, o estilo de vida, a alimentação, os serviços sociais de saúde, as redes sociais e comunitárias disponíveis, o saneamento e o meio ambiente<sup>17</sup>.

A necessidade do desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde para a pessoa idosa articula-se com a perspectiva de *compressão da morbidade*, termo cunhado nos anos oitenta por Fries. Fundamenta-se na suposição biológica de que o limite de duração da vida humana estaria ao redor de 120 anos, e que, quanto mais postergarmos as doenças incapacitantes, menor será o período da vida em condições mórbidas, justificando intervenções precoces através da promoção da saúde e de pesquisas médicas que favorecessem este objetivo<sup>18, 19</sup>. Dentro do contexto de

iniquidades cabe questionar se o conceito de compressão da morbidade pode ser aplicado a todos as pessoas idosas ou somente àquelas que acumulam um bom capital de saúde ao longo do seu curso de vida.

Após termos apresentado os principais marcos teóricos que circundam o nosso objeto, destacamos algumas considerações pertinentes à problematização do mesmo.

- O *Envelhecimento* é um fenômeno demográfico em ascensão;
- As políticas de atenção à pessoa idosa preconizam que o *cuidado* se dará prioritariamente na família e na comunidade;
- A partilha de responsabilidades neste cuidado é uma demanda do mundo atual;
- As mudanças operadas nos núcleos familiares e o descrédito nas soluções institucionalizadoras de proteção social exigem outros modelos de atenção;
- As ações de promoção da saúde são o contexto ideal para a efetivação do envelhecimento ativo e saudável, em especial quando a conjuntura é de vulnerabilidade;

Desta forma, questiona-se:

Qual é a amplitude de cuidado que uma modalidade como o Centro-Dia pode dar a idosos (as) em situação de vulnerabilidade?

Como o (a) idoso (a) que frequenta um Centro-dia percebe o seu estado de saúde?

Como a família compartilha o cuidado à pessoa idosa com o Centro-Dia?

O que muda na relação pessoa idosa -família quando um terceiro elemento é introduzido nesta relação, no caso, o Centro-Dia?

Neste trabalho não houve a pretensão de responder a todos estes questionamentos, mas sim buscar nos referenciais teóricos e nos resultados do campo dados que possam colaborar na compreensão destes processos.

## I.1) Objetivos

### *Objetivo Geral*

Analisar o papel do Centro-Dia como um espaço de saúde para pessoas idosas provenientes de famílias em situação de desigualdade, com base nas relações de cuidado ali desempenhadas.

### *Objetivos Específicos*

- Descrever as ações desenvolvidas pela Instituição;
- Identificar o perfil dos idosos (as) que freqüentam o Centro-Dia, bem como o de suas famílias;
- Identificar os motivos da freqüência da pessoa idosa ao Centro-Dia, por ela mesma e pela família;
- Analisar se houve mudanças nas relações familiares após a entrada do idoso (a) no Centro-Dia

### I.2) Justificativa

No ano 2000 conheci o trabalho realizado com pessoas idosas em uma organização não-governamental que oferece as modalidades de atenção centro-dia / centro de convivência, localizada na Cidade de Deus, um bairro do município do Rio de Janeiro. Atuando como fisioterapeuta voluntária percebi que a Fisioterapia, naquele espaço de atenção à pessoa idosa, atuava para além da Reabilitação, uma vez que, se os efeitos mais imediatos da intervenção terapêutica concentravam-se no corpo físico dos idosos (as), um efeito tardio e benéfico era a manutenção desta pessoa naquele círculo social, pela manutenção da marcha e do movimento que o permitiam seguir freqüentando a Instituição.

A necessidade de obter maiores conhecimentos em Geriatria e Gerontologia me levou ao curso de Especialização da Universidade Federal Fluminense e o tema de meu Trabalho de Conclusão de Curso foi “*O Fisioterapeuta como Agente da Reintegração Social do Idoso de Baixa Renda*”, buscando no referencial teórico os novos paradigmas de atuação deste profissional, tradicionalmente reabilitador.

Para esta Dissertação de Mestrado, propus um olhar mais atento ao que julgo ser o triângulo de relações mais importante neste ato de cuidado que se desenvolve na Instituição: o centro-dia enquanto modalidade de atenção, os idosos (as) e a sua família.

Para além do movimento físico, percebi que há um movimento interno que sustenta a freqüência do idoso (a), o que pode ser estimulado ou não pelos familiares. Havendo ou não este estímulo, há uma mudança de “status” deste idoso (a) no interior

da família, sugerindo que as relações destes com a Instituição parece estar permeada por fatores diversos, nem sempre verbalizados ou sequer percebidos.

Quanto à relevância científica deste trabalho, alguns itens podem ser considerados; em virtude da transição demográfica, os estudos sobre o envelhecimento, em seus aspectos mais diversos, tornam-se necessários para a elaboração de políticas públicas efetivas. As recentes modificações da estrutura familiar demandam estudos sobre o assunto, uma vez que os novos arranjos domiciliares afetam diretamente a pessoa idosa com alguma dependência <sup>20</sup>. Para tanto, a crescente demanda da população idosa por serviços especializados exige que haja estudos de análise dos modelos já implementados. Dentre os modelos disponíveis, o centro-dia é uma alternativa não-asilar, portanto de acordo com as políticas de não-institucionalização da pessoa idosa, e que carece de material teórico para sua maior compreensão, já que há poucas experiências em andamento.

Como contribuição acadêmica, ressalta-se, como destacam Siqueira, Botelho e Coelho <sup>21</sup>, a necessidade de abordar o envelhecimento e a velhice sob diferentes perspectivas de análise, devido à complexidade do fenômeno estudado. O envelhecimento é sempre uma temática transdisciplinar, e conforme avança a longevidade, novos impasses e dilemas vão se formando (mesmo em países mais avançados), como o abordado neste estudo, concernente à questão do cuidado à pessoa idosa com alguma dependência em um contexto de mudanças sociais.

A escolha de uma organização não-governamental como campo de pesquisa ocorre não somente pelo fato de que as ONG's vêm se tornando um âmbito de reforço das políticas públicas de forma crescente, o que torna necessário um olhar sobre esta atuação, mas também pelo fato de a instituição escolhida estar em funcionamento ininterrupto nos últimos 16 anos na cidade do Rio de Janeiro, especificamente em Jacarepaguá – Cidade de Deus, e atender a uma população idosa com algum nível de dependência e sem muitos recursos econômicos. Esta vulnerabilidade é um fator importante para a demanda de cuidados, não apenas para os idosos (as) em si, como também para a sua família. Acrescenta-se o fato de haver apenas algumas unidades (5) de oferta deste serviço na cidade do Rio de Janeiro, local da pesquisa.

### I.3) Organização do Trabalho

Após a Introdução com os principais marcos teóricos dos temas a serem abordados neste trabalho, bem como a relevância do mesmo, apresentamos no Capítulo II um **Quadro Teórico** mais pormenorizado das questões consideradas centrais para alcançar os objetivos propostos: *O Brasil que Envelhece*, *Promoção da Saúde e Envelhecimento* e *Os Sentidos do Cuidado*. No item II.1, falamos do envelhecimento no Brasil, apresentando os dados disponíveis nas últimas pesquisas sobre o panorama demográfico, as condições sociais e econômicas, de vida e saúde, e os arranjos familiares possíveis, considerando os diferentes contextos em que pode se dar o envelhecimento. No item II.2, retomamos o conceitual teórico sobre a Promoção da Saúde, enfocando a pobreza, as desigualdades e as iniquidades em saúde para, no subitem que segue, pensarmos, a partir destas bases teóricas, quais seriam as práticas mais efetivas de atenção à pessoa idosa; por fim, no item II.3, abordamos alguns possíveis sentidos para o cuidado, a fim de compreender quais ações são passíveis de ser assim considerada, com um subitem tratando especialmente das potencialidades de atenção e cuidado no modelo denominado centro-dia.

O Capítulo III apresenta os **Procedimentos Metodológicos**, compreendendo os itens III.1, onde é descrito o Modelo do Estudo, o caráter da pesquisa, sua abordagem e suas etapas; e o item III.2, com as Técnicas para a coleta de dados. Este item subdivide-se em subitens, a saber: a) Entrevista semi-estruturada, sua descrição e as considerações sobre os instrumentos utilizados; b) Grupo Focal, sua descrição e as considerações sobre a técnica e o instrumento; c) Observação Participante, com sua descrição; d) Pesquisa Bibliográfica e Análise Documental, com sua descrição.

O Capítulo IV apresenta os **Resultados** e a **Discussão** dos mesmos, com base na literatura apresentada no Quadro Teórico e em novas fontes bibliográficas necessárias para complementar o diálogo entre a teoria e os achados do campo. Desta forma os resultados são apresentados e discutidos nos itens IV.1, onde os dados concretos e aqueles fornecidos pelos sujeitos da pesquisa são elaborados sob o título *Perfis* (do bairro onde se localiza a Instituição, dos Idosos, da Família e do Centro-Dia). Estão nesta ordem de apresentação para que possamos conhecer o *Lugar* onde estes *Idosos* estão envelhecendo, seguindo com o perfil dos mesmos, sujeitos centrais da pesquisa, que, uma vez que não foram asilados permanecem inseridos na *Família*, esta se coloca como sujeito e como espaço na relação entre estes idosos e a *Instituição*, o campo da pesquisa e sujeito no cuidado. Este item buscou dar respostas aos seguintes objetivos

específicos: identificar o perfil dos idosos (as) que freqüentam o Centro-Dia, bem como o de suas famílias; descrever as ações desenvolvidas pela Instituição e suas bases conceituais.

Em seguida, articulando as falas destes sujeitos com os referenciais teóricos, o item IV.2 fala da heterogeneidade do processo de envelhecimento, sob diferentes óticas e perspectivas, onde, sob o título “Jovens, Conformados ou Derramados”: *os sujeitos que (não) envelhecem*, buscamos compreender este processo do ponto de vista dos entrevistados e dar resposta ao seguinte questionamento: *Como o (a) idoso (a) que freqüenta um Centro-dia percebe o seu estado de saúde?*

No item IV.3 – Moldando o Cuidado: *idosos no centro-dia e na família*, chegamos aos questionamentos motivadores da pesquisa: o Centro-Dia pode ser um espaço favorável de saúde para pessoas idosas? Qual é a amplitude de cuidado que uma modalidade como o Centro-Dia pode dar aos idosos (as)? Como a família compartilha o cuidado à pessoa idosa com o Centro-Dia? Quais os motivos da freqüência da pessoa idosa ao Centro-Dia? Articulando os dados da pesquisa com os referenciais teóricos, foi possível entender um pouco mais este triângulo de relações.

Em seguida apresentamos as **Considerações Finais** sobre o trabalho e as **Referências Bibliográficas** utilizadas. Como **Apêndices**, temos os Instrumentos utilizados na Pesquisa, bem como algumas Tabelas contendo dados do bairro Cidade de Deus, dos Idosos, de suas Famílias, dados do Informante-Chave e um trecho de sua entrevista, que julgamos pertinente. Em **Anexo**, o modelo dos Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren e Whitehead e a Ficha de Cadastro da Instituição.

---

#### Notas:

a Faixa etária adotada pelo Brasil na Lei nº 8.842/94 (Art. 2º do Cap. I) (BRASIL, Presidência da República, 1994)<sup>22</sup>

b O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios). Engloba o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Seus objetivos estão estruturados nestes três pilares e para cada um há prioridades básicas a serem perseguidas. (BRASIL, MS, 2006. Disponível em <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em 20/10/2006)<sup>23</sup>

c Vulnerabilidade está compreendida neste trabalho a partir do "movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos [e] contextuais" (Ayres, *apud Meyer et al*)<sup>24</sup>, e também, na ótica dos Direitos Humanos, para designar a condição de fragilidade jurídica ou política enfrentada por grupos ou indivíduos para a promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania (Miotto)<sup>25</sup>.

d Em 1999, através da Portaria Interministerial MS/MPAS nº5.153, foi instituído o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, considerando, entre outros fatores, a necessidade da criação de alternativas que pudessem proporcionar aos idosos melhor qualidade de vida e da redução do percentual de idosos institucionalizados (BRASIL, MS/MPAS, 1999)<sup>26</sup>.

e Esping-Andersen (1991)<sup>27</sup> discorre sobre o significado do Welfare State, e acredita que a definição comum, como um sistema social de responsabilidade estatal, que garanta o bem-estar básico dos cidadãos, é somente uma das conceituações (e das mais simplistas), uma vez que: estabelecer o que é o básico é algo relativo; que se faz necessário saber se estas políticas são emancipadoras e legitimam o sistema; compreender se há apenas compensação ou um comprometimento com o pleno emprego. O autor acredita que muitos Estados normalmente rotulados como tal, não fazem jus a esta classificação.

## II) Quadro Teórico

### II.1) O Brasil que Envelhece

No Brasil de 1940, a população era “*extremamente jovem, em torno de 52% abaixo de 20 anos e menos de 3% acima dos 65 anos*”<sup>1</sup>. As estatísticas mostram que o número absoluto de pessoas com mais de 60 anos aumentou nove vezes nos últimos 60 anos. Até 1960, houve significativa aceleração no ritmo de crescimento da população porque se nascia da mesma forma e morria-se mais tarde, com aumento do tempo vivido. No final da década de 60 começa o declínio sustentado da fecundidade.

Este declínio no número de nascimentos provoca um estreitamento contínuo da base da pirâmide etária, com conseqüente envelhecimento populacional e alargamento do topo. Observa-se que esta forma de envelhecimento populacional – pela base – pode ser acelerada caso tenhamos avanços em relação à queda de mortalidade<sup>1</sup>.

Quem chegou aos 60 anos em 2005, nasceu em 1955, época da explosão demográfica, que terminou em 1960, ano de nascimento dos que completarão 60 anos em 2020, onde se projeta uma população de 30,9 milhões de brasileiros idosos, ou 14% da população total. Camarano<sup>28</sup> ressalta que “*os idosos do futuro próximo já nasceram*”.

Com estes dados percebe-se que a estabilidade da estrutura etária não acontecerá até que se passe a geração da alta fecundidade e a população torne-se novamente estável ou quase-estável, porém, mais envelhecida que a estrutura anterior<sup>1</sup>.

Porém, com a diminuição da fecundidade, diminui o número absoluto de pessoas idosas. Terá menos gente para envelhecer, mas já terá muita gente envelhecida – fazendo da atual pirâmide um retângulo. Nem tanto pelo número absoluto, mas pelo peso relativo da população idosa na população total, é que se pensa nos desafios do envelhecimento<sup>1</sup>. Um deles está na concomitância com as mudanças nas dinâmicas familiares, o que será abordado mais adiante.

Camarano<sup>2</sup> conduziu uma ampla pesquisa sobre as condições de vida e saúde dos idosos (as) brasileiros. Observa que os que estão idosos hoje compõem um grupo bastante heterogêneo, em conseqüência das diferenças nas suas trajetórias de vida. Tal fato deve ser levado em consideração na elaboração e implementação de políticas públicas para este grupo etário. Particularmente pelo fato de que, ao considerarmos 60 anos como o marco de entrada neste grupo, estamos falando de uma população que terá



cerca de mais 30 anos de vida, com necessidades e potencialidades bem diferentes entre si.

Parte do contingente de pessoas idosas apresenta boas condições de vida e saúde, desempenhando um papel importante junto à família, e houve um aumento da proporção de idosos alfabetizados. Quando comparados a segmentos etários mais jovens, muitos estão em melhores condições porque experimentaram boa parte de sua vida ativa num contexto econômico favorável, o que lhes permitiu um emprego estável, a aquisição da casa própria, isso concomitante com o aumento da expansão da cobertura da Seguridade Social <sup>2</sup>.

Outra parte apresenta altas taxas de vulnerabilidade e dependência. “*Tais vulnerabilidades são afetadas pelas capacidades básicas (as que o indivíduo nasce com elas), pelas adquiridas ao longo da vida (facilidade/dificuldade de acumulação de capital humano, social, entre outros) e pelo contexto social que os indivíduos se encontram na sua fase de vulnerabilidades*” (p.10). Esta dependência não é um processo estático; tanto pode ser acentuada por fatores externos como pode ser minimizada por políticas sociais de atenção a este idoso (a) <sup>2</sup>.

Quanto aos indicadores de população e família, o envelhecimento populacional trouxe mudanças nos arranjos familiares: em 2000, 24,1% do total das famílias brasileiras continham pelo menos uma pessoa com 60 anos e mais. Prevalece, no Brasil, o apoio informal por meio da permanência da pessoa idosa na família. Em alguns países ela é a única alternativa para o apoio ao idoso. A variedade de arranjos familiares se dá pela busca dos membros da família por um bem-estar coletivo, em especial para as gerações “dos extremos”, as crianças e os idosos. Ressalta a autora que é também um espaço de “conflito cooperativo”, pelas diferenças de gênero e intergeracionais. Seu estudo distingue duas categorias de famílias onde há idosos, as famílias *de idosos* e as famílias *com idosos*. Na primeira, o idoso é o chefe ou cônjuge, pressupondo serem idosos com mais autonomia; na segunda o idoso mora com seus parentes, sendo com frequência mais vulnerável e dependente de ajuda <sup>29</sup>.

Quanto aos indicadores econômicos, a pesquisa revela que a aposentadoria não tem tirado os homens do mercado de trabalho (de 40,3% de idosos homens trabalhadores em 2003, 58,2% já estavam aposentados). As mulheres idosas, pela pouca participação no mercado de trabalho em décadas anteriores, quando casadas contam com a renda do marido, e após a viuvez, com a pensão do mesmo. Isso as torna mais dependentes da renda da família. As que acumulam aposentadoria e pensão estão em melhores condições e uma boa proporção assume o papel de provedora da família. A

maior parte da renda provém da Seguridade Social <sup>b</sup>, e a contribuição das pessoas idosas na renda da família chega a 65,3% entre os homens e 59,6% entre as mulheres (para o ano de 2003) <sup>2</sup>.

A situação de dependência vivida pela pessoa idosa tem como indicadores a falta de autonomia e independência para as AVD's <sup>c</sup> e a falta de renda. A dependência que torna a pessoa idosa mais vulnerável é a incapacidade para as ABVD's, que são maiores entre as mulheres e aumentam com a idade. A proporção de idosos (as) sem rendimentos em 2003 foi baixa, aproximadamente 11%. A proporção de idosos pobres também decresceu, especialmente entre as mulheres <sup>2</sup>.

Quanto à institucionalização, não se conhece na realidade quantos idosos (as) brasileiros estão institucionalizados (as) e em que condições estão vivendo. O Censo 2000 estima que haja aproximadamente 107 mil idosos (as) institucionalizados (as), menos de 1% da população idosa. Algumas características destas pessoas: a maioria é mulher; mais de 25% não tem rendimentos; boa parte apresenta deficiência física ou mental; prevalece o grupo de idosos muito idosos. O Ministério de Desenvolvimento Social é o órgão responsável pela implementação e acompanhamento da política de cuidados de longa duração, que faz parte da política assistencial do Estado. Seu papel é *“tanto de prover os serviços para idosos carentes quanto de regular e fiscalizar as instituições privadas que prestam esses serviços”* <sup>2</sup> (p.38).

O estudo considera que houve uma melhoria generalizada da condição de vida das pessoas idosas, com redução da proporção de vulneráveis e dependentes. A dificuldade encontrada foi a falta de informações referentes a esse segmento e também as variáveis que medem as condições de vida <sup>2</sup>.

No Brasil, com tantas diferenças regionais, podemos afirmar que não existe apenas uma velhice, mas velhices distintas. Ainda que a Esperança de Vida aos 60 anos de Idade (o número médio de anos de vida esperados ao se completar 60 anos) venha aumentando em todas as regiões brasileiras, a menor esperança de vida, para ambos os sexos, encontra-se na região Nordeste. Tal indicador possibilita uma análise das variações geográficas quanto à expectativa de vida desta população, servindo de subsídios para *“processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas para os idosos”*. O Capítulo II da Política Nacional do Idoso, que fala dos Princípios e das Diretrizes, na sua Seção I, Art. 3º, cita no 5º item: *“(...) V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e urbano do Brasil, deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei”* <sup>4,30</sup>.

Sabemos que condições farmacêuticas, médicas e sanitárias generalizam-se mais rapidamente, ao contrário das condições econômicas, sociais e culturais; o idoso rico tem qualidade de vida comparável ao 1º mundo; o idoso pobre sobrevive graças aos avanços da medicina, mas sem condições materiais/sociais, que lhe assegurem qualidade de vida. O envelhecimento populacional altera a estrutura etária, mas a queda da mortalidade altera a vida do indivíduo, a família e a sociedade <sup>31</sup>.

Em condições inequânimes de vida, além de sua precária condição sócio-econômica, a pessoa idosa precisa lidar com variadas afecções concomitantes, perdas não raras da autonomia e independência e com as dificuldades em adaptar-se ao mundo moderno. O conjunto destas variáveis pode levá-lo ao isolamento social. Para estes idosos, a aposentadoria geralmente, leva a situações de maior empobrecimento, pois a renda é insuficiente para a manutenção da família. Além de seu valor ser constantemente depreciado, há dificuldade de trabalhar para complementar esta renda, pois normalmente sua atividade profissional ao longo da vida foi de tal forma exaustiva que as conseqüências, nos níveis bio-fisiológico e psicológico são mais deletérias. Características como produtividade e empregabilidade diminuem com o passar dos anos, e nesta situação, em que não conseguem obter renda através do trabalho remunerado, as aposentadorias e pensões passam a ser as únicas fontes de renda <sup>31</sup>.

Este Brasil que envelhece tem feito novos arranjos domiciliares e encontrado várias formas de apoio informal para contemplar o cuidado a estes idosos (as), em especial os que estão em alguma situação de dependência.

A Pesquisa SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, é um projeto da OPAS/OMS conduzido em sete cidades do mundo, entre elas, São Paulo. É um esforço para coletar, de forma sistemática, informações sobre as condições de vida da pessoa idosa (como as sociais, econômicas, de saúde, redes de apoio e acesso aos serviços públicos).

Saad <sup>32</sup> elaborou o capítulo que trata das formas de arranjos domiciliares que estão sendo desenvolvidas por idosos (as) moradores (as) de São Paulo e suas famílias.

Como relevância da pesquisa, o autor coloca que a Saúde Pública e a Seguridade Social não estão preparadas para o enfrentamento da transição demográfica, que ainda não dão às pessoas idosas a proteção social necessária. Famílias em desvantagem socioeconômica e pessoas idosas sem família encontram dificuldades ainda maiores.

Frente a tal conjuntura, novos arranjos familiares vão se formando. Neste capítulo o autor busca mapear como e porquê estes arranjos são formados, como ocorrem as transferências de apoio, para a população estudada.

Seguem alguns dados encontrados na pesquisa:

A co-residência é algo determinado por fatores que trazem **custo** (menor privacidade, perda de status para o idoso (a), e sobrecarga de cuidado para a família), e **benefícios** (companhia, apoio emocional, ajuda financeira). Relaciona-se também às preferências (valores e normas culturais) e limitações (o tamanho e a composição da rede familiar do idoso (a), além da viabilidade física e financeira).

Para a transferência de apoio e a formação do arranjo domiciliar, é levado em conta o estado conjugal de pais e filhos, o número de filhos que o idoso (a) tem e a presença ou não de mulheres no fluxo de apoio.

Quanto maior a sua prole, maior a chance de morar com filhos, mas não de receber ajuda nas ABVD's ou AIVD's, ou transferência monetária, exceto na co-residência. A co-residência também leva a pessoa idosa a morar em residências mais bem equipadas. O estar casado parece atuar como fator de proteção, a capacidade funcional parece ser mantida por mais tempo.

Quanto ao apoio financeiro, as mulheres prestam menos ajuda financeira, porém a recebe com maior frequência; ambas as situações aumentam entre idosos (as) casados. A ajuda financeira prestada pelos idosos (as) não parece ser um fator que condicione a ajuda dos filhos para as AVD's.

Desta forma, se a co-residência é percebida como um fator positivo para o bem-estar da pessoa idosa, é urgente a efetivação de políticas específicas que dêem suporte às famílias com idosos (as), em especial as menos favorecidas.

As políticas que dão suporte legal às ações de proteção à pessoa idosa, para sua total efetivação, dependem de uma mudança conjuntural na estrutura social e econômica do país. Cabe compreender esta conjuntura na qual os brasileiros estão envelhecendo, para compreender porque as famílias estão sendo chamadas pelo Estado para esta parceria no suporte social às pessoas idosas e a razão pela qual tantas organizações da sociedade civil buscam amenizar as questões da desigualdade. É um debate necessário para compreender o contexto a ser observado no campo da pesquisa, pois, se o envelhecimento traz desafios para a família, à sociedade e ao Estado, envelhecer em um contexto de iniquidades é ainda mais complexo.

A legitimidade em remeter os encargos para a família <sup>d</sup>, para as redes de integração primária ou para o Estado está atrelada à caracterização da população entre *os que não devem trabalhar*, como as crianças, por exemplo, (base da ideologia do Programa Bolsa-Família em nosso país); *os que não podem trabalhar* (como os idosos mais idosos) e *os que poderiam trabalhar, mas não o fazem por razões diversas*. A

proteção assegurada pelos familiares ou pelos mais próximos funciona segundo processos variados e tem limitações importantes. Ainda assim o apoio informal é cada vez mais reconhecido pelas políticas públicas, sendo a família o lugar de proteção, um escudo contra as adversidades contemporâneas e potencial recurso de regulação dos problemas sociais <sup>33</sup>.

Temos no Brasil dois grupos de ações para enfrentar a indigência ou evitar situações de pobreza: os programas de transferência de renda (p.e. Bolsa Família) e os programas de aporte de recursos a grupos populacionais reconhecidamente incapazes/dispensados de arcar com a sua sobrevivência através de rendimentos do trabalho, como o Benefício da Prestação Continuada (BPC) e a Previdência Social. Entre os benefícios previdenciários do país predominam os benefícios de aposentadoria e pensões por morte, que somam 94% do total <sup>34</sup>.

Se pensarmos em termos de renda, há uma cobertura praticamente universal na proporção de idosos beneficiários, expandida para trabalhadores da área rural em 1991, através de um programa de benefícios não-contributivos, com um benefício de um salário mínimo. Pois para além dos contribuintes, há um contingente populacional carente e sem capacidade contributiva, os que não conseguiram e nem conseguirão um histórico de contribuições, e que também necessita de proteção social. No Brasil, esses programas outorgam benefícios de pequeno valor e sujeitos à comprovação de carência de renda, beneficiando cerca de 45% de idosos e portadores de deficiência <sup>34</sup>.

O modelo do “*welfare state*” dos países centrais descartava a necessidade de redes de solidariedade microterritoriais, já que o pleno-emprego e as políticas sociais universalistas faziam com que o indivíduo cidadão trilhasse a sua vida dependente do Estado e independente, por exemplo, das sociabilidades sócio-familiares. Agora as redes voltam a ser incluídas no fazer social do Estado, pela crescente demanda de proteção social por uma maioria da população e não apenas pelos “excluídos” históricos. Há o sentimento de que a qualquer momento irão perder a segurança que vinha do mercado e do Estado. É um dos fatores de mudança nas relações de proteção, onde, no atual contexto da globalização, com uma sociedade complexa e multifacetada, os cidadãos estão fortemente interconectados e ao mesmo tempo extremamente vulnerabilizados, especialmente quanto aos vínculos de inclusão e pertencimento <sup>35</sup>.

O estudo de Martin <sup>33</sup> já questionava (para a realidade da França) os limites do Estado na proteção à família. Observou que a crise financeira do regime de proteção social estava remetendo para as famílias ou para as redes de integração primária um certo número de serviços e de encargos que anteriormente eram, em parte, cobertos por

despesas públicas. Tal situação está ligada a condições demográficas (como o envelhecimento) e econômicas (como o desemprego estrutural). Caracteriza-se pelo aparecimento do modelo denominado “*welfare-mix*”, que preconiza uma combinação dos recursos e dos meios mobilizáveis junto ao Estado, parentes, ou ainda às associações beneficentes e não lucrativas e à iniciativa privada. Com o recuo da intervenção pública ressurgiu na França o tema das solidariedades familiares e intergeracionais. “*Ao risco de dependência das solidariedades públicas, os governantes preferem que se desenvolva uma dependência em relação às redes de solidariedade familiar*” (p.71).

Nas famílias pobres, “*a baixa qualificação da mão-de-obra, o analfabetismo, a suscetibilidade e a prevalência de doenças e outros acometimentos ligados à sobrevivência, somados à inconstância no trabalho*”<sup>36</sup>, criam um cotidiano opressivo, onde se identifica a incapacidade de atender e proteger seus membros, por carências materiais e financeiras, conflitos relacionais daí advindos, e as violências social e urbana a que estão mais expostos. Ainda assim, estas famílias resistem aos processos de institucionalização, buscando garantir-se como espaço de proteção, através de “*iniciativas de resistência, desejos de reconstituição ou de manutenção de vínculos e envolvimento afetivos*”<sup>33</sup> (p.134).

Para os membros mais frágeis do núcleo familiar, a família, mesmo com todas as mudanças nela operacionalizadas, ainda é um forte agente de proteção social. Mas este potencial não pode ser exaurido, sem que lhe ofereça apoio; a família protetora merece e necessita de proteção. Tomando como exemplo a Política de Internação Domiciliar já citada, a família e seu cuidador eleito para receber a capacitação, será o sujeito de efetivação da saúde dos seus membros, mas não basta alçá-la a condição de parceira, é preciso que a saúde se produza também para a própria família.

## II.2) Promoção da Saúde e Envelhecimento

A Promoção da Saúde defendida nesta dissertação é definida, a partir de Ottawa, como “o processo de capacitação do indivíduo em melhorar e controlar sua saúde”. Entende-se que “se o conceito de saúde transcende a idéia de formas sadias de vida, a Promoção da Saúde transcende o setor saúde”. Enquanto estratégia, a Promoção da Saúde deve identificar os aspectos determinantes do processo saúde-doença e possibilitar uma ampla intervenção sobre os mesmos<sup>37</sup>.

Em Adelaide (Austrália, 1988), ressaltou-se a importância da elaboração de políticas públicas saudáveis, da intersetorialidade e da responsabilização do setor público na elaboração destas políticas. Em Sundsvall (Suécia, 1991), a interdependência entre saúde e ambiente (não somente físico, mas principalmente econômico, social e político) foi o eixo temático que levou ao encontro regional na América Latina, em Bogotá, Colômbia, 1992. A relação mútua entre desenvolvimento e saúde e a necessidade de se transformar relações excludentes para que a solidariedade e a equidade social possam ser realidade, implica em combater enfermidades causadas pelo atraso e pela pobreza, e que a Promoção da Saúde enquanto estratégia precisa reconhecer as iniquidades e seus fatores predisponentes para atuar como agente transformador.

Em Jacarta (Indonésia, 1997), houve ênfase no reforço da ação comunitária, das parcerias para a saúde, e no empoderamento dos indivíduos. No México (2000), propõe-se a elaboração de uma Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) como uma estratégia fundamental para o desenvolvimento de cada país e para a implementação de políticas públicas saudáveis. Em Bangkok, a sociedade civil é citada como elemento indispensável para a definição, continuidade e avaliação das prioridades em saúde, na construção de comunidades mais bem empoderadas e organizadas. Reforça-se a importância de articular vários atores para atingir os determinantes de saúde através da promoção da saúde, identificando-se os ganhos e desafios advindos com a globalização.

As Cartas trazem uma reflexão sobre o desafio dos determinantes de saúde para a efetivação da Promoção da Saúde, e apontam o empoderamento dos sujeitos e comunidades como uma das estratégias de enfrentamento das iniquidades.

A criação da Comissão Mundial sobre os Determinantes Sociais de Saúde, já citada, vem a ser um desdobramento de todas estas propostas e das atividades que se seguiram à Conferência de Alma-Ata nos anos 70, inspiradas no lema “Saúde para todos no ano 2000”<sup>38</sup>.

Para a CNDSS, os determinantes são “*os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais*” (p.78) que têm influência sobre os problemas de saúde da população e seus fatores de risco. Outra definição, mais sintética, entende os determinantes como “*as características sociais dentro das quais a vida transcorre*”. É uma definição simpática ao nosso tema, já que o envelhecimento faz parte de um longo processo, marcado por características específicas, algumas das quais pontuaremos como parte dos fatores de desigualdade social que são transmitidos de geração a geração.

Os autores identificam três gerações de estudos sobre as iniquidades em saúde: a primeira relacionou pobreza e saúde; a segunda descreveu gradientes em saúde com base na estratificação socioeconômica.

A atual geração tenta compreender como esta estratificação econômica e social produz as iniquidades e interfere no processo saúde-doença, uma vez que não é uma relação simples e direta, de causa e efeito. Alguns aspectos são considerados nestas abordagens: *físico-materiais* (diferenças de renda, escassez de recursos, ausência de infra-estrutura comunitária); e *psicossociais* (a percepção e a experiência de viver em uma sociedade desigual).

Um enfoque que merece destaque por afinar-se com o tema deste trabalho, é o que busca analisar como se relacionam “*saúde das populações, desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos*” (p.82), que seja, o capital social, as relações de solidariedade, a confiança entre as pessoas. Quanto mais frágeis os laços de coesão social (que se fragilizam especialmente em situações de grandes desigualdades de renda), menores serão os investimentos em capital humano nas redes de apoio, consideradas fundamentais para a promoção da saúde, individual e coletiva. As sociedades que possuem melhores níveis de saúde são as consideradas mais igualitárias e de grande coesão social.

O esquema de Dahlgren e Whitehead utilizado pelos autores dispõe os determinantes sociais de saúde em camadas, sendo uma mais próxima dos indivíduos, no primeiro nível, compondo os *determinantes individuais*, e outra mais distal, no quarto nível, os *macrodeterminantes*. (Anexo 1 – Figura 1). O primeiro nível é diretamente influenciado pelos demais, uma vez que os comportamentos de risco têm sempre correspondência com as normas culturais onde o indivíduo se insere. O segundo nível corresponde às “*políticas que busquem estabelecer redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades, especialmente dos grupos*”



*vulneráveis*”, (p.86) que devem ter condições de agir coletivamente para seu bem-estar, participando ativamente das decisões pertinentes à sua vida social. No terceiro nível estão as políticas setoriais que garantem as condições materiais e psicossociais de vida e trabalho.

Compreende-se também a importância dos estudos *conciliarem*, e não apenas *somarem*, os determinantes de saúde de indivíduos com os de grupos sociais.

Voltando ao enfoque da desigualdade como um conceito comparativo da distância que separa as classes sociais em termos das condições de vida disponíveis, esta pode ser definida como a “*diferença, diversidade, condição, estado, qualidade daquele ou daquilo que é desigual*”<sup>39</sup>. Sob este ângulo, algumas diferenças sempre existirão: de gênero, de raça/etnia, de idade. O princípio da igualdade entre sujeitos diferentes é a base do conceito de cidadania, como aponta a nossa Constituição Federal: “*Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza*”.

Ao escrever sobre os dilemas da *equidade*, Escorel<sup>40</sup> salienta que a *igualização* dos indivíduos no espaço público da igualdade de direitos, não comporta nenhuma diferença ou distinção. Afirma que “*o princípio da igualdade que orienta a cidadania desdobra-se no princípio da universalidade das regras de distribuição*”, e que a homogeneização dilui as diferenças, acabando por prejudicar grupos menos favorecidos. A autora assinala a condição de saúde como uma dimensão essencial da equidade. Porém lembra que, se as diferenças biológicas determinam formas diferentes de adoecer e sofrer, a maioria das diferenças nas “*condições de saúde são socialmente determinadas, e não decorrem de variações naturais ou de livres escolhas pessoais por estilos de vidas mais ou menos saudáveis*” (p.10). A possibilidade de escolha não é uma prerrogativa da igualdade, sendo evidente o peso das condições de vida no processo saúde-doença e nos fatores de morbidade e mortalidade.

Já a iniquidade – ou falta de equidade - é apontada como a “*desigualdade injusta*”, aquela que é sistemática, redutível, evitável ou desnecessária. É quando nas sociedades, independente de seu desenvolvimento, a desigualdade torna-se um diferencial relativo “*entre indivíduos situados em distintas posições na organização social*”, ferindo os valores de justiça em virtude de uma condição heterogênea de vida. O princípio da equidade reconhece as diferenças entre os indivíduos e a necessidade de elaboração de políticas específicas para cada um deles, como a Política Nacional do Idoso.

Para Ribeiro<sup>41</sup>, renda não pode ser usada como sinônimo de classe social. Ele considera também as posições ocupacionais dos indivíduos nas unidades produtivas e no mercado de trabalho, e sua correlação com a posição de classe, renda e educação,

bem como o nível de bem estar social. Em sociedades mais justas, haverá pouca desigualdade de oportunidades e maior possibilidade de mobilidade social. *“Tais oportunidades são extremamente mal distribuídas no Brasil”*, embora haja extremo dinamismo na sociedade brasileira, *“já que a maioria das pessoas experimentou mobilidade social em relação a sua origem”*, havendo três vezes mais mobilidade ascendente do que descendente. A estrutura de classes, entretanto, permanece quase inalterada e *“as bases da estrutura de classes urbanas continuam semelhantes não só ao longo dos anos como também através das gerações”*. (p.416)

Em pesquisa do IBGE, de 1999, *“1% das pessoas com os rendimentos mais elevados se apropriava de 13% do rendimento total naquele ano, proporção quase idêntica àquela apropriada pelos 50% de indivíduos na base da distribuição”*<sup>42</sup> (p. 32). No Brasil, o coeficiente de Gini, utilizado como medida de desigualdade, é um dos mais elevados do mundo: em torno de 0,593 (segundo estimativa da PNAD de 2005), e mesmo com melhorias no rendimento dos que estão na base, a desigualdade é tão elevada que não altera o índice. A melhoria distributiva no Brasil assume um papel estratégico, não somente por uma questão de justiça social e pelos níveis de conflito que as desigualdades provocam, mas também para que as oportunidades de crescimento econômico estejam menos concentradas em estratos específicos da população.

Os epidemiologistas destacam as desvantagens que os pobres enfrentam no processo de adoecimento e morte: são mais expostos a doenças e agravos, têm menor acesso a ações preventivas, menor resistência ao adoecer, menor acesso a tratamentos e pior qualidade de serviços em saúde. A exclusão reflete-se especialmente nos indicadores de saúde, já que a cobertura das intervenções preventivas pode variar de 50% no quintil mais pobre da população a 90% para os mais ricos<sup>43</sup>.

Estas desigualdades não prejudicam apenas a saúde dos grupos mais pobres, mas a sociedade em seu conjunto. A avaliação da situação entre países mostra que, *“grupos de renda média num país com alto grau de iniquidade de renda têm situação de saúde pior que a de grupos com renda inferior, mas que vivem numa sociedade mais eqüitativa”*. Desta forma, minimizar as iniquidades implica em estratégias que permitam melhor distribuição de renda e favoreçam a construção de redes de apoio e empoderamento da sociedade<sup>43</sup> (p.26).

Raça e classe social são fatores que interagem negativamente para a desigualdade social no Brasil. A maioria dos domicílios pobres do Brasil tem chefes não-brancos, entre negros e pardos. Na relação entre a cor do chefe de família, anos de estudo e Renda Familiar Per Capita (RFPC), quanto ao nível de instrução, são 2 anos a mais para

os brancos, se comparados a negros e pardos; a RFPC é duas vezes superior nas famílias chefiadas por brancos; o tamanho da família é maior naquelas chefiadas por negros e pardos, com maior número de dependentes (menores de 15 anos). O arranjo familiar extenso – mãe com filhos e parentes encontra sua maior proporção entre os negros<sup>40</sup>.

É pertinente lembrar que o campo desta pesquisa foi um bairro pobre da cidade do Rio de Janeiro, sendo possível uma relação estreita entre os achados da pesquisa de Ribeiro e nossos sujeitos da pesquisa, os idosos e seus familiares, no que diz respeito à raça, escolaridade, nível socioeconômico e arranjo familiar.

Rocha<sup>42</sup> enfatiza a necessidade de conceituar a pobreza para então poder mensurá-la. Quando se tem em mente a pobreza em uma abordagem internacional, o que se observa é a *“persistência de amplos contingentes populacionais cronicamente privados do atendimento às necessidades mais essenciais”*; no plano individual, *“ser pobre significa não dispor dos meios para operar adequadamente no grupo social em que se vive”*, considerando como *meios*, os recursos materiais e emocionais pertinentes à determinada época para os membros daquela sociedade (p.10).

Em países de renda média, como o Brasil, a pobreza é mensurada por estatísticas de rendimento, que podem ser combinadas a indicadores sociais, relevantes para cada situação específica. *“O valor atingido pela renda per capita mostra que o montante de recursos disponíveis seria suficiente para garantir o mínimo essencial a todos, de modo que a persistência de pobreza absoluta se deve à má distribuição de renda”* (p.31).

Se a pobreza tem um caráter multidimensional e reconhecidamente há uma inter-relação entre diversas carências, na prática a implementação de políticas deve privilegiar seus diferentes aspectos, já que o bem-estar social não será conquistado com ações pontuais e desarticuladas entre si.

Hasenbalg e outros pesquisadores concordam que os indicadores sociais melhoraram nos anos 90, na esfera educacional e nas dimensões de bem estar e condições de vida, como educação elementar, saneamento básico, acesso à iluminação elétrica e a posse de bens de consumo duráveis, por investimentos públicos que beneficiaram a população urbana crescente, em especial para as classes menos privilegiadas. A redução do número de filhos e do tamanho médio da família tornou menor a razão de dependência, permitindo melhor adaptação às conjunturas econômicas adversas. Entretanto, as mudanças no acesso à educação de terceiro grau e na desigualdade de renda entre classes sociais não ocorreram<sup>42,44</sup>.

Propõem que os estudos possam então compreender os mecanismos através dos quais ocorre uma *“transmissão intergeracional da desigualdade social”*<sup>45</sup>(p.23),

identificando que “há uma articulação causal entre as diversas dimensões das desigualdades observáveis no decurso das etapas do ciclo de vida individual” (p.37).

Recursos e oportunidades que são identificadas em cada fase do ciclo de vida são determinados por etapas anteriores e por fatores exógenos com (limitada) possibilidade de modificação; políticas públicas são um exemplo de determinação exógena, alterando oportunidades para etapas subseqüentes <sup>46</sup>.

Assim como a proposta da CNDSS, compreendem que avaliar grupos populacionais definidos por categorias como gênero, raça/cor, classes/estratos ocupacionais parece ser mais significativa que a avaliação da desigualdade de rendimentos entre indivíduos. A pesquisa constata, para estes grupos, que as desigualdades de renda permanecem institucionalizadas e cristalizadas no Brasil: em 1999 “os rendimentos de um profissional liberal (...), eram quase quinze vezes o valor do salário pago a uma empregada doméstica” (...) os rendimentos de uma mulher eram, em média 70% do que ganhavam os homens; pretos e pardos continuam a ganhar menos da metade do que os brancos ganham. <sup>46</sup>

Diante dos dados, os autores se questionam como ocorre a acumulação de capital em diferentes contextos e como estes se articulam de forma a potencializar a capacidade de superação das iniquidades para estes grupos populacionais.

A pesquisa de Hasenbalg <sup>47</sup> observou, com dados dos anos 80/90, a relação entre capital social, capital cultural, e capital econômico das famílias. Segue uma breve explanação do tipo de abordagem de cada um dos conceitos feita pelos autores:

- *Capital social*

A estrutura familiar, a relação entre as pessoas, os recursos que vão permitir/facilitar resultados sociais, afetando em especial, o processo de socialização das crianças e adolescentes. Poucos estão coabitando com a tradicional família nuclear – casal com filhos, predomina o arranjo monoparental de mães sem cônjuges com filhos. Tal fato se traduz na dificuldade da mãe conciliar o trabalho remunerado com as tarefas domésticas e o cuidado com os dependentes – menores de 15 anos e idosos; a razão de dependência torna-se também elevada na ausência do cônjuge – sobrecarga de inativos para cada pessoa ativa na unidade familiar.

- *Capital Cultural*

Considerando a abordagem de Bourdieu sobre capital cultural, avaliam que a escolaridade do chefe da família e da mãe impacta no acúmulo deste capital e no processo de socialização de crianças e adolescentes. Percebe-se que, apesar do desenvolvimento no período (1981-1999), os baixos patamares de anos de estudo – em

torno de quatro anos – reflete o déficit educacional brasileiro e a “*baixa prioridade da educação básica no modelo de desenvolvimento do país nas décadas do pós-guerra*” (p.68).

A população adulta, especialmente as coortes mais jovens e grupos que já estavam em situação de relativa vantagem (particularmente os que já haviam completado a antiga quarta série), foi beneficiada pela expansão educacional das últimas décadas, uma vez que esta se concentrou nos níveis intermediários de ensino; nos estratos de menor renda, muitos chefes de família continuam sendo analfabetos funcionais, e as pessoas de idade mais avançada não se beneficiaram desta expansão nas décadas recentes.

- *Capital Econômico*

No decorrer das duas décadas analisadas, observa-se que o comportamento dos indicadores econômicos mostra as mesmas tendências, sendo relativamente uniforme. O que chama a atenção dos autores é a estabilidade em que permanece a desigualdade de renda em nossa sociedade ao longo dos anos, como mostra, por exemplo, o índice de Gini.

Fazendo um paralelo entre os diferentes capitais, percebe-se que a relação entre a RFPC e a média de anos de estudo dos chefes de família mostra uma desigualdade que pode chegar a quase seis anos de diferença, entre o nível de instrução dos chefes do quintil mais elevado e do quintil inferior. A instrução média destes não alcançou os quatro anos do antigo primário. Mesmo com a expansão educacional duplicando a média de anos de estudo do quintil inferior entre 1981 e 1999, estes ainda se encontravam na situação de analfabetismo funcional, com cerca de três anos de estudo, empregos de vínculos precários e mais expostos ao risco de desemprego <sup>48</sup>.

Ao avaliar o Relatório da CEPAL de 2000-2001, o autor constata que os indicadores mostraram que “*o Brasil é o país mais desigual dentro da região mais desigual do mundo*” (p.432), com base nos Índices de Gini para a RFPC dos quinze países latino-americanos na década de 90. O índice, que se manteve estável entre 1981-1999, situa o país entre os de médio desenvolvimento; entretanto o autor acredita que o índice subestima ou é insensível à intensidade das mudanças que realmente ocorreram quanto às desigualdades de renda. Propõe, desta forma, o uso do índice de Theil para demonstrar a dinâmica das mudanças na desigualdade entre ricos e pobres.

Desta forma, apresentamos o tema das desigualdades sociais por entender que a urgência de ações que promovam a saúde de determinados grupos populacionais deverá ter início fora do setor saúde, levando em conta, como sugerido por Buss na Introdução

deste trabalho, todas as diferenças que são as “*causas das causas*” nas condições de saúde de determinada população.

### *II.2.1) Para o Envelhecimento...*

O Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento é a tradução nacional do Plano Internacional de Madrid, organizado na II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, em 2002, naquela cidade. Dentre as três orientações prioritárias, a número II é a *Promoção da Saúde e Bem-Estar na Velhice*, aqui entendida como uma estratégia de compreensão dos fatores determinantes da saúde da pessoa idosa, de orientação política. O texto ressalta que as parcerias, especialmente com as ONG's e as famílias, podem proporcionar ao indivíduo a manutenção da vida saudável e é uma cooperação com os governos para a criação de ambientes saudáveis <sup>48</sup>.

Em uma primeira análise deste documento, cabe observar que, ao traduzirmos um documento com diretrizes elaboradas em países do primeiro mundo, algumas das questões relacionadas ao ambiente (em todas as suas dimensões), já foram resolvidas. Desta forma, uma promoção da saúde fundamentada no estilo de vida, para a nossa realidade, pode levar à “*culpabilização da vítima*”, se a responsabilidade com a saúde estiver fortemente atrelada ao comportamento de risco.

De acordo com a visão mais recente, para se alcançar um melhor nível de saúde não basta apenas estimular e/ou induzir os indivíduos a adotarem condutas saudáveis, sem considerar o contexto social, político, econômico e cultural no qual estão inseridos. O meio gera ou favorece o adoecimento, assim como facilita ou dificulta a prevenção, o controle e/ou cura das doenças <sup>49</sup>.

No ideal contido nas Cartas no sentido de empoderar e fortalecer indivíduos e grupos sociais, a informação isolada não é suficiente, é preciso oferecer instrumentos para esta emancipação. Educar para a saúde implica em refletir e promover um debate crítico sobre o que é saúde, e ao despolarizar o processo ensino-aprendizagem, ambos aprendem e ensinam, trocam experiências de vida e se fortalecem.

Como a reorientação dos serviços de saúde está inserida no campo de ação da promoção da saúde, o texto do Plano Internacional enfatiza não apenas que o acesso universal e equitativo aos serviços de assistência a saúde deve ser garantido aos idosos (as), mas também que todo investimento deva ter como meta o prolongamento dos anos de vida *com qualidade e boa saúde*. Desde o Informe Lalonde (1974), a meta tem sido “*adicionar não só anos à vida, mas vida aos anos*” <sup>50</sup> (p.142). A equidade no acesso estará condicionada a eliminação das desigualdades sociais e econômicas por razões de

idade, sexo, área geográfica de moradia, barreiras lingüísticas. Os serviços de assistência à saúde também devem se preparar para atender às necessidades dos idosos (as) e promover a sua inclusão neste processo, inclusive apoiando programas locais de prestação de serviços de saúde e de apoio, e capacitando os profissionais em gerontologia e geriatria.

São, sem dúvida, medidas de amplo escopo e ao implementá-las, teremos alterado a atenção à pessoa idosa de forma estrutural. Mas, neste trabalho, convém compreender as ações de promoção da saúde que precisam fazer parte do “lidar com o idoso (a)” no processo de trabalho, na articulação das práticas, no conjunto das ações.

Pelo fato de haver uma estreita sintonia entre enfermidade e envelhecimento, pela predisposição do organismo a alterações degenerativas nesta fase da vida, é comum, para aquele que lida com a pessoa idosa, desvalorizá-lo. Não somente podemos prevenir a evolução de doenças nesta idade, mas especialmente, compartilhar os conhecimentos que estes indivíduos têm sobre saúde e aprender com eles sobre o envelhecimento. Neste contexto, a família, de fato, assume um papel crítico na abordagem e conquistas de melhorias na qualidade de vida deste idoso (a), junto a uma equipe, necessariamente, interdisciplinar.

Como apontado na Lei Orgânica da Saúde no Brasil nº 8.080 (1990), a saúde da população é resultante do acesso ao conjunto de direitos sociais, tais como a paz, a segurança, a educação, o trabalho, a justiça, a moradia, a alimentação, o transporte e o lazer. É, portanto, multideterminada e depende de ações intersetoriais e integradas <sup>51</sup>.

A *reorientação dos serviços* é uma estratégia da promoção da saúde necessária para que a lógica de articulação e integração das políticas possa na prática se efetivar. Em nosso contexto não é ainda comum o reconhecimento e a valorização da educação nas práticas de saúde. Muitos profissionais desconhecem que educam mesmo quando não têm este propósito, enquanto outros reproduzem uma ação educativa vertical e despersonalizada, baseada numa compreensão restrita de saúde como ausência de doença e de educação como mera transmissão de informações <sup>52</sup>.

Por vezes, é o próprio idoso (a) que interioriza a concepção de “menos-valia social”, levando-o a uma postura de menor investimento na sua saúde <sup>52</sup>. Envelhecer em um contexto de iniquidade significa, muitas das vezes, sobreviver com carências nutricionais, sanitárias, educacionais e habitacionais, constituindo um grupo com vulnerabilidades. A pesquisa de Lima-Costa *et al* <sup>52</sup> mostra que as pessoas idosas mais pobres têm pior qualidade de vida relacionada à saúde, e sua percepção de saúde é pior, fator considerado um importante preditor da menor sobrevivência entre os mesmos.

No texto sobre a estratégia global de atenção ao processo de envelhecimento da OMS, Kalache; Kickbusch <sup>53</sup> falam da necessidade de se compreender o envelhecimento como parte da vida como um todo, e não apenas como um fenômeno que ocorre em um grupo etário isoladamente. Entendem que em qualquer momento do ciclo vital há a oportunidade de avanço no estado de saúde, observando-se, além das características individuais, as influências culturais, uma vez que o cenário onde o indivíduo envelhece tem um importante papel na sua saúde e bem-estar. Atentam para o fato de que é na comunidade que a maioria dos indivíduos envelhece, e é nesta dimensão que surgem e são resolvidos os problemas, muitas vezes *fora do setor saúde, mas com implicações para a saúde*.

### II.3) Os Sentidos do Cuidado

Parafraseamos Mattos <sup>54</sup>, a partir de sua investigação sobre os vários sentidos da Integralidade, para pensarmos, junto com ele e outros autores, o que estamos chamando de “*cuidado*”, e buscar compreender no campo, o que os sujeitos/atores da pesquisa, estão considerando como tal.

Vivemos na sociedade do conhecimento e da comunicação, na possibilidade de nos conectarmos com milhões de pessoas sem encontrarmos ninguém. Desta forma, boa parte de nossa relação com a realidade concreta é mediada pelas imagens virtuais, e caracterizada pela falta do toque, do tato e do contato humano.

Mitos antigos e pensadores contemporâneos apregoam que a essência humana se encontra basicamente no **cuidado**. Este seria o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. No cuidado, encontraríamos o “*ethos fundamental do humano*”, e identificaríamos “*os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem viver e das ações um reto agir*” <sup>55</sup>.

O autor ressalta a crise civilizacional que vivemos já há algumas décadas, que aparece sob o fenômeno do descuido, do descaso e do abandono – da falta de cuidado. Surge então a busca de respostas, a necessidade de um novo paradigma para que as práticas voltem a ser significativas, com atores que empreendam um caminho coletivo e busquem um salto de qualidade “*na direção de formas mais cooperativas de convivência*” (p.26).

Mais do que um momento de atenção e zelo representa uma atitude de responsabilização e envolvimento com o outro e, para além disso, um modo-de-ser



essencial que deve estar presente em tudo, como base possibilitadora da existência/essência humana.

Por isso, afirma o autor citando Heidegger (1989, apud Boff <sup>56</sup>), “*o cuidado possui uma dimensão ontológica que entra na constituição do ser humano*” logo, “*não se trata de pensar e falar sobre o cuidado*”, “*mas de pensar e falar a partir do cuidado, como é vivido e se estrutura em nós mesmos*” (p.89).

O autor identifica trabalho e cuidado como duas formas do ser humano se estruturar e se realizar no mundo com os outros. O desafio atual tem sido combinar trabalho e cuidado, que “*juntos constituem a integralidade da experiência humana*”, logo não se opõem, mas se compõem, “*limitam-se mutuamente e ao mesmo tempo se complementam*”. No entanto, quando o trabalho passa a ser relacionado ao capital, à produção, quando é despersonalizado e submetido à lógica da máquina, impera o modo-de-ser da dominação, da submissão, a racionalidade e o utilitarismo, que já não comporta o cuidado, visto como empecilho à objetividade e à eficácia. Esta forma de ser tem se tornado destrutiva para o planeta, seus recursos, para as relações entre os povos, na interação capital e trabalho e para a espiritualidade.

Dar novamente centralidade ao cuidado estaria em retomar a subjetividade humana, colocar o interesse coletivo acima dos individuais e obedecer mais à lógica da cordialidade e da gentileza do que a lógica da conquista e do uso utilitário das coisas.

Na concretização do cuidado em suas diferentes instâncias, está o cuidado com o outro, pessoas concretas com quem estabelecemos as relações mais primárias e decidimos pelo acolhimento ou rejeição, pela dominação ou cooperação. Pensar no cuidado ao idoso em uma instituição aberta, mas ainda assim configurado como um cuidado institucionalizado, vale uma reflexão. Um serviço, em especial quando o contexto é de vulnerabilidade, ao fazer uma oferta de atenção em saúde, com todo o seu conjunto de saberes e práticas, não está ocupando “*espaços de sentido e de atividades que em princípio outras áreas do viver social deveriam ou poderiam assumir*”, fazendo uso de tais práticas como estratégias de resignificação da vida dos sujeitos?<sup>56</sup> (p.18)

Se assim for, pelos vários atores envolvidos, os desafios que se colocam para a efetivação destas práticas, nos remetem à integralidade da atenção à saúde. Mattos <sup>55</sup> reflete sobre os diferentes sentidos atribuídos a esta forma de se elaborar e efetivar as práticas de cuidado em saúde.

Se tomada como uma “*imagem objetivo*”, a integralidade indica as direções necessárias para a transformação da realidade; pode ser tomada como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, enquanto “*atendimento integral*”, mas tem também a

conotação de princípio, enquanto um valor a nortear suas propostas, e um meio de concretizá-las. Reforça a idéia de que em todas as dimensões a busca pelo *não-reducionismo* deve ser sistemática. A complexidade do processo do cuidado à pessoa idosa com algum grau de dependência implica nesta mudança de paradigma. Pode-se então viabilizá-la através de três dimensões, assim sistematizadas <sup>55</sup>:

Na dimensão das políticas especiais, seria aplicada através da horizontalização dos programas, ao acesso a diversos níveis de atenção e na ampliação do horizonte de intervenção sobre os problemas, de forma inter e intra-setorial <sup>55</sup>. Esta construção política estaria desenhada de forma a dar respostas a um (aos) problema (s) de saúde de determinado grupo populacional, sem separar as ações de saúde pública das assistenciais, integrando ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação.

O uso da expressão “níveis de atenção” em lugar de “níveis de complexidade” justifica-se, pois se o uso e o valor atribuído a cada *tecnologia* variam para o mesmo indivíduo de acordo com o momento e a necessidade, a complexidade do cuidado não deve ser hierarquizada em função do que se tem considerado como “*mais complexo*” (tomados como ações e serviços de alto custo). Aqui estamos levando em conta a organização tecnológica de Merhy <sup>57</sup> para os processos de trabalho, e não a idéia comum de “*máquinas modernas*”.

A dimensão da boa prática profissional, com uma crítica à atitude fragmentária dos profissionais de saúde e com a incorporação das ações de promoção e prevenção na atenção à saúde, articulando ações curativas e reabilitadoras <sup>55</sup>.

A prudência na prática profissional está em decidir o que é melhor a partir dos valores que se defende, e não tão somente a partir do conhecimento científico, afinal a fundamentação científica não é, necessariamente a melhor base para instituir-se um modo de cuidado que traga uma vida decente ao sujeito que o procura, como ressalta o autor <sup>58</sup>. Abrir-se para o diálogo com este indivíduo é recusar-se a objetivá-lo e superar o reducionismo das ações. Este profissional seria, então, capaz de, colocando-se por um instante no lugar do outro, compreender como está seu “*modo de andar a vida*”, o que este outro traz como necessidade e o que lhe gera ou pode vir a gerar sofrimento, de forma a ofertar-lhe um cuidado efetivo e individualizado <sup>59</sup>.

Merhy <sup>58</sup> faz uma classificação para a tecnologia em saúde. A Tecnologia Dura é composta por um instrumental complexo, como os equipamentos para tratamentos e exames. A Tecnologia Leve-dura refere-se aos saberes dos profissionais que compõem a equipe, e que organizam a sua atuação no processo de trabalho.

A Tecnologia Leve produz-se no encontro entre o trabalhador em saúde e o usuário/paciente, havendo cumplicidades e vínculo para que ambos aceitem a responsabilidade para o enfrentamento da necessidade em saúde que se apresenta. Ainda que as duas primeiras possam prevalecer em determinados momentos, a presença do profissional cuidador para operar estes atos em saúde será sempre imprescindível. E esta tecnologia “*nunca é escassa, ela sempre é em processo, em produção*”<sup>58</sup> (p.17).

Na dimensão da organização dos serviços, a integralidade é tomada como um ideal de eficiência, através da ampliação das possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional, articulando a atenção à demanda espontânea com a oferta programada de atenção à saúde. As discussões quanto a esta organização devem ser pautadas pela possibilidade de integração e participação do sujeito-usuário, de forma que este serviço, assim organizado, seja o que mais contemplará suas necessidades.

Esta organização tem, entre outros desafios, a *vinculação territorial*<sup>60</sup>, considerada elemento complexo para uma organização eficaz, uma vez que o lugar onde as pessoas moram (princípio da *população adscrita*) não se traduz necessariamente como o lugar onde as pessoas vivem o seu cotidiano (o autor cita como exemplo as cidades-dormitórios). No entanto, organizar a atenção pelo vínculo de uma equipe com uma população da qual se conhecem as dimensões coletivas e as trajetórias individuais é também um bom argumento. Caberia então ao serviço refletir sobre esta organização com o usuário de forma a encontrar um ajuste neste fluxo de necessidade de acesso, sintonizando-o com esta dinâmica para que o cuidado de fato possa acontecer.

A busca de parcerias governamentais e não-governamentais para atender as necessidades em saúde do idoso, como apontam as políticas de atenção à pessoa idosa, pode ser entendida pela vinculação territorial, especialmente se a família fará parte do processo, e não apenas o usuário individualmente. Para estes, a implantação dos serviços de saúde – em um conceito ampliado – deverá estar, de fato, ao seu alcance.

Outro desafio apontado é a *porta de entrada*<sup>60</sup> ao sistema, que *latu sensu* refere-se à atenção básica. O serviço por onde o usuário irá receber os primeiros “cuidados” em saúde, sejam quais forem estes, e passa a ser “incluído” no sistema. Concordamos com o autor que, na ótica da integralidade, a porta de entrada seja o momento do encontro entre equipe de saúde e usuário, que vai desencadear um “projeto terapêutico individualizado” (p.381). E esta equipe poderá fazer parte do sistema ou referenciar uma “porta” para o usuário, dando continuidade ao processo de trabalho, como acontece nas parcerias institucionais, de forma a identificar o momento propício de oferta deste cuidado.

“*Todo artista tem que ir aonde o povo está*”, diz a canção, e Ayres<sup>60</sup> ao pensar o cuidado como categoria crítica, problematiza o par “arte-tecnociência”, propondo ser necessário um resgate do elo de ligação entre os “*procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que os originam e justificam*”, (p.83) pela arte da assistência. “Prudente”, como sugere Mattos<sup>59</sup>, lembra que nem tudo o que é considerado importante para se obter bem estar pode ser “*imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico*” (p.84). Se existe o ato de produzir saúde “com” e “para” indivíduos e coletividades, ele somente se concretiza se o técnico profissional de saúde lança mão da arte. Assim, consegue fazer a mediação necessária entre as suas possibilidades, seus saberes e o instrumental disponível para uma dada intervenção, e as demandas do sujeito à sua frente (também munido de algumas possibilidades, saberes e instrumentos para fazer o seu “*modo de andar a vida*”). Este sujeito passará então a estar a seu lado, pois o diálogo se torna mais simétrico, e só ele tem a última palavra sobre suas necessidades e sabe qual a concepção de bem estar que orienta a sua busca por saúde.

Vieira<sup>61</sup> (p. 34), conceitua cuidado como “*ato ou tarefa de zelar pelo bem-estar de alguém, prestando-lhe assistência, assumindo a responsabilidade e os encargos inerentes a esse ato*”. Ressalta que, embora por definição o ato implique em atividade/passividade e sujeito/objeto, e que só haveria sentido em fornecer cuidado ao indivíduo incapaz de cuidar de si próprio, a meta é estimular o autocuidado e levá-lo a ser o protagonista/sujeito deste cuidado, numa atitude ativa, de forma que a sua liberdade não seja comprometida.

Curiosamente, nem sempre quem procura cuidado é porque está incapaz de cuidar de si próprio. Se compreendermos a amplitude da ação embutida no ato do cuidado, e se o *cuidado de si* é de fato “*um atributo e uma necessidade universal dos seres humanos*”, que ao *ocupar-se consigo* constrói, mantém e transforma a própria identidade, para não sucumbir, as razões pelas quais se busca o cuidado podem ser diversas, e a busca constante de atenção à saúde, em especial entre populações mais vulneráveis, tem nos mostrado isso.<sup>61,57</sup>

E neste trabalho, estão os idosos e suas famílias como a “*população vulnerável*”, vulnerabilidade aqui entendida pela idéia de que há um contexto individual e coletivo para o adoecimento, e acrescentamos, não somente o adoecimento físico, mas também o social, que leva ao enfraquecimento dos vínculos, ao isolamento, ao asilamento.

Caldas<sup>20</sup> aponta para uma questão de saúde pública que se constitui em um desafio frente à irreversível mudança no perfil da população: ao envelhecer com

dependência, as pessoas idosas precisam de cuidados específicos, e a autora questiona quem os proverá, o que é do Estado e o que é da família na partilha de responsabilidades ao cuidado e tratamento do idoso (a) dependente. As famílias brasileiras em geral dispõem das condições necessárias para manter o idoso (a) na comunidade, conforme preconizado nos documentos oficiais de proteção social à pessoa idosa?

O envelhecimento com dependência traz conseqüências na dinâmica familiar; o aumento do número de idosos mais idosos, acima de 85 anos, aumenta a demanda de cuidados e provoca mudanças de papel entre os membros da família. Na designação do cuidado, alguns fatores são prevalentes: o parentesco (cônjuge/filho); o gênero (a mulher); a proximidade física (quem vive com a pessoa); e a proximidade afetiva (relações entre pais e filhos/conjugal).

Vieira<sup>62</sup> (p. 35) define *cuidadores de idosos (as)*, como “*peçoas que se dedicam à tarefa de cuidar de um idoso, sejam elas membros da família que, voluntariamente ou não, assumem esta atividade, ou peçoas contratadas pela família para esse fim*”. Descreve três tipos de cuidadores, o institucional, o contratado e o familiar. A este último, ressalta as dificuldades que são comuns a todos, mas que vêm acompanhadas pelos sentimentos ambíguos e pelos conflitos, marcantes nas alterações de papéis e da dinâmica familiar.

Uma população longeva implica na presença de peçoas idosas que são cuidadoras de outros idosos (as), uma vez que, na média de diferença de idade entre pais e filhos, há duas gerações acima dos 60 anos; entre cônjuges, a diferença é menor, e o mais independente cuidará do mais dependente. Ressalta-se que quem cuida merece atenção para que permaneça socialmente inserido; as estruturas de apoio e os programas de suporte comunitário, com recursos formais e informais, são alternativas menos custosas, e percebe-se que no aspecto econômico, o *sistema de suporte informal*, onde cuidadores exercem atividades voluntárias e não remuneradas, é o mais freqüente nos países em desenvolvimento. Os cuidados formais são mais raros, são ainda incipientes<sup>20</sup>.

Embora o cuidado curativo ainda receba mais investimentos, mesmo com o peso do discurso sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, os cuidados informais, comunitários estão no foco das atenções, como a nova retórica sobre cuidado. Ainda que a institucionalização fosse uma alternativa interessante e socialmente bem aceita, ela não seria viável pelo custo ou pela qualidade da assistência a ser prestada<sup>20</sup>.

O asilamento é visto como algo negativo em todas as camadas da sociedade; a maioria dos idosos (as) brasileiros vive com a família, mas há idosos (as) sem família e idosos (as) de famílias pobres, que não podem deixar as suas atividades remuneradas

para dedicar-se ao cuidado do idoso (a). A renda é um fator de co-habitação com os filhos, especialmente na presença de comprometimentos funcionais. Outro aspecto relacionado à renda refere-se ao fato de que à sobrecarga dos cuidados soma-se a sobrecarga dos gastos, com despesas inesperadas com hospitais, transporte, medicação e equipamentos. O valor do benefício recebido pela pessoa idosa não constitui renda suficiente para arcar com os custos do cuidado<sup>20</sup>.

O apoio às famílias cuidadoras deve ser institucional e comunitário e extensivo aos idosos (as) sem família. As necessidades da família são de ordem material, emocional e de informação, sem a qual não há possibilidade de um cuidado eficaz. Pesquisas entre famílias economicamente desfavorecidas revelam que 90% destas não recebem ajuda de nenhuma espécie para cuidar dos seus idosos (as), seja financeira, emocional, ou em forma de orientação. As orientações e suporte após a alta hospitalar, imprescindíveis para uma boa recuperação, são na atualidade do cenário brasileiro insuficientes. Na ocorrência de uma cirurgia de fratura de fêmur ou após um episódio de AVE (Acidente Vascular Encefálico), por exemplo, onde a família não sabe quais os cuidados específicos para a nova condição de saúde do idoso (a). O prognóstico é ainda pior quando renda e educação são insuficientes<sup>20</sup>.

A idade avançada é um fator de dependência pelas condições que reduzem a capacidade funcional, percebendo-se que cresce o número de pessoas acometidas por Doenças Crônicas Não-Transmissíveis/Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (DCNT/DANT) sem que cresça a oferta de serviços para esta população. E “*é exatamente o grau de dependência que determina os tipos de cuidados que serão necessários*”, traduzido na necessidade de ajuda para atos elementares da vida. Essa dependência é um processo dinâmico, que pode mudar, ser prevenido ou reduzido<sup>20</sup>.

“*A relevância econômica dos gastos exige (...) uma solução qualitativa e economicamente viável para o problema*” (p.774). Uma assistência eminentemente curativa não resolve as questões relativas ao processo de envelhecimento em toda a sua complexidade<sup>20</sup>.

Desta forma, dentre as alternativas de cuidado que contemple o que é preconizado pelas Políticas e paralelamente ofereça apoio às famílias, há a modalidade de assistência não-asilar *Centro-Dia*, como um espaço de cuidados diurnos, permitindo aos integrantes da família a inserção no mercado de trabalho e mantendo a pessoa idosa na comunidade.

### II.3.1) A modalidade de atenção Centro-dia

O Centro-dia é, por definição do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), um serviço de

*“atenção integral as pessoas idosas que, por suas carências familiares e funcionais, não podem ser atendidas em seus próprios domicílios ou por serviços comunitários. Proporciona atendimento das necessidades básicas, mantém o idoso com a família, reforça o aspecto de segurança, autonomia, bem-estar e a própria socialização do idoso”* <sup>62</sup>.

Ao Centro-Dia são direcionadas pessoas idosas que não apresentam limitações graves, embora recebam também portadores de incapacidade funcional. A principal característica é o incentivo à socialização, mas as ações de promoção e prevenção da saúde devem ser desenvolvidas. Oferece atenção integral às pessoas idosas quando estas não podem permanecer em seus domicílios por alguma razão, proporcionando-lhes assistência nutricional, fisioterapêutica, nutricional e, eventualmente, médica e de enfermagem, suprimindo suas necessidades básicas.

No ano 2000, a Prefeitura do Rio de Janeiro autorizou a criação de um centro-dia em cada área de planejamento da cidade, o que atualmente totalizaria 10 centros-dia no município, que apresenta 12,8% da sua população de pessoas idosas (com 60 anos e mais), representando 751.637 indivíduos no ano 2000. Estariam destinados ao centro-dia idosos portadores do Mal de Alzheimer, doenças similares (demências) e idosos dependentes. Para potencializar o cuidado domiciliar, a família ou responsável pelo idoso também deveria ser assistido (a) por uma equipe multiprofissional <sup>63, 64</sup>. Entretanto, até esta data, a Secretaria de Estado Assistência Social e Direitos Humanos oferece em seu *website* uma listagem com as onze Entidades que oferecem a referida modalidade por município, sendo cinco na cidade do Rio de Janeiro (duas de caráter privado, incluindo a Instituição onde se deu a pesquisa e três de caráter público) e mais seis Instituições em municípios do Estado <sup>65</sup>.

A pouca oferta desta modalidade de atenção reflete-se no pouco material nacional de referência de pesquisas sobre o impacto que a frequência a este tipo de serviço teria sobre a saúde dos idosos. Em outros países, a modalidade já é uma referência comum.

Algumas experiências sobre o centro-dia serão descritas a seguir com a intenção de compreender melhor este universo de atenção.

A idéia de cuidados diurnos surgiu na Rússia, no início dos anos 30, para pacientes neuropsiquiátricos com demandas específicas <sup>66</sup>. Na experiência descrita no artigo em questão, o Hospital-Dia Geriátrico (HDG) é apresentado como um nível de assistência dentro do sistema de cuidados continuados ao paciente idoso, assegurando um acompanhamento médico nos momentos de maior fragilidade.

A implantação de HDG é cada vez maior nos países da Europa e da América do Norte. E como alternativas assistenciais ao HDG, os autores apontam o Centro-dia, com o objetivo de cobrir a necessidade de atenção dos pacientes que já não necessitam das modalidades terapêuticas próprias de um hospital, mas de atenção maior no plano social (para ele e para os familiares e cuidadores), embora possam contar com serviços de reabilitação e enfermagem. Têm um custo menor que os HDG, sendo conveniente a presença de ambas as modalidades em uma mesma região, como serviços de referência e contra-referência <sup>67</sup>.

Na Espanha, o Plano de Assistência Integral aos Pacientes com Mal de Alzheimer e outras demências, aponta três razões que justificam a necessidade de um centro-dia: os benefícios para a pessoa idosa, que receberá os cuidados terapêuticos necessários; os benefícios para o cuidador principal e para a família, não somente pelo apoio, mas também pelas informações que lhes são dispensadas continuamente; e os benefícios para a comunidade e para o sistema público de saúde, pela utilização racional dos diferentes recursos da comunidade e a diminuição dos custos trazidos pelo processo patológico. De acordo com o Plano, o centro-dia deve estar integrado à comunidade e aos recursos sócio-sanitários existentes na região, tendo critérios definidos de admissão dos idosos <sup>67</sup>.

Entre seus objetivos estão a oferta de atividades que possam potencializar as aptidões dos idosos, ainda que residuais, com programas de estimulação cognitiva, física e social; apoiar os familiares dos idosos para que mantenham a sua saúde, atividade laboral e qualidade de vida; proporcionar um ambiente protegido e acolhedor que favoreça a manutenção da auto-estima; e criar uma atmosfera constante de aprendizado e desenvolvimento do saber em saúde. Para tanto, cabe à organização do centro-dia, prover um acesso fácil à instituição, oferecendo transporte e flexibilidade de horário. As necessidades básicas do idoso, como alimentação, higiene e socialização devem estar cobertas durante a sua estada no centro-dia, bem como um apoio na administração de medicamentos, oferta de terapia ocupacional e fisioterapia <sup>68</sup>.



A composição organizacional do centro-dia varia de acordo com a demanda, mas deve ter, no mínimo, um Diretor/Coordenador; um responsável pelas atividades; ajudantes, e um agente administrativo. Recomenda-se a colaboração de voluntários para realizar atividades que não exijam capacitação específica. Arquitetonicamente, este espaço deve facilitar a independência funcional e as AVD's, com uma distribuição adequada das dependências <sup>68</sup>.

O texto de Saltz *et al* <sup>68</sup> faz um levantamento da necessidade e da viabilidade de quatro alternativas à institucionalização (*home health care* – cuidados domiciliares, *respite care* – cuidados intermitentes, *day hospital* – Hospital-Dia e *day care* – cuidados diurnos) junto a uma amostra de profissionais de um hospital da Carolina do Norte, EUA. Embora o texto tenha 22 anos, alguns dados permanecem atuais para a nossa realidade, uma vez que, embora as *nursing homes* – equivalentes às ILPI's - sejam utilizadas com frequência para o cuidado ao idoso naquele país, o número e a oferta de alternativas não-institucionais é bem grande, o que ainda não ocorre no Brasil.

Os autores estimavam que, 20% a 40% dos idosos que se encontravam institucionalizados, poderiam estar vivendo fora destas instituições se houvesse um serviço adequado na comunidade onde viviam. Em seguida os autores destacam quatro pontos a favor das modalidades não-asilares: a redução de custos – embora entendam que há várias formas de mensurá-la; a manutenção da capacidade funcional do idoso – citando dois estudos experimentais randomizados onde se encontrou, na participação em serviços de cuidados diurnos, idosos com maiores referências de bem-estar, embora o *status* funcional não tenha sido afetado; a preferência por estes serviços demonstrada por pacientes e seus familiares – citando estudos onde o *respite care* era considerado, pelos usuários, como “essencial” e “muito útil”, estimando que 38% dos familiares teriam institucionalizado seus idosos se não houvesse a disponibilidade do serviço; e as atitudes dos profissionais de saúde, que reconhecem os benefícios destas modalidades e, tendo-as disponíveis, preferem referenciar seus pacientes para este tipo de cuidado <sup>69</sup>.

No Canadá, a oferta de centros-dia já é uma realidade para todos os idosos que desejem participar de tal modalidade. Lá e nos EUA, os cuidados diurnos tornaram-se formas importantes de serviços de longa duração. Embora os idosos prefiram ficar na comunidade e os governos tenham investido em programas de incentivo a programas de cuidados diurnos, poucas pesquisas têm focado os resultados e a satisfação dos usuários, os idosos e seus cuidadores. Entre as formas de cuidados diurnos, há o hospital-dia e o centro-dia. Estudos nestes centros sugerem que este cuidado pode melhorar alguns aspectos psicossociais, como a satisfação em relação à vida, a

qualidade dos relacionamentos e o nível de atividade social. Além disso, auxiliam os familiares, reduzindo o nível de stress advindo do cuidado contínuo. Resultados referentes à manutenção ou recuperação da independência funcional e à redução de custos são menos contundentes <sup>69</sup>.

Baumgarten *et al* <sup>69</sup> propuseram um estudo com o objetivo de determinar os efeitos do centro-dia nos sintomas de depressão e ansiedade dos clientes, dos familiares e no status funcional dos clientes, para compreender, através destes e dos seus familiares, a dimensão da ajuda oferecida pelo serviço. Tinham como propósito determinar como os resultados do centro-dia diferem de acordo com o nível de atendimento e quantificar o impacto do centro-dia nos custos dos serviços sociais e de saúde. A amostra foi dividida em um *grupo controle* – com os idosos que se encontravam na lista de espera, e um *grupo experimental* – com os idosos que haviam acabado de ser admitidos no centro-dia, de forma equilibrada. Antes da admissão no serviço, ambos os grupos e seus cuidadores foram entrevistados, o que foi repetido ao final de três meses, quando os idosos da lista de espera já podiam ingressar no serviço. Os três meses foram respeitados por questões éticas e foram considerados suficientes para observar alguma mudança, caso ela ocorresse.

Metade dos idosos que puderam dar entrevistas (N=57) acha que a frequência ao centro-dia os ajudou de forma geral (de *moderada a muita ajuda*); 64,9% relataram sentir-se menos sozinhos; 29,8% sentiram-se mais independentes. Quanto aos cuidadores, 41,8% acharam que a frequência ajudou a diminuir a depressão; metade achou que ajudou a diminuir a ansiedade; 40% acharam que lhes ajudou a ter mais tempo para as suas próprias atividades; e 25,6% acreditam que a relação entre ele e o idoso melhorou <sup>70</sup>.

Na Discussão os autores ressaltam que não foi possível demonstrar um impacto positivo do centro-dia nos sintomas de depressão e ansiedade entre os idosos no período de três meses. Também não houve evidência indicando que a participação tem um impacto positivo sobre a capacidade funcional e na sobrecarga dos cuidadores. Um achado importante, entretanto, entre os participantes do grupo experimental que estavam lúcidos para dar entrevistas, foi de que dois terços sentiram que a sua participação nas atividades do centro-dia diminuiu seus sintomas de solidão, e cerca da metade sentiu-se menos deprimido e ansioso <sup>70</sup>.

Na Espanha, outro país com um avançado número de centros-dia implementados, o trabalho de Benet; Llanes <sup>70</sup> traz a preocupação de implantar-se, nestes espaços, atividades de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, com foco na

Educação para a Saúde. Para tanto, considera como *saúde* o fato de pessoas e coletividades conseguirem o grau mais elevado de bem-estar físico, mental e social de capacidade permitida pelos fatores sociais e ambientais onde estão inseridos, ou seja, considerando os determinantes sociais e ambientais de saúde. Para chegar às etapas tardias da vida nas melhores condições possíveis, torna-se fundamental a detecção precoce da enfermidade e a atuação sobre os fatores de risco, incluindo aí o bem-estar da família e dos cuidadores dos idosos. Fundamental se torna a diferenciação entre o envelhecimento patológico e o normal, uma vez que, se determinado evento na velhice, com implicações sociais e clínicas, é considerado como normal do processo de envelhecimento, as intervenções que poderiam ser eficazes para manter a saúde e o bem-estar dos indivíduos não seriam postas em prática.

Frente a isto, os autores observaram idosos freqüentadores de 80 centros-dia na Província de Lleida, públicos (54) e privados (26), para identificar o nível de autonomia dos mesmos e propor uma pauta sobre os programas de educação para a saúde que poderiam ser desenvolvidos nestes espaços <sup>71</sup>.

Em todos os centros-dia havia atenção médica (diagnóstico de enfermidades, controle da sua evolução, tratamento e medicação adequados), profissionais fisioterapeutas, ambulatório adequado à reabilitação, mas poucos possuíam terapeutas ocupacionais e nenhum possuía um programa de educação para a saúde que abrangesse aspectos de prevenção e promoção da saúde. Na pesquisa, mais da metade dos idosos referiram ter diagnóstico de alguma enfermidade ou possuir alguma doença crônica; entre 58% e 94% são independentes para realizar as AVD's; entre 34% e 71% têm autonomia para realizar as AIVD's <sup>71</sup>.

Os autores propõem que sejam mobilizados os recursos humanos disponíveis e que se constituam equipes interdisciplinares para viabilizar um programa de intervenção mais educativa. Concordam que o centro-dia cumpre o seu papel mais imediato, dando resposta aos que começam a apresentar problemas de dependência por motivos de saúde, uma vez que cobre as suas necessidades básicas sem privá-lo do seu entorno imediato – família, vizinhos e amigos <sup>71</sup>.

Para os idosos, seus familiares e os cuidadores, propõem um Programa de Educação para a Saúde, tendo como alguns de seus objetivos: aumentar os conhecimentos sobre saúde; desenvolver estilos de vida saudáveis; prevenir enfermidades e acidentes e reduzir as limitações provocadas por estes eventos; prevenir os transtornos advindos da inatividade física e conservar a independência, a autonomia física e psicológica <sup>71</sup>.

A pesquisa conduzida por Franciulli *et al*<sup>71</sup> descreve “os efeitos da assistência multiprofissional na capacidade funcional de idosos atendidos em Centro-Dia Geriátrico após seis meses de acompanhamento”, concluindo que há uma potencialização na melhora ou manutenção da capacidade funcional na população estudada e considerando esta modalidade como “uma alternativa promissora de modalidade de serviço para a saúde do idoso”.

A manutenção da pessoa idosa na família “reforça o aspecto de segurança, autonomia, bem estar e a própria socialização do idoso”, não permitindo que este se torne totalmente dependente na comunidade ou seja institucionalizado. Um dos principais objetivos dessa modalidade é “oferecer ao cuidador do idoso a possibilidade de exercer suas atividades laborais e também de autocuidado”<sup>72</sup>, garantindo um apoio sustentado a família, já que assumem o cuidado do idoso (a) durante 08 ou 10 horas por dia. Isto é especialmente importante para o idoso (a) com poucos recursos financeiros, que não podem, por exemplo, ter um cuidador formal contratado. Cabe ressaltar o alívio da carga emocional/física proporcionado aos familiares destes idosos (as), bem como uma diminuição no impacto da alta relação de dependência presente nestas famílias, aqui considerada pelo número de pessoas ativas e não ativas do domicílio.

---

#### Notas:

<sup>a</sup> TFT= Taxa de Fecundidade Total: soma os coeficientes de fecundidade específicos por idade, expressando o número de filhos vivos, de ambos os sexos, por mulher (Barbosa, 2003)<sup>73</sup>.

<sup>b</sup> Representada por aposentadorias, pensões e benefícios da Assistência Social, como o BPC, Benefício da Prestação Continuada, que garante a idosos com mais de 65 anos e portadores de deficiência um salário mínimo mensal, uma vez que comprovem que nem o próprio, nem a família, podem prover o seu sustento. Não é, portanto, um benefício automático, implica no fornecimento de um “comprovante de pobreza”. (Camarano, 2005)<sup>2</sup>.

<sup>c</sup> AVD's: Atividades da Vida Diária. Podem caracterizar-se como ABVD (Atividades Básicas da Vida Diária), que inclui atividades como se pentear, ir ao banheiro e alimentar-se sozinho; e AIVD (Atividades instrumentais da Vida Diária), contemplando as atividades de relação com o meio, como fazer compras e ir ao banco (Saad, 2003)<sup>32</sup>.

<sup>d</sup> Para Acosta & Vitale (2005, p.11)<sup>74</sup> “A família tem sido percebida como base estratégica para a condução de políticas públicas, especialmente aquelas voltadas para a garantia de direitos. Nos últimos anos, observou-se uma proliferação de programas e projetos dirigidos ao atendimento das famílias. A família, no entanto, não pode ser vista apenas como estratégia dessas políticas”. As autoras questionam: a família deve ser vista enquanto estratégia para a efetivação das políticas ou como alvo das políticas elaboradas?

### III) Procedimentos Metodológicos

Este capítulo tem por finalidade apresentar o modelo de estudo escolhido para alcançar os objetivos propostos na pesquisa, bem como os instrumentos e técnicas utilizados, trazendo as considerações obtidas durante e após a ida ao campo.

#### III.1) Modelo do Estudo

Para o estudo do tema proposto, procedeu-se a uma pesquisa do tipo descritiva, de abordagem qualitativa, com um trabalho de campo realizado para a coleta de dados primários, complementado por pesquisa documental e bibliográfica.

Em relação aos fins, foi uma pesquisa de caráter **descritivo**: tipo de pesquisa que busca descrever as características de um determinado fenômeno, estabelecendo correlações entre as variáveis. O fenômeno em questão foi compreendido como as relações entre os três sujeitos principais da pesquisa: a Instituição, os idosos (as) e suas famílias <sup>75</sup>. Segundo Triviños <sup>76</sup> (p.128) a pesquisa qualitativa é, em essência, descritiva, acrescentando que “*as descrições dos fenômenos estão impregnadas dos significados que o ambiente lhes outorga*”.

A pesquisa com abordagem **qualitativa** preocupa-se “*com um nível de realidade que não pode ser quantificado*”, por abranger o “*mundo dos significados das ações e relações humanas*” <sup>77</sup> (p.21), caracterizando-se por utilizar múltiplas fontes de dados; pelo maior interesse no cotidiano específico e local do objeto e os seus significados, do que na frequência dos dados observados; e por “*relacionar aspectos particulares do comportamento a contextos mais amplos*”, de forma mais flexível e menos estruturada que no método quantitativo, onde, com frequência, as histórias sociais são narradas sob a ótica dos atores.

Em saúde, os autores ressaltam que a pesquisa qualitativa pode servir para identificar percepções locais de saúde para priorizar seu desenvolvimento, bem como estratégias de intervenção e a população a que se destinam.<sup>78</sup> E ainda, segundo Minayo <sup>79</sup> (p.42), a realidade social que se traduz no dinamismo entre as dimensões individual e coletiva “*é mais rica que qualquer teoria, que qualquer pensamento e qualquer discurso político ou teórico que tente explicá-la*”. E mesmo assim, todas as investigações permitem unir “*consistência teórica e relevância social*”, se, reconhecendo a complexidade do seu objeto, o pesquisador elabora de forma objetiva e crítica a sua incursão na coleta e tratamento dos dados.

Para Deslandes <sup>80</sup> a formulação de etapas metodológicas colabora para o alcance dos objetivos da pesquisa, mas não ocorrem de forma isolada. São momentos distintos da análise, mas correspondem a elementos de uma realidade integrada. Desta forma, de acordo com a autora citada e segundo a organização já proposta por Tavares <sup>81</sup>, procedeu-se à pesquisa através das seguintes etapas:

1ª Etapa - Pesquisa bibliográfica e documental, para aprofundamento do conhecimento do objeto da pesquisa e coleta de dados secundários, caracterizando o que é o envelhecimento populacional / individual, a modalidade de assistência à pessoa idosa denominada *centro-dia*, e as formas de cuidado. Descrevemos a Instituição, quem é a sua população-alvo, quais as estratégias que utiliza para o atendimento, como funciona o serviço, as formas em que se dá o cuidado aos idosos (as), as atividades desempenhadas, sua missão institucional, seus atores principais. Identificamos as bases teóricas e conceituais que regem as ações institucionais.

2ª Etapa - Identificação dos idosos (as) que freqüentam o centro-dia e dos seus familiares mais próximos, que participaram da entrevista e do grupo focal, compondo uma amostra intencional. Seleção do Informante-chave da instituição.

3ª Etapa – O trabalho de campo no próprio serviço, com a aplicação dos métodos escolhidos para a coleta de dados, através de:

1. Entrevista Semi-estruturada com os (as) idosos (as);
2. Entrevista Semi-estruturada com o Informante da Instituição;
3. Grupo Focal com os familiares;
4. Observação Participante, concomitante às entrevistas e ao grupo focal.

4ª Etapa – Análise dos dados coletados (as discussões dos grupos, as respostas das entrevistas e a análise da observação participante) e articulação dos mesmos com os dados secundários da pesquisa para a compreensão de como se dão as relações de cuidado no âmbito observado.

A análise dos dados coletados nas entrevistas e no grupo focal procedeu-se conforme proposto por Minayo <sup>80</sup> (p.316): uma *pré-análise*, através da *leitura flutuante*, onde a pesquisadora, com todo o material de campo coletado e transcrito, deixou-se impregnar deste conteúdo; a *constituição do corpus*, que permite validar qualitativamente o universo estudado quanto à:

- Exaustividade: perceber se, através do material coletado, todos os aspectos levantados no roteiro de entrevista dos idosos, do informante-chave e do grupo focal foram contemplados;

- Representatividade: observar se os sujeitos escolhidos para análise – idosos, familiares e o informante-chave, representavam o universo a ser estudado;
- Homogeneidade: em especial na aplicação dos instrumentos junto aos sujeitos, de forma a contemplar todas as temáticas nas entrevistas e no grupo focal;
- Pertinência: nesta pesquisa, compreendida na escolha e análise dos documentos institucionais;

A pré-análise seguiu com a *formulação/reformulação de hipóteses e objetivos*; dentre os objetivos específicos propostos e as hipóteses levantadas, observou-se a possibilidade de dar respostas aos mesmos através do material coletado e discussão com o referencial teórico.

Finda a primeira etapa, iniciou-se a fase de exploração do material, onde encontramos algumas categorias em torno das quais organizou-se o conteúdo das falas: *O Processo de Envelhecer, Relações Familiares e Apoio Social e O Cuidado*.

A terceira etapa, onde os resultados obtidos são interpretados e analisados, serão descritas nos itens IV.2 e IV.3.

Quanto à extensão da pesquisa, ressaltamos que não será possível generalizar os resultados para outras Instituições, mas as conclusões podem servir como base ao se considerar a participação dos idosos (as) e da família no cotidiano das Instituições abertas não-asilares. Sobre isso, os autores concordam que, a partir de concepções teóricas acerca do objeto da investigação, o campo de pesquisa constitui-se em uma representação da realidade, onde as pessoas exercem determinada dinâmica social e manifestam suas intersubjetividades<sup>78,79</sup>.

Minayo<sup>80</sup> acrescenta (p.208):

“A representatividade do grupo na fala do indivíduo, portanto, ocorre porque tanto o comportamento social como o individual obedece a modelos culturais interiorizados, ainda que as expressões pessoais apresentem sempre variações em conflito com as tradições”.

### III.2) Técnicas para a coleta de dados

#### a) Entrevista semi-estruturada

Para Minayo<sup>80</sup> (p.261) a entrevista “*é a estratégia mais utilizada no processo de trabalho de campo*”, sendo uma conversa com finalidade, a dois ou entre vários interlocutores. Caracteriza-se por ser um “*instrumento de coleta de dados aplicado quando se quer atingir um número restrito de indivíduos*”<sup>76</sup>. É a obtenção dos “*informes contidos na fala dos atores sociais*” onde o pesquisador obtém dados objetivos e subjetivos, estes expressando valores, atitudes e opiniões dos sujeitos envolvidos<sup>82</sup>. A entrevista semi-estruturada caracteriza-se por combinar perguntas abertas e fechadas, possibilitando ao entrevistado “*discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada*”. A vantagem para o pesquisador é que, a seqüência das questões facilita a abordagem, e assegura que sua hipótese estará coberta na conversa.

A forma de indagação deve favorecer o início de uma conversa sobre o tema, e não deve induzir a respostas do tipo *sim* ou *não*. A entrevista semi-estruturada permite que novos temas surjam no decorrer da mesma, dando novas pistas ao pesquisador, o que torna necessária a prévia elaboração de um roteiro. Compreende-se por roteiro, de acordo com Minayo<sup>80</sup> (p.189), “*uma lista de temas que desdobram os indicadores qualitativos de uma investigação*”, onde cada questão faça parte do delineamento do objeto e lhe dêem forma e conteúdo; que seja um instrumento para ampliar e aprofundar a comunicação entre o pesquisador e o entrevistado, já que este último é o sujeito/objeto da investigação, sendo o seu ponto de vista privilegiado. Este roteiro deve permitir, antes de tudo, flexibilidade na conversa e absorver os novos temas trazidos pelo interlocutor, em especial as narrativas subjetivas das vivências por ele experimentadas.

Nesta pesquisa, elaborou-se um roteiro dirigido às pessoas idosas (Apêndice A - Roteiro para a Entrevista com os (as) idosos (as)) e outro para o informante da Instituição (Apêndice B - Roteiro para a Entrevista com o Informante Chave da Instituição). Em cada um destes roteiros, em primeiro plano, foram coletados dados concretos, que além dos dados de identificação de cada um dos entrevistados, permitiu a sua caracterização.

Os idosos (as) que freqüentam a Instituição na modalidade centro-dia (16 indivíduos) compõem a principal *unidade de análise* desta pesquisa<sup>79</sup>. Como a pesquisa qualitativa não se baseia em critérios numéricos para que se considere uma amostra



significativa <sup>78</sup>, os idosos (as) que compõem a amostra são aqueles cujo vínculo com o problema a ser investigado seja mais expressivo.

A amostra, por não ser numérica – dado que a unidade de análise é o conjunto de entrevistados – é aquela capaz de representar a totalidade no aprofundamento e abrangência da compreensão em suas múltiplas dimensões. É o que Bertaux (1980, apud Tavares <sup>82</sup>) conceitua como índice de saturação, isto é, o fenômeno pelo qual, passado certo número de entrevistas, o pesquisador tem a impressão de que a apreensão do objeto está contemplada em suas semelhanças e diferenças.

Quanto ao informante-chave, Tobar e Yalour <sup>79</sup> o descrevem como aquela pessoa com a qual “*o pesquisador mantém uma relação especial no que se refere a intercâmbio de informações*”. Através dele é possível explorar os tópicos que são de interesse para a pesquisa, e apreender o vocabulário apropriado para a sua discussão com os outros informantes. A escolha deverá estar pautada em alguns critérios; esta pessoa deverá ser participante ativa do grupo, conhecer profundamente a área de conhecimento e ter disponibilidade de tempo para a entrevista.

Triviños <sup>77</sup>, (p. 144), acrescenta outros requisitos: “*antiguidade na comunidade e envolvimento desde o começo no fenômeno que se quer estudar*” e “*capacidade para expressar espacialmente o essencial do fenômeno e o detalhe vital que enriquece a compreensão do mesmo*”.

Na presente pesquisa, todas as entrevistas foram conduzidas pela própria pesquisadora, que com a prévia autorização do entrevistado, gravou-as em meio eletrônico para posterior transcrição impressa.

- *Considerações sobre os instrumentos*

O roteiro do informante-chave funcionou muito bem, a entrevista foi facilitada pela eloquência da entrevistada, que respondeu a todas as perguntas e possibilitou a emergência de alguns outros elementos no que diz respeito à família e ao cuidado. Preservando a identidade da Informante-Chave da Instituição, utilizaremos a sigla *IC* para identificar suas falas no decorrer da apresentação dos Resultados e da Discussão.

Quanto ao roteiro de entrevista com os idosos, algumas perguntas merecem destaque nesta consideração:

A pergunta nº 02, “*Como foi ficar velho (a) para você?*” causou surpresa aos idosos. As respostas foram bem variadas, mas a reação inicial foi quase unânime, de tal maneira que a pesquisadora mudou o tom da pergunta ao longo das entrevistas, tentando fazer com que a mesma não parecesse agressiva, desagradável.

A pergunta nº 10 “*Do que você não gosta no Centro-Dia?*” foi uma pergunta enviesada, uma vez que, como usuários do serviço, os entrevistados tendem a elogiar o mesmo e evitam críticas públicas. As respostas variaram muito pouco além do “gosto de tudo”.

A pergunta nº 12, “*E na sua casa, os parentes mudaram com você, depois de passar a vir para o centro-dia?*” embutia um sentido diferente do que foi imaginado ao ser formulada. A expressão “*mudaram com você*” foi interpretada, pela maioria, como algo negativo, de forma que as respostas não foram muito fidedignas para saber se houve diferença na forma como os familiares percebiam ou lidavam com aquele (a) idoso (a). No grupo focal com os familiares a pergunta funcionou de forma mais clara.

A pergunta nº 13, “*A sua saúde é melhor agora? Porque?*” objetivava saber se a entrada do idoso na Instituição melhorou a forma como ele percebe sua saúde, porém só fez sentido para os idosos que estão há pouco tempo na instituição ou para os idosos mais jovens, uma vez que o acúmulo de danos à saúde física para quem envelhece é percebido de forma negativa. Como exemplo, há uma idosa que frequenta a Instituição há 18 anos e que neste período ficou diabética, teve perda de acuidade visual, sofreu queda com fratura do colo do fêmur, de forma que a pergunta não poderia ter outra resposta senão uma negativa.

Como forma de preservação da identidade de cada idoso, na apresentação dos Resultados e Discussão, cada um será identificado pelo nome de uma divindade, de culturas diversas, permitindo a correlação com os dados concretos através da Tabela 2 – Idosos Entrevistados (Apêndice E).

#### *b) Grupo Focal*

Esta modalidade de coleta de dados é caracterizada pela reunião de um grupo de 6 a 12 componentes, em uma ou mais sessões, com a presença de um moderador que faz as suas intervenções no decorrer das discussões, a fim de coordená-las e “*conseguir a participação e o ponto de vista de todos e de cada um*”<sup>78,80</sup> (p.269). A autora acrescenta que para a aplicação da técnica, o pesquisador deve elaborar um roteiro que vá do geral para o específico.

É uma técnica que complementa as entrevistas individuais e a observação participante, razão pela qual foi o método escolhido para reunir os familiares dos idosos (as) em torno da temática do cuidado. Minayo<sup>80</sup> (p.270) ressalta o valor principal dessa técnica: a “*capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos*”, especialmente quando partilham fatos ou situações específicas.

A pesquisadora foi a moderadora do grupo e convidou dois colaboradores, para auxiliar com o controle das gravações e para atuar como relator, fazendo as anotações da ordem das falas dos participantes, para posterior transcrição. Ambos foram também observadores. Uma funcionária da Instituição colaborou com a organização da reunião. Os familiares foram convidados a participar do Grupo Focal através de um convite impresso elaborado pela pesquisadora, personalizado com o nome do idoso e de seu responsável, que foram entregues aos idosos ou diretamente ao seu responsável, por uma funcionária da Instituição, na semana que precedeu o encontro.

Foram escolhidos pelos seguintes critérios 1) ser o Responsável pelo idoso (a) na Ficha de Cadastro na Instituição; e/ou 2) ser o familiar mais próximo ao idoso (a).

Foi realizado em um único momento, durante o processo de entrevistas, permitindo contrastar as falas dos familiares com a fala dos idosos (as) e da Instituição, no intuito de identificar como é percebida a relação para cada uma das partes envolvidas, sob aspectos específicos do cuidado (Apêndice C - Roteiro do Grupo Focal / Ficha do Participante), havendo bastante coerência entre as informações dos mesmos.

#### • *Considerações sobre a Técnica/Instrumento*

Esta metodologia é, como reforçam os autores, importante para a manifestação dos seus integrantes ao permitir que as falas individuais sejam complementadas no coletivo. Um número maior de familiares foi convidado, para garantir a presença de um quantitativo mínimo (6 a 12 participantes) e todos se mostraram muito dispostos ao debate. A diversidade de participantes foi muito positiva, particularmente por termos adolescentes, adultos e uma idosa, pelos diferentes níveis de escolaridade e pelo fato de que quase todos já se conheciam.

Desta forma com um grupo maior (17 participantes), e a mediadora controlando na medida do possível o tempo de cada um, pudemos perceber a possibilidade que a técnica traz para a manifestação de idéias. Nem todos chegaram “animados” para a reunião – que foi marcada para as 09h de uma manhã de domingo - mas o convite incluía um café da manhã, de forma que ali o entrosamento e a conversa já haviam se iniciado e a condução do debate foi facilitada. Este momento foi também aproveitado para que a pesquisadora se apresentasse a quem não conhecia, e pudesse explicar mais claramente os motivos da reunião, os objetivos da pesquisa, porquê eles haviam sido convidados e, ao final foi feita a leitura do TCLE.

A dinâmica ocorreu na própria Instituição, em um salão localizado no segundo andar. As cadeiras foram dispostas em círculo para que todos pudessem ser vistos, tendo durado cerca de duas horas.

Quanto ao roteiro, este permitiu momentos de muitos risos e algumas lágrimas, breves silêncios ou marcantes manifestações de forma coletiva, como ao serem questionados se colocariam seu idoso em um asilo. Todos os conceitos puderam ser contemplados. A pergunta onde houve maior dificuldade de compreensão estava no tema “*envelhecimento*”, onde era solicitado que os participantes respondessem “*como se imaginavam no lugar do seu idoso*”, havendo necessidade de explicação sobre o que se pretendia com este questionamento.

Foi preenchida uma ficha com os dados concretos de identificação dos familiares, permitindo o cruzamento dos dados fornecidos pelos idosos no que se refere à composição familiar.

Para preservar a identidade dos parentes dos idosos, estes serão identificados pela letra “P”, seguida de um número, de 1 a 17.

### *c) Observação Participante*

De acordo com Triviños<sup>77</sup>, a *observação*, que o autor caracteriza como “*livre*”, é uma técnica que privilegia a pesquisa qualitativa, onde as Anotações de Campo merecem um destaque do autor, por sua importância metodológica. Há anotações de campo *descritivas* (descrição dos sujeitos, de um meio físico, dos diálogos, comportamentos, ações, atitudes, entre outros) e *de natureza reflexiva*. Neste tipo, o pesquisador formula novas indagações a respeito do seu objeto a partir do fenômeno observado. Questiona o método, faz a análise cruzada com o referencial teórico estudado, percebe onde é necessário aprofundar a teoria, e principalmente, se seus pressupostos estão se verificando ou se estão equivocados. O autor ressalta a necessidade de o pesquisador estar em permanente “*estado de alerta intelectual*”, especialmente para livrar-se dos preconceitos e manter o máximo de neutralidade na observação.

O observador está inserido no cenário de estudo, em contato direto com o fenômeno observado<sup>76</sup>. Os fenômenos e situações observados geralmente não podem ser obtidos através de perguntas objetivas. O pesquisador, entretanto, não deve, nesta participação, modificar-se pelo contexto a ponto de descompromissar-se com o rigor teórico-

metodológico. Observar é olhar com atitude investigativa <sup>79</sup>, o que pressupõe a existência de uma hipótese.

Gold (1958, apud Minayo <sup>80</sup>) apresenta quatro situações passíveis de serem encontradas no processo de observação. Aquela na qual o pesquisador é um *participante total*; quando este é um *observador total*; quando é um *observador-como-participante* e quando é *participante-como-observador*. Minayo ressalta que estes quatro papéis servem a um fim analítico, e que, salvo situações especiais, nenhum deles ocorre exclusivamente. Em dado momento da pesquisa, é natural a prevalência de um ou outro formato sobre os outros, o que certamente ocorre.

Na presente pesquisa, o pesquisador caracterizou-se como *observador-como-participante*. Sendo a observação uma estratégia complementar às entrevistas e aos grupos focais, foi utilizada nestes momentos de contato entre os atores da pesquisa.

#### *d) Pesquisa Bibliográfica e Análise Documental*

Como instrumental analítico, realizou-se uma Pesquisa Bibliográfica em livros, revistas indexadas, teses e monografias. A pesquisa bibliográfica permite “*saber em que estado se encontra atualmente o problema*”, para estabelecer “*um modelo teórico inicial de referência*” <sup>83</sup>(p. 83).

Em complementação à *Pesquisa Bibliográfica* foi realizada uma *Análise Documental*. Com o intuito de identificação do perfil do idoso (a) e da família, foram listados os principais dados da Ficha de Cadastro na Instituição. A leitura do Estatuto Social da Instituição permitiu identificar quais são os seus objetivos e principais ações, bem como os princípios que regem a mesma. Uma outra análise foi centrada no estudo dos documentos oficiais, as Cartas da Promoção da Saúde e as Portarias, Leis e Estatutos sobre o Idoso.

#### IV) Resultados e Discussão

Neste capítulo, optamos por traçar, primeiramente, um perfil da comunidade onde vivem os idosos, seus familiares e onde funciona o centro dia, compreendendo que as pessoas podem expressar seu “*modo de andar a vida*” de forma singular, porém não escolhem o seu próprio modo de “andar a vida”; tal modo irá emergir da forma como a vida se produz coletivamente, logo, o “*modo de andar a vida de um sujeito não pode ser compreendido como dissociado do modo como a vida anda num certo lugar, aonde ele vive*”<sup>55</sup>. (p.1415)

Seguimos com os perfis dos componentes deste triângulo relacional, composto pelos idosos, seus familiares e a Instituição. Para tanto, utilizaremos os dados concretos obtidos nas Fichas de Cadastro na Instituição (Anexo 2), nos documentos institucionais, e os dados fornecidos pelos idosos, seus familiares e o informante-chave através dos instrumentos para a coleta de dados.

A Ficha é um documento institucional preenchido por ocasião da entrada do idoso na Instituição. É dividida em três itens: *Identificação*, *Avaliação Funcional* e *Avaliação Socioeconômica e Psicossocial*, objetivando obter um panorama da situação física do idoso (independência, autonomia e o nível de necessidade de cuidados), sua situação previdenciária e o suporte familiar disponível. Este tipo de documento é usualmente preenchido por um Assistente Social; o profissional é com frequência o primeiro a ter contato mais direto com o idoso. Através desta Ficha avalia-se se o idoso preenche os critérios necessários para frequentar a Instituição, como a idade. Porém, a IC acrescenta:

*O primeiro critério que nós adotamos era do querer pessoal, quer dizer não basta só alguém da família vir e dizer “ah eu quero que meu avô, minha avó, meu pai, minha mãe venha pra cá”, ele o idoso tem que em primeiro lugar querer. Outro critério é a idade que nós colocamos o mínimo 60 anos... Tem casos que a gente admite até com menos de 60 anos, a gente avalia e vê que realmente há a necessidade.*

Foram fornecidas pela Instituição e sua análise foi consentida pelos idosos através do TCLE. Destas foram retiradas as seguintes informações para compor o perfil dos idosos: nome completo, data de nascimento, naturalidade, grau de instrução, *Responsável/Parentesco* (para que fossem chamados como sujeitos da pesquisa no Grupo Focal); “*Como chegou até a Instituição?*” (dados sobre a necessidade que motivou a ida para a Instituição); e “*Qual a pessoa mais ligada a você emocionalmente?*” (para observar a relação de apoio e cuidado).

Outros dados concretos foram coletados no momento da entrevista, como sexo, cor, estado civil, ocupação e bairro de moradia. (Apêndice E - Tabela 2 - Idosos Entrevistados)

*porque se chamava moço  
também se chamava estrada,  
viagem de ventania,  
nem lembra se olhou pra trás  
ao primeiro passo...  
porque se chamavam homens  
também se chamavam sonhos  
e sonhos não envelhecem...*

#### IV.1) *Perfis*

- *Um lugar para envelhecer?*

Neste item queremos identificar o bairro onde se localiza a Instituição que foi campo de pesquisa desta Dissertação, bairro onde os idosos passaram a maior parte de sua vida, constituíram a sua família, e ali envelheceram.

A Instituição fica localizada em um bairro pobre da cidade do Rio de Janeiro, chamado Cidade de Deus. Foi criado na década de 60, como parte da política habitacional de remoção de famílias de áreas de risco, em favelas da cidade, do governo Carlos Lacerda <sup>84</sup>.

Esta política de remoção operou, em grande parte, em caráter compulsório, com episódios obscuros, como o incêndio não esclarecido no Morro do Pasmado, na zona sul da cidade, onde os habitantes resistiam à mudança. Por outro lado, mobilizava a população que tinha menos recursos para a concretização do sonho da casa própria, onde, através de uma companhia de habitação, a COHAB, construíram-se grandes conjuntos habitacionais, financiados à população. Não havia a preocupação – inicialmente - de que fosse um sistema de habitação popular lucrativo, tendo maior valor político – o contentamento popular e a eliminação do foco de tensão que eram as favelas – que financeiro.

O conjunto habitacional da Cidade de Deus totalizou 6.658 unidades habitacionais, entre casas e blocos de apartamentos (ali chamados “Apês”) e sua ocupação iniciou-se em 1965, continuando pelos três anos seguintes. Em 1966, a cidade do Rio sofreu uma de suas maiores enchentes, deixando muitos desabrigados que, após serem instalados em sua maioria no Estádio Mário Filho – o Maracanã – foram “distribuídos” pelos recém-criados conjuntos <sup>85</sup>.

O conjunto da Cidade de Deus, inicialmente planejado para os moradores de favelas da zona sul da cidade, recebeu moradores de 63 favelas diferentes, sendo que 70% vieram mesmo de favelas da zona sul, como a da Praia do Pinto (Leblon), também



incendiada em circunstâncias não esclarecidas. Para que todos fossem abrigados, construíram-se 930 casas de triagem<sup>a</sup>, em loteamentos ao redor do conjunto, gerando uma diferenciação arquitetônica e social dentro da comunidade. Em 1970, a população do bairro já possuía uma origem bem heterogênea: 30,8% da população residente haviam sido removidas de favelas; 23% eram flagelados das enchentes; 28,1% eram inscritos no programa de habitação e 3,9% tinham cessão de direitos<sup>85</sup> (p.73).

Em termos ocupacionais, os chefes de família eram operários da indústria e da construção civil (43,9%), trabalhadores não especializados do setor de serviços (domésticas, porteiros, lavadeiras, serventes – 25,6%), e uma minoria em cargos administrativos, comerciantes, vendedores e técnicos. Quanto à renda familiar, 31,9% recebia de 0-1 salário mínimos e 71,9% até dois salários mínimos<sup>85</sup> (p.74).

Foram identificadas três ordens diferentes de problemas nestas remoções: a *queda na renda familiar*, pela dificuldade crescente de obtenção de trabalho remunerado para os membros economicamente ativos das famílias, agravado pela distância dos conjuntos em relação aos locais com maior oferta de emprego, aumentando também os custos com condução; a *destruição da sociabilidade e das redes de solidariedade* pré-existentes nas favelas de origem (associações religiosas, recreativas, de defesa de interesses e entre vizinhos); e a possível transformação dos conjuntos em áreas de *permanência transitória*, até que os moradores decidissem voltar à sua favela de origem.

Paulo Lins<sup>85</sup>, em seu romance sobre esta comunidade, publicado pela primeira vez em 1997, intitulado mesmo *Cidade de Deus*, e que deu origem ao homônimo filme de Fernando Meirelles em 2002, nos conta sobre a ocupação daquela região. Embora seja uma obra ficcional, guarda estreita relação com a realidade, pela própria vivência do autor como morador, e por este ter participado da pesquisa que resultou na obra “*A Máquina e a Revolta*”, de Alba Zaluar:

*‘Tudo concorria para a integração dos habitantes de Cidade de Deus, o que possibilitou a formação de amizades, rixas e romances entre essas pessoas reunidas pelo destino. (...) Nenhuma das favelas teve sua população totalmente transferida para as casas do conjunto. A distribuição aleatória da população entre Cidade de Deus, Vila Kennedy e Santa Aliança, os dois outros conjuntos criados na Zona Oeste para atender os flagelados das enchentes, acabou mutilando famílias e antigos laços de amizade. Muitas delas recusaram a mudança para Cidade de Deus, por acharem o lugar muito distante’.*  
<sup>86</sup> (p.33)

Como constata Zaluar <sup>85</sup>, uma vez que grupos de amigos, redes de vizinhos e parentes, as escolas de samba, associações de moradores e times de futebol foram desfeitos - e pela distância sua reconstituição era algo inalcançável, formaram-se novas sociabilidades e redes no bairro recém criado. Houve também um baixo percentual de evasão dos moradores “originais”, justificada pela relativa estabilidade habitacional experimentada por estas pessoas.

Zaluar <sup>85</sup> conclui que, ao final, a nova população deu ao lugar seus próprios traços e personalidade, imprimindo no conjunto inicialmente planejado com ruas largas e retas, e casas alinhadas e iguais, novos gostos e cores, modificando as formas das construções em todas as suas direções, e fazendo o uso do espaço da maneira que lhe foi conveniente, com os signos de uma outra cultura.

Quanto à origem do nome do bairro, um *site* sobre as favelas da cidade informa que o nome já estava dado quando a ocupação começou “*talvez para tentar convencer seus novos habitantes das qualidades da região, então desabitada e sem infra-estrutura da Zona Oeste carioca...*” <sup>86</sup>.

Atualmente, o bairro está geograficamente localizado no centro de outro bairro carioca – Jacarepaguá, mas compõe o único bairro de uma Região Administrativa (R.A.) própria, a XXXIV, desde junho de 1998. Pelos dados do Censo Demográfico 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e pela Diretoria de Informações Geográficas (IPP/DIG), divulgados pelo Instituto Pereira Passos <sup>88</sup>, o bairro tem uma área de 121 hectares (98% desta urbanizada), com 38 mil habitantes. Destes, 3.656 (9,6%) têm mais de 60 anos. Entre os 3.658 moradores não alfabetizados, 840 (22,9%) são pessoas com mais de 60 anos.

De sua população, 24,7% é considerada pobre. Depois das quatro grandes favelas da cidade, é a região com menor renda per capita (renda média de R\$200,00), sendo a que, em 2000, apresentou maior índice de desemprego na cidade, 22,5%.

É um dos oito bairros – entre os 160 do município - que não possui nenhum dos equipamentos culturais presentes nos demais, como teatros e salas de espetáculos, cinemas, museus, galerias de arte, bibliotecas populares /especializadas, escolas/sociedades musicais, espaços e centros culturais <sup>87</sup>.

Na Tabela 1 - Indicadores do Bairro Cidade de Deus (Apêndice D) são apresentados outros dados estatísticos sobre o bairro, com alguns comentários da autora.

• *Encontro com Deuses na Cidade de Deus*

Deuses são criaturas mitológicas, que encarnam diferentes formas, e podem representar virtudes ou vícios dos seres humanos. Não são, portanto, perfeitos. Os idosos e idosas desta pesquisa estão identificados por nomes de deuses, de diferentes mitologias: grega, egípcia e nórdica.

Estão todos na Cidade de Deus, mas, como os deuses que lhes emprestaram os nomes, um dia pertenceram a mundos diferentes.

Como conta Paulo Lins:

*“Por dia, durante uma semana, chegavam de trinta a cinquenta mudanças, do pessoal que trazia no rosto e nos móveis as marcas das enchentes. Estiveram alojados no estádio de futebol Mário Filho e vinham em caminhões estaduais cantando: Cidade Maravilhosa, cheia de encantos mil...”*<sup>86</sup> (p.16)

Um de nossos idosos, que veio em uma destas “levas”, nos conta, com certo orgulho e nostalgia:

*Eu moro no quinze, o primeiro caminhão que chegou no quinze em 66 foi o meu, aqui não tinha nada, eu atravessava aqui e ia beber no botequim dos Bandeirantes. Agora pra beber é outra coisa... (Apolo, 80 anos)*

Cabe destacar o que significa “*morar no quinze*”. No recém criado Loteamento, fora do conjunto habitacional – os Apês – não havia (e ainda não é uma realidade em toda o bairro) infra-estrutura básica (como energia elétrica e saneamento básico). As quadras eram então divididas em números, que também identificavam o número dos banheiros públicos, utilizados por adultos e crianças dos Loteamentos, uma vez que nem todas as casas tinham banheiro próprio<sup>88</sup>.

As divindades mitológicas recebem nomes e significados de acordo com sua personalidade, suas potencialidades, suas características principais, ou seja, encarnam uma identidade própria. Os idosos desta pesquisa têm muito em comum e também muitas diferenças. Sexo, idade, naturalidade, estado civil, são as características da cidadania... outras, são a da cidadania precária ou ausente, como a *diáspora* pela qual passaram:

*Famílias de várias favelas do Rio chegavam ao novo conjunto habitacional. A chance de adquirir uma casa própria e, enfim, estabelecer-se, funcionava como um chamariz, mas a distância e a precariedade das condições oferecidas levavam muitos a reconsiderar a decisão. Se por um lado os trabalhadores tinham que acordar de madrugada e andar três quilômetros para pegar o ônibus no largo da Freguesia, por outro, cada criança que chegava era uma paixão garantida pelo lugar...”*<sup>86</sup> (p.30)

A precariedade que encontraram se expressa igualmente na fala de Freya (71 anos):

*Eu vim em 67, não tinha luz, não tinha água, as casas era tudo no barranco... muitas casas não tinha pronto não. Eu tinha um irmão que veio antes da gente, então a gente vinha aqui visitar ele, as casas não tinha nem banheiro... essa rua que passa carro era um caminho que nem na roça, mato lá e mato cá... mas só que eu quase não ficava aqui, que eu trabalhava fora. Eu vinha mais pra casa não ficar vazia... não tinha escola, não tinha nada, como é que meus filhos ia estudar?*

Entretanto, a condição de pobreza destes idosos - assumida e considerada nesta pesquisa nas dimensões qualidade de moradia, condições sanitárias, acesso à educação, enfim, pelas condições de vida do lugar onde os idosos passaram boa parte de sua vida e onde envelheceram, não aparece de forma explícita em suas falas, mas são apresentadas de forma internalizada e naturalizada, no contexto em que se expressam, sobre um cotidiano que somente se concretiza e acontece em condições adversas, como a fome.

Nix, na mitologia grega, é a personificação da noite... a nossa Nix, de 72 anos, há 14 anos na Instituição, experimentou a noite de diferentes formas, que conta ao ser questionada sobre como chegou até a CSA:

*Eu fazia curativo aqui na (nome da clínica) né, aí a minha filha arranhou um homem, que esse homem, assim, que ela não podia dar comida... aí eu fiquei 15 dias sem comer, tomando café, a vizinha lá também dava café de noite escondido, depois o meu neto, quando esse homem dormia, ele levava lá, não era todo dia, que na Rocinha 2<sup>b</sup> é perigoso, ele levava janta pra mim... aí Dona F. falou “você tomou café?” Eu “não, hoje não, que a vizinha não tava lá” eu tava conversando com ela sobre a minha filha, do homem que não gostava de dar comida, que já dava comida para os dois filhos dela ainda dá comida para a sogra?, aí Dona F. conversou com a Dona L. (Coordenadora) pra eu vim pra cá, mas ela disse que ainda naquele tempo eu não tinha idade, depois ela tornou a falar com ela, aí que ela me aceitou.*

É uma forma de se compreender a peculiar conjuntura onde se insere esta Instituição, e para quem a mesma oferece seus serviços. A naturalização da pobreza, segundo Gomez *et al*<sup>89</sup>, caracteriza-se pela banalização, pela indiferença, pela fatalidade e conformismo, onde não há indignação ou se reage, a pobreza é integrante do cenário social, do ambiente social, enquanto um espaço que é construído historicamente, através de relações econômicas, políticas, sociais e culturais que ocorrem em diferentes níveis, nações, regiões e grupos populacionais.

Os autores destacam a vulnerabilidade de determinados grupos sociais, onde as situações de exclusão se sobrepõem de tal modo que caracterizam o próprio contexto de sociabilidade, o que acontece amiúde em nosso país, onde as desigualdades conduzem a diferentes configurações e graus de exclusão social, não apenas quanto aos vínculos econômicos, sociais e políticos, mas em especial “*nos elementos que a tornam natural*” - vínculos culturais e éticos, que se traduzem nos “*hábitos e costumes, no cotidiano social, nas interações sociais, no âmbito cultural, no eixo de troca valores simbólicos*”<sup>90</sup> (p.180).

Zeus (72 anos) também chegou à Cidade de Deus com a família em 1966, tendo passado pelo Maracanã como os que foram flagelados pela enchente. “*E já era sofrimento. Com a família, sem casa. Eu tinha 3 filhos já*”.

As trajetórias de precariedade levam a vivências em um “*território de infracidania*”. A cidadania apresenta-se de forma diferente conforme a posição social do indivíduo, o que os autores chamam de “*cidadanização seletiva*”. Na pobreza transformada em paisagem, o sujeito não encontra nenhum lugar social, não há um “*pertencimento a nenhum topos social*”. Neste aspecto, a família sempre teve um papel fundamental em nossa sociedade como unidade de pertencimento. A ausência da mesma, não compartilhar este lugar social e estar ancorado pelas relações que ali se dão, vulnerabiliza o indivíduo.

Participaram das entrevistas dezesseis idosos que freqüentam o centro-dia. Destes, três não foram representados por seus familiares no Grupo Focal.

Treze são do sexo feminino e três do sexo masculino. Quatro foram considerados brancos e doze negros, com base na cor da pele, observada pela autora. São naturais do Rio de Janeiro (8), vieram dos outros estados da Região Sudeste (6), da Região Nordeste (1) ou tem sua naturalidade ignorada.

Os idosos entrevistados apresentam majoritariamente poucos anos de escolaridade – 1 a 3 anos (9); dois idosos têm de 4 a 7 anos de escolaridade; outros dois, nenhuma escolaridade; um tem escolaridade ignorada e apenas um possui nível superior. Este faz parte dos 2% de aposentados da Cidade de Deus que possuem curso universitário. Todas as mulheres entrevistadas têm pouca escolaridade, fato este associado à concepção, à época em que se daria sua escolarização, de que as mulheres não precisavam estudar, uma vez que sua função principal eram os cuidados com a casa, filhos e marido<sup>90</sup>.

Como já comentamos, a região é precária em termos de equipamentos culturais. A possibilidade de dar continuidade aos estudos aparece em projetos de alfabetização de

adultos, quase sempre iniciativas das ONG's locais. Entretanto, são projetos quase sempre voláteis, dependentes de recursos externos, que podem acabar antes que os objetivos tenham sido alcançados. Vários dos idosos entrevistados lamentaram o fim dos cursos de alfabetização de que já participaram, inclusive na própria Instituição, que fazia parceria com outra ONG para oferecer a atividade, dizendo: *“já tivemos aqui aula de alfabetização que era uma coisa que pra mim se voltasse eu queria novamente”* (Gaia, 73 anos). Outro fato é o de que o público-alvo é o adulto, e não idosos, de forma que, ali, não há espaço para os que desejarem voltar aos estudos:

*Já fiz alguns cursinhos, esses que tinha às vezes na comunidade... eu tenho preguiça, entendeu? Porque todos os cursinhos que começam aqui na Cidade de Deus, eles não vão para frente. O último que fizemos, que eu estava, era muito bom. Aprendi alguma coisa, a professora era ótima. Mas depois a ONG veio e tirou o projeto para pessoa assim da minha idade... Porque eles só queriam que ensinasse de 15 a 50 anos. Quer dizer, eu já tinha passado da faixa de 50 anos há muito tempo... E ela ensinava pra todo mundo muito bem mesmo... Aí teve esse corte eu num fui mais... E as outras também não ficaram por causa disso... Foi pena ter tirado.*  
(Hera, 71 anos)

A transmissão intergeracional da desigualdade social é marcante no aspecto educacional <sup>91</sup>. Os brasileiros começam a trabalhar muito cedo e com pouca educação, *“a maioria das pessoas consegue o seu primeiro emprego em ocupações inferiores ou iguais às de seus pais e ingressa no mundo do trabalho pela base da hierarquia social”* <sup>45</sup> (p.25-6). Desta forma, a idade com que os jovens começam a trabalhar conflita com a realização escolar. Conseqüentemente, as atividades de trabalho que podem vir a desenvolver são de baixa remuneração, diminuindo as possibilidades de desenvolver uma carreira profissional.

Nas situações de precariedade familiar, as mulheres mais pobres vêm-se compelidas a ingressar precocemente no mundo do trabalho, de forma a desenvolver atividades que possam garantir o seu sustento e, após se casarem, o de suas famílias, colaborando com o orçamento doméstico. O trabalho remunerado é então realizado simultaneamente ao cumprimento das atribuições domésticas, de mãe e de esposa, o que representa uma sobrecarga de atividades. Na ausência do cônjuge, esta necessidade é imperativa <sup>91</sup>.

Hera (71 anos) relata que agora não faz mais nenhuma das atividades domésticas, e explica:

*Já trabalhei muito. Eu trabalhei desde a idade de 10 anos. Até a minha neta que está com 15 anos nascer. Foi a época que eu parei. Criei [a neta] dos 4 meses até os 15 anos... Você vê, trabalhei muito na minha vida para eles terem hoje em dia o pouco que eles sabem que foi o esforço do que eu trabalhei, e eles terem as coisas que eles tinham que ter. Aí agora eu não faço nada em casa!*

O ritmo de urbanização acelerado desde a década de 60 foi acompanhado da feminização da força de trabalho, em especial no setor terciário, em ramos de atividade com graus variados de formalização das relações de trabalho: a prestação de serviços, o trabalho social e a administração pública <sup>45</sup>.

As mulheres idosas desta pesquisa tiveram como atividade profissional ao longo da vida aquelas relacionadas à prestação de serviços domésticos (empregada, diarista, faxineira, lavadeira) e ao universo feminino (cabeleireira, costureira). Quanto aos homens, os de menor escolaridade exerceram as atividades de vendedor e motorista de ônibus urbano e o que possui nível superior é contador.

A idade dos idosos variou entre 65 anos e 88 anos; como a Instituição recebe excepcionalmente pessoas em situação de vulnerabilidade, há uma das entrevistadas que não é idosa segundo os parâmetros legais: tem 50 anos e foi admitida para tratamento fisioterápico após sofrer um acidente vascular encefálico (AVE), e para minimizar os efeitos de uma desnutrição prolongada.

Quanto ao estado civil, quatro são solteiras; nove são viúvos (as); duas estão “separadas”; apenas um é casado. Todos tiveram casamentos homogâmicos, uma vez que a escolha marital ocorre em função de características sociais e do perfil social do núcleo em que se vive, tendo a “*educação um efeito segregador e hierarquizador sobre a vida social, definindo padrões e possibilidades de interação entre pessoas com escolaridades diferentes*” <sup>92</sup> (p.376). Esta seletividade marital por nível educacional dos cônjuges é importante para analisar a reprodução intergeracional das desigualdades sociais. Hasenbalg <sup>48</sup> acredita que “*mesmo que a probabilidade de ser pobre diminua com a idade, a elevada incidência de pobreza nas fases iniciais da vida das pessoas não deixa de constituir um reforço aos processos de transmissão intergeracional da pobreza*” (p.464).

Freya, que ainda trabalha “em casa de família” como diarista, fala das suas origens e das do esposo, com a comum expressão de quem pertenceu (pertence) às classes populares:

*Eu era filha de lavadeira e ele também... quer dizer, nós dois viemos de baixo, graças a Deus... a minha sogra, ela não sabia nem ler nem escrever, mas engomava, costurava, se desse um terno pra ela fazer ela fazia num minuto!*  
(Freya, 71 anos)

Algumas das idosas consideram a viuvez como a chegada da liberdade, é quando adquirem voz própria, autonomia, e podem dar vazão aos seus próprios sentimentos e opiniões. Ísis, de 68 anos, explica porque considera sua saúde melhor agora:

*É, eu acho que sim, porque no tempo que eu tinha marido eu ficava muito em casa né, e depois com a doença que eu tinha aí eu ficava muito deprimida em casa com o problema da doença. Depois que eu vim pra aqui melhorou bastante, melhorou 100% (ri).*

A Instituição aparece como um espaço onde estas manifestações são permitidas, estimuladas e acolhidas, sendo a manutenção das relações sociais ali adquiridas, parte de seus projetos atuais. Na fala de Motta <sup>92</sup>,

*Movimentam-se, homens e mulheres, em sentidos diferenciados, conforme suas trajetórias de vida: os homens, para o lazer e o descanso, ou em bem menor número, para atividades públicas políticas, principalmente o movimento dos aposentados; as mulheres, para atividades de mais clara liberação existencial, de lazer e cultura. Mas todos tendo, em comum, a intensificação ou retomada de uma universalmente desejada sociabilidade. (p.45)*

Diferentes falas dos entrevistados trazem este conteúdo para justificar porque freqüentam a CSA:

Selene (67 anos): *Como assim? Ah eu vim aqui rir, conversar, depois teve a psicóloga também, eu vim aqui no dia da psicóloga e fui ficando, ficando... os passeios...*

Ártemis (67 anos): *Por causa da convivência do pessoal, da amizade, não é? As atividades que tem.*

Atena (88 anos): *Porque eu preciso não é?... aqui eu me descanso mais, me distraio muito com as pessoas, os colegas, a gente brinca, a gente fala, isso me distrai até da minha doença.*

Metade dos idosos relata ter procurado a Instituição para a realização de uma *atividade específica* (artesanato, coral, dança) e a outra metade aponta para uma *necessidade específica*, como alimentação <sup>c</sup>, cuidados da enfermagem, cuidados diurnos enquanto os familiares estivessem fora e, principalmente, todos buscaram o convívio social e a fuga do isolamento.

Não foi possível saber com precisão a data de entrada na Instituição de todos os entrevistados. Com algumas modificações ocorridas ao longo do tempo no que tange aos registros documentais, alguns dados se perderam.



Para estes idosos, a classificação na Tabela 1 “+ de 10 anos”, foi estimada com base nas informações colhidas na entrevista, ao perguntar ao idoso “*como chegou à Instituição*”, pela narrativa da época, nomes de funcionários, atividades que desempenhavam e outros idosos com quem lidava.

Embora não seja possível fazer uma relação direta entre *freqüência à Instituição x longevidade*, um dado que nos chama a atenção é a idade dos idosos que freqüentam a Instituição há 5 anos ou mais (doze dos dezesseis idosos). Todos já superaram a média de expectativa de vida do bairro – 66,66 anos, mas para além do número de anos acrescentados à vida, há a questão da vida acrescentada aos anos, considerando-se o que mudou se perguntamos “*Sua saúde é melhor agora?*”, mesmo a um idoso jovem:

*Ah, quando eu entrei aqui... Quando eu entrei aqui, eu entrei terrível. A minha fisionomia era... Eu tenho até uma fotografia em casa, era muito fechada. Eu tinha vergonha de olhar para o espelho, para a fisionomia. Hoje o semblante é alegre. Eu consigo sorrir. Eu não sorria mais, eu entrei dentro de mim como um caramujo, não sorria, não falava, a voz sumiu completamente. Eu tinha vergonha de falar que eu tinha curso disso, curso daquilo. Muito chato.*  
(Osíris, 68 anos)

Quanto à situação domiciliar, doze dos dezesseis idosos entrevistados coabitam com parentes. Cabe lembrar que muitos dos idosos foram morar na Cidade de Deus de forma compulsória após a enchente de 1966 na cidade do Rio de Janeiro. Desta forma, as casas que ocuparam não eram suas “casas de família” no sentido da transmissão geracional. Apartados de muitos parentes, constituíram nessas novas casas seus núcleos familiares, criaram ali seus filhos e receberam seus netos.

Dentre os quatro que moram sozinhos, três afirmaram que o fazem por opção, e apenas um não tem a opção de coabitar com parentes.

Quanto às atividades da vida diária (AVD’s), há uma idosa que apresenta dependência para as ABVD/AIVDH’s, tendo como principal cuidador no domicílio seu filho. Sua familiar, no Grupo Focal conta que

*Em casa é meu irmão que cuida dela, eu tenho meu irmão que é paraplégico, ele que arruma ela todos os dias, bota ela para tomar banho, porque é o compromisso que ficou com ele, porque ele é bem são, só é paraplégico, então ele arruma ela, dá remédio, aplica insulina nela, é isso aí. (P6)*

Entre os outros (as) idosos (as), há sete que são dependentes para as AIVD’s, o preparo dos alimentos, cuidado com as roupas e, especialmente, idas ao banco/ao médico, limitação que pode ser atribuída, em parte, à baixa escolaridade.

Mesmo com seqüelas de um AVE, Zeus, de 72 anos fala das atividades que faz em casa: “*Faço uma comidazinha para mim. Tenho dificuldade para lavar uma camisa... Lavo, mas com dificuldade, mas lavo. E é isso*”.

Quanto aos outros oito idosos, são independentes para todas as AVD's, como Selene, de 67 anos:

*Eu lavo, eu passo, eu costuro, eu pinto. (Risos)  
Lá em casa foi eu que pinte em cima e em baixo sou eu que pinto a casa, eu gosto né, essas coisas, panela eu gosto de ariar, aí vai ariando, ariando...*

Quanto ao questionamento sobre qual seria a pessoa a qual o idoso estava mais próximo emocionalmente, obtivemos as seguintes respostas: sete apontam os filhos; cinco, os netos; uma idosa apontou a nora como pessoa mais próxima, outra a vizinha, uma a sobrinha, e um idoso relatou que a equipe da Instituição e os idosos que a freqüentavam eram as pessoas mais próximas a ele.

A idosa que aponta a vizinha como pessoa mais próxima emocionalmente tem no sobrinho o seu responsável perante a Instituição, e mora sozinha, aos 88 anos. Mesmo com alguma dependência, morar sozinho é ainda sinônimo de liberdade para os idosos que optaram por isso. Para Lins de Barros, “*a própria independência passa a contar como valor: morar só pode aparecer como um desejo e como uma preferência, mesmo que não se realize*”<sup>93</sup> (p.33). É a fala de Atena que conta que tudo melhorou quando o sobrinho se mudou da casa dela com a esposa;

*Mudou porque eles ficaram lá em casa seis anos, mas depois vieram as duas garotas e ela (a nora) também queria a casa dela, ele montou uma casa pra ela e eu fiquei sozinha, mas eu preferi ficar sozinha...  
Melhorou pra mim porque eu quero a minha liberdade na minha casa. Na minha casa eu quero ter a minha liberdade, tá?*

Com uma deficiência visual importante, eventualmente precisa de ajuda, tendo as “colegas” e a Instituição como principal referência. Sua fala traz uma observação interessante quanto às redes de solidariedade disponíveis:

*As colegas me ajudam quando eu tô ruim... mas assim, elas também são de idade né, colega é de acordo com o que a gente é, quem é nova só pode ter colegas novas, não é? Você não tem que procurar as colegas mais novas, que as novas querem andar com as novas, então é assim, mas Deus tem me ajudado muito, e aqui na CSA também, me ajuda porque eu fico aqui sentada e não faço nada já fico descansando, né?  
(Atena, 88 anos)*

“*Ser de idade*” expressão comum entre os idosos, representa a forma como as categorias de idade foram socialmente constituídas e periodizadas. São processos biológicos elaborados simbolicamente, definindo fronteiras entre as idades, fronteiras estas que mudam em cada sociedade. O sistema de datação no qual se baseia a idade cronológica – que não leva em conta a estrutura biológica ou a maturidade do indivíduo, é praticamente ausente nas sociedades não-ocidentais. É uma verdadeira luta política para a redefinição de poderes em diferentes momentos do ciclo da vida e no interior das classes sociais, tendo como referência a idade cronológica. Debert<sup>94</sup> chama a atenção para o fato de que “*o envelhecimento físico ou a idade legal tornaram-se mecanismos fundamentais de classificação e separação de seres humanos*” (p.61). Torna-se um mecanismo para a atribuição de status (maioridade), de papéis (entrada no mundo do trabalho), de demandas sociais (os direitos conquistados, como a aposentadoria).

*“Bourdieu enfatiza: as classificações por idade (também por sexo e classe) acabam sempre impondo limites e produzindo uma ordem em que cada um deve se manter... em seu lugar”.*<sup>93</sup> (p.226)

Desta forma, o perfil de nossos entrevistados pode ser assim resumido: maioria de mulheres, idosas, negras, pobres e de baixa escolaridade, que trabalharam e ainda trabalham em atividades historicamente mal remuneradas e de importante desgaste físico, coabitando com seus parentes em domicílios multifamiliares e multigeracionais.

Quanto aos três homens, o que chama a atenção é o fato de dois serem negros, de baixa escolaridade (nenhuma/ignorada) viúvos e com vínculos familiares precários; o único idoso de nível superior da pesquisa é homem, branco, casado e com um bom suporte familiar, pelas falas do próprio idoso e da esposa. Uma amostra pequena, mas configurando uma pequena amostra do real universo da Cidade de Deus.

• *Famílias: “começo de tudo, tudo no mundo”*

Uma bela concepção de família é trazida por Vitale <sup>95</sup>: “Algo que se define por uma história que se conta aos indivíduos, ao longo do tempo, desde que nascem, por palavras, gestos, atitudes ou silêncios, e que será por eles reproduzida e ressignificada, à sua maneira, dados os seus distintos lugares e momentos na família” (p.26). Os idosos que acabamos de conhecer e os familiares que virão, são chamados a falar deste momento da família que é o envelhecimento. E cada um ocupa, um lugar distinto, e é desse lugar que vêm as suas falas.

A definição de “família” do IBGE para análise da PNAD considera a coabitação em domicílios particulares, mesmo que não haja relações de parentesco entre os residentes – “conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência”<sup>48</sup>.

Bourdieu <sup>96</sup> lembra que há uma constelação de palavras que podem definir o que é família, que antes de descrevê-la, a constrói, como uma realidade social. São indivíduos que coabitam por algum vínculo: casamento, filiação ou qualquer outro parentesco.

E o parentesco nem sempre reflete a relação subjacente no senso comum. A idosa representada pela nora afirma que ela... *É uma filha pra mim*, e a nora demonstra imensa admiração pela sogra idosa... *“Eu queria ser como ela, minha sogra. Eu velha queria ser como ela”* (P9).

Como citado anteriormente, o familiar do idoso convidado para o grupo focal foi a pessoa responsável por ele perante a Instituição ou a considerada mais próxima emocionalmente. Assim sendo, a definição do IBGE faz sentido nesta abordagem, pois aquele que chamamos de “familiar do idoso” poderá ou não ter com estes, laços consangüíneos. Para Elias, mesmo em nossas sociedades industriais e altamente urbanizadas, as pessoas são capazes de formar laços afetivos não somente com a família, mas com um círculo de amigos e conhecidos.<sup>97</sup>

As famílias dos idosos entrevistados foram representadas no Grupo Focal por dezessete pessoas (Apêndice F - Tabela 3 – Dados dos Familiares,), sendo que uma idosa estava representada pelas duas filhas e um dos participantes ausentou-se do Grupo antes do término e sem participar. Desta forma, podemos considerar que quinze idosos da Instituição foram representados no Grupo.

Destes quinze idosos, três não foram entrevistados, por razões diversas: comprometimento severo da fala, da audição e pelo fato de uma idosa ter perdido o filho no período das entrevistas, estando emocionalmente comprometida.

O número de participantes (17 pessoas) nos surpreendeu positivamente, pois havia um certo pessimismo por parte da equipe da CSA quanto ao comparecimento dos familiares para uma reunião agendada em um domingo pela manhã. Em outras ocasiões, o quorum havia ficado aquém do esperado.

Alguns idosos não tinham certeza de que seu familiar compareceria. Uma das idosas chegou a afirmar que a filha não iria por duas razões: a primeira pelo fato de que a filha não gostava de ir à Cidade de Deus; e a segunda era porque, se fizesse sol, ela certamente iria à praia. Contrariando as expectativas da mãe (e da equipe), esta filha compareceu e foi uma das mais participantes.

Os familiares eram, em sua maioria, filhas (8) / filhos (2) dos idosos; cônjuges (02 pessoas); netas (02 pessoas); uma sobrinha, uma nora e uma enteada. Esta classificação foi feita pela *Ficha de Identificação* e pelos próprios familiares, destacando-se a enteada (que afirmou esta relação muitas vezes durante a dinâmica) e um dos filhos, que na verdade é sobrinho de uma das idosas (ele se colocou como filho, embora na entrevista a idosa o tenha identificado como sobrinho).

Houve espontaneidade e sinceridade nas falas, o interesse dos participantes no tema foi além do esperado. Falar de seus pais e de suas mães, seus defeitos e qualidades parecia emocionar os filhos, bem como colocar para o grupo as dificuldades encontradas no processo do cuidado.

Desta forma, podemos dizer que temos, no sentido da responsabilidade familiar perante os idosos da Instituição, a presença de uma geração anterior a estes.

Aos dois cônjuges devemos dar merecida atenção. Trata-se de uma *esposa*, que tem dezenove anos a menos que seu esposo idoso, participa de atividades na CSA e mostra-se preocupada não apenas com o envelhecimento dele, mas com o seu próprio, trazendo um forte componente da importância do estilo de vida para a manutenção da saúde na sua fala:

*Eu já tenho essa preocupação desde os 21 anos de idade. E, aos 30 anos, eu estabeleci uma meta, que eu ia começar a eliminar um monte de vícios meus para poder ter um envelhecimento de qualidade. E aos 30 anos eu comecei a ir dando uma freada nos meus impulsos, no meu comportamento e evitando algumas determinadas coisas, porque eu bebia muito e fumava muito. E aí o que eu ganho? Peso. Peso sobre peso, uma dificuldade tamanha para baixar de peso, mas muitas coisas eu fui eliminando e está dando certo. (P12)*

O outro cônjuge é o marido o responsável pela senhora de 50 anos admitida excepcionalmente na Instituição para a Fisioterapia e por estar desnutrida, tendo sido o mesmo que se ausentou sem participar. Esta senhora declara-se separada quanto ao estado civil, morando com o filho. Na entrevista relata que após o AVE o esposo lhe disse:

*“Você dá um tempo, porque você só vai vir pra cá quando você ficar boa” “- Hum, o que você achou disso?” “Ah eu achei... eu achei muito forte”.*  
(Jord, 50 anos)

Como na situação citada, um estudo conduzido no município de São Paulo avaliou a situação de 102 pessoas com seqüelas de AVE, com quadro de dependência para a realização das AVD's. Tal fato gerou impacto nas relações familiares, levando a alterações inevitáveis no afeto, nas finanças, nas relações de poder, dentre outras variáveis. Mostrou a necessidade da reorganização familiar quando o idoso perde a sua independência e autonomia, já que alguém da casa teve que assumir as suas funções e a de cuidador, com tarefas que iam desde a higiene pessoal até a administração financeira da família. Com frequência este papel foi desempenhado por uma mulher da família, esposa ou filha, sendo que 67,9% não recebiam ajuda para estes cuidados, demonstrando ser ainda marcante a questão de gênero quando há dependência e demandas de cuidado <sup>98</sup>.

Quanto ao sexo, dos dezessete participantes, apenas três eram do sexo masculino, praticamente repetindo a proporção apresentada entre os idosos entrevistados, e fortalecendo os dados que apontam maior sobrevivência entre as mulheres idosas (a feminização da velhice), bem como a marcante questão de gênero que aponta a mulher como principal cuidadora, apesar de todas as mudanças ocorridas na sociedade e na família. Entre estas quatorze mulheres, somente uma declarou-se “do lar” quanto à atividade profissional, de forma que todas estão inseridas no mercado de trabalho, e sofrem, desta forma, uma sobrecarga, sem que, no entanto, haja visibilidade social para este trabalho.

Para os que residem com seus idosos, o fato de ficarem sozinhos parece pesar mais pela possível sensação de abandono ou solidão que pela demanda específica de ajuda para as atividades da vida diária.

Uma delas reflete a preocupação em deixar a mãe sozinha, uma vez que tem que sair para trabalhar:

*Então entre ela ficar sozinha e ficar aqui, prefiro que fique aqui. Entendeu? Tendo outras pessoas para conversar. Porque a gente tem que entender que... se o idoso fica parado a mente fica ali, aquela coisa toda. Aqui a mente dela vai sempre evoluir, estar melhor... Eu não permitiria deixar a minha mãe sozinha, nem que eu fosse levar ela para o trabalho, e ela ia ficar lá sentada, porque eu não permitiria deixar a minha mãe sozinha, alguém ia ter que ficar com ela. Então eu acho que essa é a diferença...*  
(P2)

DaMatta <sup>99</sup> considera o isolamento um ponto crítico quando se trata de identidade social no Brasil, “quando não há nenhuma possibilidade de definir alguém socialmente por meio de sua relação com alguma coisa”.(p.42)

Com exceção de dois participantes, que residem em bairros próximos, todos são moradores do mesmo bairro onde funciona a Instituição, a Cidade de Deus.

A dificuldade de mobilidade social pode ser apontada no local de moradia dos familiares, nas mesmas condições que os idosos, e também na baixa escolaridade e conseqüentemente, inserção no mercado de trabalho de acordo com o nível educacional.

Na Tabela 3 (Apêndice F) percebemos que as atividades profissionais desempenhadas pelos familiares evoluem em relação às de seus idosos, uma vez que esta geração já se beneficiou do avanço educacional. São cargos que exigem no mínimo o ensino fundamental – 9 anos de escolaridade, e alguns o ensino médio ou técnico. Não há profissionais de nível superior, e ao término da dinâmica, quando foi solicitado que preenchessem a ficha de dados pessoais, três dos participantes, constrangidos, solicitaram, à pesquisadora que o fizesse, pois não “podiam” fazê-lo. São, não por acaso, os participantes com mais idade do Grupo Focal, entre 57 e 62 anos.

As famílias caracterizaram-se como *família estendida*, em sua maioria, conforme a Tabela 3. São domicílios multigeracionais, característica especialmente marcante entre as famílias de estratos sociais mais baixos. Dos dezessete familiares presentes, doze coabitam com o idoso que representavam.

Ressalta Bourdieu <sup>97</sup> que muitos grupos que se intitulam “família” nos Estados Unidos hoje, na verdade não correspondem a esta definição dominante de família nuclear, que na maioria das sociedades modernas é uma experiência minoritária, a exemplo de casais que vivem juntos sem se casar, das famílias monoparentais, de casais que vivem separados, entre outros. A família que passamos a considerar natural e que parece ter tido sempre esta aparência, é na verdade uma invenção recente e talvez condenada a desaparecer, face aos novos arranjos e vínculos familiares que se vão inventando.

O arranjo familiar extenso mostra-se desfavorável à acumulação de capital cultural, onde seus membros apresentam médias educacionais inferiores às do total, sendo ainda mais baixas entre os arranjos chefiados por mulheres com seus filhos e parentes. É este tipo de arranjo – mãe com filhos e parentes que se concentra no quintil mais pobre na avaliação do capital econômico pela RFPC, chegando a ser quase duas vezes maior que no quintil mais rico; é onde a razão de dependência é mais elevada<sup>48</sup>.

Para Guedes e Lima<sup>100</sup>(p.134), entre famílias de estratos sociais mais baixos é comum haver um número considerável de famílias “*sem a presença masculina, com mulheres aparentadas de mais de uma geração e suas proles, denominadas famílias matrifocais*”. Em nossa pesquisa, formulamos a mesma pergunta para os idosos e para os familiares que participaram do grupo focal: “*como é a sua família, quem mora com você entre parentes e não parentes?*”. Considerando que havia dezessete domicílios representados no grupo, destes, cinco certamente são chefiados por mulheres, sem a presença masculina; com exceção de um, todos têm, no mínimo, duas gerações (pais e filhos). Como “chefe de família” estamos entendendo ser a pessoa que, na unidade familiar é posicionada como “de referência”.

As respostas dos idosos também caracterizaram suas famílias como matrifocais, à exceção dos três idosos do sexo masculino entrevistados: dois são viúvos; o terceiro mora com a esposa e a família da filha. Entre as treze idosas entrevistadas, há três que moram sozinhas, e as demais coabitam com filhos (as), sobrinhos, netos e bisnetos, e ainda, em três casos, os cônjuges dos filhos (as) formando, amiúde, um domicílio com três gerações, por vezes em unidades multifamiliares, onde a família primária foi composta pela pessoa idosa e a família secundária é com frequência de um dos seus filhos.

Esta família tem como espaço de referência e delimitação, a casa, e ao questionar “*Como é a sua família?*”, o arranjo e a disposição da família no espaço físico prevaleceu muitas vezes. A ênfase na condição arquitetônica das residências está na preservação da independência dos pequenos núcleos familiares; as relações são preservadas, mas cada um na sua casa:

*Moro com filhos, sobrinhos e irmãos no mesmo terreno, em casas separadas*” (P6);  
“*Bastante unida, pois sou casada e moro no mesmo terreno da minha mãe*” (P11);  
“*Unida em todo sentido, meu esposo, e eu; minha filha, neta e genro no andar de cima da casa, no mesmo quintal*” (P12);  
“*A minha filha fez a casa dela no quintal, quer dizer, nós não somos separado de quintal, de muro, de nada não...*”  
(Freya, 71 anos)



“Pequenos núcleos familiares que dividem o mesmo quintal” nos remete ao pensamento de Guedes e Lima <sup>101</sup> (p.140), ao afirmar que *“essa paisagem é, de certo modo, a forma visível assumida pela valorização simultânea da organização nuclearizada da família e das redes de parentesco”*. É uma paisagem que busca conciliar o recorte fechado de família nuclear (continuamente recriado), com a experiência de viver em redes de *“compadrio e vizinhança”*.

Nos bairros mais pobres da região metropolitana da cidade do Rio de Janeiro, são comuns os *“puxados ou puxadinhos”*, construções que, a depender do tamanho do terreno, aumentam horizontal ou verticalmente as edificações originais, com frequência de forma precária. No processo desta construção costuma-se manter uma relativa independência em relação à casa “matriz”, especialmente a “entrada independente”, reforçando *“a liberdade de movimentação de seus moradores”*. Como em nossos exemplos, objetivam abrigar as novas famílias, quase sempre formadas pelos filhos que se casam. O que os entrevistados denominam *quintal* ou *terreno*, costumam reunir algumas *“casas independentes em um mesmo lote, ocupadas por famílias que se consideram aparentadas”* <sup>101</sup> (p.139).

É adequar-se ao modelo de família que se naturalizou como “O Modelo”. É sob este aspecto que Bourdieu <sup>97</sup> afirma que, *“a família é, em efeito, uma ficção, um artefato social, uma ilusão no sentido mais corrente do termo, mas uma “ilusão bem fundamentada”, porque, ao ser produzida e reproduzida com a garantia do Estado, recebe a cada momento deste Estado, os meios para existir e subsistir.”*(p.138). É para este modelo, afinal, que são pensadas a maioria das políticas públicas voltadas para as famílias <sup>d</sup>. Na concepção de Gueiros <sup>101</sup>, para as famílias de estratos sociais mais baixos, a principal referência continua sendo o modelo patriarcal, e na sua configuração como rede, e não como núcleo (o que ocorre com maior frequência nas famílias de estratos médios), estaria envolvido um sistema de obrigações morais para além do parentesco e dos laços consangüíneos, viabilizando condições básicas para sua existência.

A alta prevalência de domicílios intergeracionais também pode ser mais uma estratégia de sobrevivência do que uma opção cultural. A dificuldade de inserção no mercado de trabalho experimentada pelos mais jovens, além da informalidade e da precariedade do trabalho, são condições que afetam o bem-estar atual e futuro destes jovens e limitam a capacidade de poupança para os pais idosos, que mantêm seus filhos por um tempo maior. A divisão da renda gera um declínio importante na qualidade de vida deste idoso, pois as prioridades não vão recair sobre suas necessidades básicas

(como uma nutrição mais adequada às suas necessidades, medicação, calçados apropriados) e sim na manutenção deste domicílio (como alimentação para todos e contas públicas)<sup>102</sup>.

Zeus (72 anos) afirma que não se casou novamente, e nem quer. Teve uma família grande, oito filhos legítimos, um adotivo. “*Eu sei dizer que entre todos, a mulher, eles todos e eu, era um time!*”. Hoje mora com um dos filhos:

*A diferença de eu vir para cá e ficar em casa é que eu fico o dia todo aqui, a casa fica fechada. O rapaz, o meu filho é muito bom, mas não pára em casa. Então na hora que eu chego não está uma coisa adequada conforme eu quero dentro de casa. Porque se eu saio, ele arruma a comida para ele, fica sujo, eu tenho que lavar, com essa mão que não tem firmeza. Aí eu lavo, às vezes se tem que fazer uma comida eu faço. Porque ele não está trabalhando. Então não está trabalhando fica comigo, não é?*

“*O que é um ambiente acolhedor? Será ele construído por um gosto refinado na decoração ou será uma reminiscência das regiões de nossa casa ou de nossa infância banhadas por uma luz de outro tempo?*”<sup>103</sup>.

Se a casa já não é mais o espaço familiar almejado, outros espaços e lugares podem vir a ocupar esta lacuna. É o que retrata a sobrinha de uma das idosas:

*A minha tia ela não tem vontade de ir para asilo nenhum não, mas ela tem vontade de voltar para a terra dela. Eu acho que ela pensa que a terra dela ainda continua como era quando criança, na infância e tal, ela fica: “Ah, eu quero ir para Campos, eu quero ir embora daqui...”*  
(P8)

Não é mais a casa enquanto domicílio, mas a casa enquanto universo simbólico. A casa delimita a família. Os estudos sobre a família não deixam de citar a obra de Ariés para contar como as mudanças operadas no local de habitação da família a partir do séc. XVIII, quando os cômodos da habitação especializaram-se de acordo com a sua função, fez com que a privacidade da família fosse então confundida com a privacidade da casa. É considerada uma das maiores mudanças na vida cotidiana da família. Foram delimitados os espaços internos, havendo distinção entre os “espaços de sociabilidade” e aqueles destinados “ao dormir, ao comer, ao asseio”. O novo modelo arquitetônico trouxe, principalmente, o isolamento do mundo exterior, onde esta família pôde criar o seu próprio espaço social e se resguardar dos olhares externos e tornar as relações mais íntimas, dando a cada um de seus componentes uma maior atenção<sup>101</sup> (p.135).

Para Bourdieu<sup>97</sup>, uma das formas de se conceber família é pela casa, a moradia, como lugar estável, que permanece, e seus ocupantes, como uma unidade permanente. A palavra *espelho* aparece na dinâmica com os familiares trazendo a conotação da

presença do outro na casa, marcante e presente, como se estivessem olhando para si próprios:

*O familiar é o espelho da casa. (P13)*  
*Ela para mim nesse sentido, essa disposição, essa garra que ela tem de sair, de vir para cá, de resolver as coisas delas, para mim é um espelho, é o que eu quero ser no futuro... (P14)*  
*A minha mãe é o espelho de todas nós lá dentro de casa. (P2).*

“Benção, mãe!, Um beijo” (P15). A casa só tem significado pela presença dos familiares, por isso faz sentido passar na casa da mãe, ainda que rápido, para dar um beijo e tomar a benção. Entre os idosos, eles só saem da CSA mesmo após as 17h, que é quando tem gente em casa.

*Porque agora a casa está sozinha, em casa só começa a ter movimento às 5 e meia da tarde que eu saio daqui, G. (filha) sai do trabalho, o menino chega do trabalho... (Hera, 71)*

É neste espaço, portanto, que ocorrem também os maiores conflitos, e cada acontecimento que venha a alterar o curso de vida das famílias – o nascimento ou a morte de um dos membros, passando por casamentos e separações e claro, pelo envelhecimento – irá produzir alguma transformação na forma como os vínculos estão estruturados, nas competências, nas relações de poder e autoridade. É quando a “ordem” da casa é perturbada <sup>25</sup>.

*A minha avó pediu: “Me põe no asilo, não quero mais ficar aqui não”. Ao mesmo tempo que ela pede para botar no asilo ela: “Não, não quero sair de perto dos meus netos não. Eu não vou”. É de repente, é coisa da cabeça. Porque assim, a minha mãe preocupou muito ela, por ser filha única e ser alcoólatra. Teve uma vez que ela chegou até a bater na minha avó, entendeu? Então são coisas que acontecem dentro de casa que ela mesma fala: “Ah, eu quero sair daqui. Eu vou para um asilo”. Mas não é porque ela quer, é porque a minha mãe perturba muito ela. Tanto que eu tive que pegar a minha mãe, internar na Colônia para a minha avó poder ter um sossego. Aí quer dizer depois que a minha mãe ficou internada na Colônia a minha avó melhorou bastante. Até em conversar, a convivência dentro de casa, porque não estava dando. (P4)*

São momentos em que a vida familiar passa por uma transição provocada por atribuições que acabam por colocar estas famílias – e em especial seus membros mais frágeis - em situação de vulnerabilidade, que, dependendo de suas condições sociais, poderá ter maior ou menor impacto. Miotto <sup>25</sup> observa que não se deve ter a família como um “*espaço natural de cuidados*”, pois o “*terreno sobre o qual a família se movimenta não é o da estabilidade, mas o do conflito, o da contradição*”.

Neste universo encontra-se a pessoa mais próxima emocionalmente do idoso e/ou aquela que se responsabiliza pelo mesmo perante a Instituição, onde predominam filhos e netos.

Para que as estruturas de parentesco e de família funcionem e se perpetuem como um *corpus*, é necessária “*uma criação continuada de parentesco familiar, de coesão e adesão*”, ou não haverá o “grupo familiar” nem a defesa de seus interesses, estes que fazem a família passar de uma “*ficção nominal para um grupo real*”. Nesta, seus membros estarão unidos por intensos laços afetivos, depois de completada a tarefa, quase sempre feminina, de transformar a obrigação de amar em disposição para o amor e dotar cada um de seus membros de um “*espírito de família*” que gera dedicação, generosidade, solidariedade, onde as trocas são constantes: atenção, presentes, serviços, ajuda, visitas, amabilidades...<sup>97</sup> (p.131)

No discurso corrente busca-se extrair da família, e de forma universal, modelos ideais das relações humanas, como o conceito de fraternidade, e as relações familiares em sua definição oficial tendem a funcionar como princípios de construção e valorização de toda relação social.<sup>97</sup>

Este “*espírito de família*”, que se desdobra na atenção e no cuidado, é extremamente valorizado na sociedade brasileira, e para os mais pobres seu significado é central enquanto referência simbólica, é o que organiza e ordena a percepção do indivíduo no mundo social e alimenta a transmissão intergeracional das referências<sup>96</sup>. E está na fala de alguns familiares:

*“Ter uma boa estrutura familiar eu acho que daí é o começo de tudo, não é? Porque se você tem uma família que tome conta um dos outros... Eu acho que se a gente cuidar do idoso que a gente tem na família, eu acho que é importante. Porque aí o filho mais novo vê que a mãe cuidou da mãe, cuidou da avó e vai. Então a família cresce assim, respeitando o idoso, olhando mais por eles”.*(P3)

*E quando ela adoeceu, falou para a gente assim: “É, verdade, agora vocês vão ter filho e eu não vou mais poder ajudar”. Mas eu falei assim: “Não, mas nós estamos aqui para ajudar a senhora agora. A senhora não vai poder ajudar, mas vai poder participar conosco, ver a nossa família crescendo”. Porque a família sempre cresce, não é? Realmente nós temos que continuar cuidando dos nossos idosos para poder os nossos filhos vê e cuidar de nós no futuro...”*(P6)

Bourdieu<sup>97</sup> acrescenta, porém, que a família, fruto de um processo de institucionalização, orienta-se de forma técnica e ritualística para que os sentimentos que perpassam as relações sejam sempre adequados o suficiente para garantir a integração, como garantia de que, enquanto entidade instituída ela permaneça “*unida*,

*integrada, unitária, portanto estável, constante, indiferente às flutuações dos sentimentos individuais*". Destaca os diferentes atos de reafirmação e de reforço, "*como os afetos obrigatórios e as obrigações afetivas do sentimento familiar – amor conjugal, amor materno, amor filial, amor fraternal*"... (p.131)

Há, pois, situações onde a sensação de obrigação e reciprocidade não existe, pela fragilidade dos laços afetivos entre os indivíduos. Apolo, 80 anos, viúvo, foi representado por sua enteada no Grupo Focal. Esta, em diversos momentos afirmou "... *Ele é meu padrasto, não é meu pai, conforme eu já falei... ele não é meu pai assim. Se é um pai...*" (P13), apontando o fato como um dos motivos pelo qual não deveria ser a única responsável pelo idoso e sua principal cuidadora. Ele, por sua vez informa, na Ficha, que as pessoas mais próximas a ele emocionalmente são os idosos e a equipe da CSA. E ao ser questionado sobre as razões pela quais frequenta o centro-dia, responde: "*Eu venho pra cá porque eu gosto. Porque isso aqui se acabar me abala...*".

Situação semelhante é vivida por uma familiar, filha da idosa que frequenta a Instituição. Não sabe dizer como lidou com o envelhecimento da sua mãe, e explica:

*"Eu não tenho muito que falar não, porque eu não fui criada com a minha mãe, ela veio para a minha companhia agora, porque estava toda ruim, mas eu fui criada pela minha avó. Agora que eu estou cuidando dela. Mas ela é terrível, sabe? Ela é jogo duro, gosta de fazer desfeita para os outros, por mais que gente faça por ela, ela joga na cara. Sabe? A minha irmã abandonou ela. Alugou um quarto e largou ela de mão. Eu sei agora que ela está precisando de nós, porque antes não precisava. E mesmo assim, tudo que a gente faz ela não agradece". (P7)*

Elias <sup>98</sup> diz que "*não devemos nos iludir*". Em todas as famílias, em especial nas multigeracionais, a harmonia nem sempre é frequente. Há "*maior desigualdade de poder entre homens e mulheres e entre jovens e velhos. Seus membros podem amar-se ou odiar-se, talvez as duas coisas ao mesmo tempo... não há neutralidade emocional dentro da família extensa*" (p.100).

• *O Centro-dia: “Tirando leite de pedra”*

O campo da pesquisa trata-se de uma Instituição, que chamaremos de CSA, de caráter não-asilar para pessoas idosas, uma organização não-governamental situada na Cidade de Deus. Seu funcionamento teve início em 1987, sob coordenação da Paróquia local. Os trabalhos foram suspensos em 1991 por falta de recursos e reabertos no mesmo ano pela atual coordenadora e informante-chave desta pesquisa. Tornou-se uma entidade jurídica em 1998. Está entre as cinco entidades que oferecem a modalidade centro-dia no município do Rio de Janeiro, e foi a primeira do gênero a funcionar em uma comunidade de baixa renda no país. Além do centro-dia, oferece a modalidade de atendimento conhecida como Centro de Convivência<sup>e</sup>.

A Informante-Chave (IC) da Instituição é uma Assistente Social, que começou a desenvolver as atividades na CSA no mesmo ano em que se formou, alguns meses depois (Apêndice G – Dados do Informante-Chave). A história da Instituição passa então a se confundir com a trajetória profissional da IC. Pode-se dizer que, desde o início ela perseguiu uma "*imagem objetivo*", fundada na idéia de manter o idoso na família e na comunidade.

*Bom, lá (no estágio em uma instituição asilar) foi o primeiro contato que eu tive realmente com a realidade do idoso asilado, e aí a partir foi o que me inspirou a buscar alguma alternativa que não fosse o asilamento, por eu achar que o asilamento não era a melhor solução para o idoso, principalmente o idoso que não tem nenhum recurso financeiro.*

Mattos<sup>55</sup> nos explica que uma "*imagem objetivo*" é aquilo que nos move, que nos faz sair de onde estamos – não em busca de algo utópico, mas pela certeza de que, em marcha, poderá se construir mais adiante o que julgamos faltar hoje. Tomar um caminho rumo a uma "*imagem objetivo*" é a busca para transformar a realidade que já existe, não se conformar com ela. É sonhar uma outra realidade e ao mesmo tempo ser crítico quanto à que já existe. Esta imagem não comporta os detalhes do planejamento para atingir tal objetivo, nem qual será sua configuração ao alcançá-lo.

*Não foi fácil identificar uma literatura em relação a isso porque realmente aqui no Brasil não tinha e o pouco que eu descobri foi pesquisando em algum material nos Estados Unidos, na Europa... Eu conheci um grupo de holandeses que também conhecia essa alternativa e me passou algumas informações sobre o centro-dia, mas no mais foi o aprendizado e na necessidade mesmo do dia-a-dia, que a gente foi se adaptando.(IC)*

A Instituição desenvolve vários projetos <sup>f</sup> simultaneamente, variando com a demanda dos frequentadores, com as parcerias que os apóiam e impetram certas exigências na forma da alocação de recursos.

Nas palavras da IC:

*Os recursos financeiros, eles não são em geral direcionados para esse público... Já que, que a maioria julga prioritária que é a criança e o adolescente. No caso do idoso, quer dizer, é um desafio a cada dia conseguir sobreviver e mostrar que é importante...*

Os textos de Hasenbalg <sup>45</sup> mostram a preocupação política em relação às crianças e adolescentes, nas perspectivas destes poderem acumular capital cultural, econômico e social a partir da transmissão intergeracional. Os textos acadêmicos costumam ser mais profícuos no que concerne à inclusão social via educação e trabalho, na inserção das crianças nas escolas, na transição da escola para o mercado de trabalho, na evasão escolar quando esta transição é precoce e a conciliação torna-se difícil. Tal preocupação não acontece quanto à pessoa idosa, uma vez que “investir na criança é investir no futuro”, sendo o idoso frequentemente convencido a “ceder o seu lugar” aos mais jovens. Uma das idosas, que coabita com seus netos, diz porque vai para a CSA:

*Freqüento porque eu gosto daqui e quando os meus netos tá em casa, eu não tenho o direito de cochilar sabe, porque eles ficam naquela gritaria, joga travesseiro, almofada um no outro, eu digo “meu deus do céu, tô doida pra chegar segunda-feira pra mim ir embora!”. Quando eu tô de férias daqui eu não fico em casa, vou pra casa da outra filha em Guadalupe que eu não agüento barulho mais não, vou pra lá. Mas fora disso, tudo bem, graças a Deus...*  
(Héstia, 73 anos)

Coloca como missão institucional **promover a saúde integral do idoso**, pelo “estímulo constante à autonomia e auto-estima dos idosos”; evitar o afastamento do idoso do convívio social; promover a intergeracionalidade; aumentar a capacidade funcional através das atividades oferecidas; e ser um modelo de atendimento para idosos nos âmbitos nacional e internacional, disseminando as alternativas implantadas em outras comunidades. <sup>104</sup>

A intergeracionalidade está presente em alguns dos Projetos, idealizados pela IC como forma de minimizar o conflito geracional freqüente, uma vez que a maioria dos idosos reside com seus netos. A primeira experiência da Instituição foi a união de um grupo de percussão de outra comunidade – Vigário Geral – composto por jovens entre 13 e 18 anos, com os idosos que faziam parte do Coral da Instituição. Com o êxito da experiência, criou-se uma oficina para os jovens da própria Cidade de Deus que desejavam aprender percussão, de forma que em pouco tempo estes já tocavam com os

idosos, alguns, seus avós. Outros projetos, como o de Dança Sênior e do Coral, já incorporam crianças e jovens, sendo a musicalidade um ponto forte em comum entre as duas gerações.

Tais atividades criam elos de amizade, solidariedade e responsabilidade os jovens e os idosos, ampliando a reflexão sobre as situações do dia-a-dia de todos. É o que se espera ao implantar estes projetos:

*Aceitar a velhice já é difícil, pra todo mundo. Se desde cedo você já tem essa filosofia em casa de que velhice é a pior coisa do mundo, a tendência é que isso se acentue cada vez mais. Se você cria noções de integrar o idoso à família, de uma forma positiva, criando alternativas para que ele seja cada vez mais próximo, e é claro, aí vem a questão do cuidar mesmo, da troca, do avô cuidando do neto, do neto cuidando do avô, as chances de você ter resultados positivos são bem maiores. E por outro lado tem também a questão do respeito aos mais velhos, o respeito ao ser humano, aquela coisa de você respeitar o avô, de respeitar as pessoas mais velhas na rua, então esse entrosamento é fundamental. Eu acho que tem que haver mesmo é uma conquista dos dois lados, porque às vezes os idosos “ah os jovens não gostam de velho” e o contrário também acontece, tem muitos velhos que não gostam de jovens, agora eu acho que o importante é você aprender a conviver com o lado positivo e o negativo que cada idade tem porque tanto a velhice quanto a juventude tem aspectos bons e ruins, então eu acho que a questão está em como aprender a lidar com isso. (IC)*

Data da modernidade capitalista a segmentação das idades e a periodização das gerações, o que vem acontecendo e se transformando a cada século. Primeiro foram “inventadas” a infância e a juventude; mais recentemente, (década de 60), inventamos uma terceira idade <sup>105</sup>.

Estes modelos de projetos intergeracionais são um espaço adequado para que se estabeleçam trocas entre as gerações, para que se reflita sobre o processo de envelhecimento. Permite resgatar aspectos positivos da longevidade, ajudando a afastar os jovens do medo da velhice e desenvolver nas crianças a possibilidade de identificação com os idosos. O grupo de pesquisa INTERAGIRA acredita que “preparar para o envelhecer através do encontro intergeracional consiste em colaborar para que, no futuro, tenhamos idosos menos preconceituosos” (p.6) e que este irão vivenciar o processo de envelhecimento com menos sofrimento. Este projeto permite que cada lado tenha “um contato real com aquilo que é negligenciado ou idealizado” (p.3) o que pode trazer mudanças de opiniões e comportamentos. <sup>106</sup>

A convivência entre gerações permite que não apenas os idosos ensinem e transmitam suas experiências às novas gerações, mas também que os jovens os ensine a utilizar e a conviver com as novas tecnologias, tornando as relações hierárquicas na



família um pouco mais igualitárias, onde além do respeito e da obediência pode-se cultivar a cooperação e a proteção entre seus membros <sup>107</sup> (p.103).

Pensar a “*saúde integral*” numa perspectiva não-biologicista nos remete ao ano de 1978 onde, em Alma-Ata a saúde foi reconhecida como um direito a ser conquistado através da articulação intersetorial, concepção chave para se pensar a Promoção da Saúde através de ações sobre os determinantes sociais, econômicos, ambientais, políticos e culturais da saúde.

Esta missão apresenta-se na fala da IC, quando afirma que o deslocamento do idoso até a Instituição é uma forma de Promoção da Saúde:

[dizem] *assim* “ah mais você poderia oferecer tudo isso na casa dele, ir até a casa dele, oferecer cuidado”, *existem opções desse nível, mas a gente acha que saúde é acima de tudo promover a autodeterminação, a autonomia, mesmo física, só o fato de ele sair de casa e buscar algo que ele julgue ser bom pra ele, ele e ela.*

Reconhecer a necessidade de empoderamento das pessoas idosas, especialmente quando portadores de alguma incapacidade, esbarra nos preconceitos alimentados por uma sociedade onde as pessoas são avaliadas pelo que produzem, onde se valoriza a independência (que nunca é total para nenhum ser humano). Boff <sup>53</sup> nos traz a idéia de empoderamento como “*a criação de poder nos sem-poder*”, ou ainda, imaginar que entre todos os cidadãos o poder possa ser partilhado, socializado. Nesta mudança de paradigma está a possibilidade de inclusão social e participação cidadã, que implica em trabalhar “*com*” e não “*para*” indivíduos e coletividades <sup>17,51</sup>. Sobre a implantação do serviço, a IC enfatiza:

*... Uma coisa que eu aprendi, que eu comecei a colocar em prática desde o início é que eu não estava chegando lá para resolver a situação de ninguém, que eu não estava chegando lá com nada pronto, que eu queria ouvir das pessoas o que ela queriam e junto com elas elaborar as propostas. É claro que, com a formação técnica, teórica ajuda bastante, mas o que eu tinha em mente desde o início e coloquei em prática era isso, era de fazer junto com as pessoas, de ouvir as pessoas, de não começar nada de cima pra baixo, nada que não tivesse a ver com o que eles queriam, o desejo deles.*

Da análise documental, destacamos alguns dos objetivos sociais da Instituição, presentes no Capítulo 02 do Estatuto Social <sup>108</sup>, alterado na Ata de 04 de abril de 2005, que se coadunam com as políticas de proteção à pessoa idosa e alguns postulados teóricos da área de Gerontologia e da Promoção da Saúde.

O primeiro objetivo é:

*I - Promover ações de apoio a pessoas idosas e carentes, assim como a seus familiares, através de atendimento direto, prestação de serviços e através de projetos e programas que atendam suas necessidades*<sup>109</sup>.

Em 1º de outubro de 2003, a Lei nº 10.741, dispôs sobre o Estatuto do Idoso. É bastante amplo quanto aos direitos da pessoa idosa e ressalta, inicialmente, que é prioritário que o atendimento à pessoa idosa seja prestado por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar. Este cuidado é também responsabilidade da comunidade, da sociedade e do Poder Público, assegurando, constitucionalmente, *o direito à vida, à saúde, à alimentação, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária*<sup>109</sup>.

Para cumprir com o primeiro objetivo, a Instituição recebe os idosos da comunidade, e estes, segundo a IC, chegam de diferentes formas:

*Em geral... o idoso toma a iniciativa de ir, na maioria das vezes é assim ou, por exemplo, o próprio idoso encaminha um outro idoso, ele detecta que do lado da casa dele tem um idoso que precisa de ajuda, que precisa de apoio e aí ele convida... e pergunta se pode levar e a gente abre o espaço pra ele trazer e apresentar a Casa. A igreja local que é a dona do imóvel, também é uma referência. Na verdade, a gente tem vários locais na comunidade que têm esse papel de encaminhar... a associação de moradores, a gente já recebeu vários idosos encaminhados por ela...*

Subjacente a esta atuação temos a idéia de que para promover a saúde integral torna-se imperativo o empoderamento coletivo, com a participação de todos aqueles que estão envolvidos no processo. Ainda que haja um limite importante da esfera de atuação da Instituição, em especial quanto ao número de idosos que a mesma é capaz de atender na modalidade centro-dia (cerca de 50 pessoas, no máximo), no seu entorno ocorre uma transformação social entre cada um dos envolvidos, que se tornam parte de um projeto maior.

As ações desenvolvidas na Instituição podem repercutir positivamente no âmbito familiar, como conta a IC:

*Um dia uma filha veio me procurar, entrou na sala assim, “ah cadê a assistente social Dona L.?” Eu falei “sou eu”, ela “eu vim conhecer a senhora e perguntar o quê que a senhora tá fazendo com a minha mãe”, aí eu falei “mas por quê?” Eu levei um susto, o quê que eu fiz que ela veio se queixar, “não é porque eu vim conhecer a senhora porque a minha mãe mudou tanto”, aí começou a traçar o perfil “minha mãe era assim ela era uma pessoa muito rebelde”, muito isso, muito aquilo só colocando aspectos negativos da mãe, “e agora minha mãe tá outra, ela tá alegre, ela conversa, ela brinca, ela chega, ela tá outra e eu queria saber o que vocês tavam fazendo com ela”...*

Segundo objetivo:

*II - Promover a criação de espaços adequados, que visem à manutenção do idoso na comunidade, atendido por sua família, à exceção de idosos que não possuem condições de garantir sua sobrevivência* <sup>109</sup>.

Em 1987, com o advento do ideal de Cidades Saudáveis, alguns elementos tornaram-se fundamentais para consolidar os pressupostos da Promoção da Saúde: a preocupação mundial com a pobreza crescente; a reorientação dos serviços de saúde; E a importância da participação comunitária e articulação entre os setores público/privado/voluntariado. A reorientação dos serviços deve levar em conta a gênese dos riscos (enquanto a prevenção de doenças os identifica e atua sobre eles). <sup>110</sup>

No ano de 2002, a *Carta de Ouro Preto* <sup>111</sup> foi o documento final de um encontro de especialistas da área de Geriatria e Gerontologia, abordando como eixo temático principal as “*Desigualdades Sociais e de Gênero e Saúde dos Idosos no Brasil*”. A importância da temática se deu pela compreensão de que “*há um grande contingente populacional que necessita e não tem acesso aos bens e serviços capazes de garantir qualidade de vida nesta fase da vida*” (p.3). Idade e pobreza são fatores de vulnerabilidade, que pode ser atenuada por meio de políticas sociais de inclusão e garantia ao exercício pleno da cidadania.

O texto da Carta <sup>112</sup> afirma que a “*transferência do idoso para um serviço de longa permanência somente deve ser considerada uma alternativa quando falharem todos os esforços anteriores*” (p.8). No processo de institucionalização da pessoa idosa, há um preço moral e social pago pelo mesmo, que geralmente, contra sua vontade, é asilado em instituições que, ao oferecerem condições precárias de assistência, com frequência acabam por submetê-los a maus tratos. As inúmeras denúncias sobre abandono, abuso e rejeição a idosos (as) internados ou asilados são notícias frequentes na imprensa, tendo como marco o caso da Clínica Santa Genoveva no Rio de Janeiro, onde, no primeiro semestre de 1996, houve a morte de 156 pessoas idosas, vitimadas pelo abandono. O estudo de Guerra *et al* <sup>112</sup>, buscou verificar se os óbitos foram uma exceção ou se refletiam condições já existentes, com base no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). Os resultados mostraram que a alta mortalidade já vinha ocorrendo desde 1993.

A forma como alguns idosos chegam à Instituição é marcante para a IC. Transcrevemos uma destas histórias, que fala de família, cuidado e atenção, e colocamos no Apêndice H, por ser muito extensa.

Terceiro Objetivo:

*III - Organizar, assessorar, desenvolver e/ou ministrar cursos regulares de treinamento, capacitação, palestras, oficinas de trabalho (workshops), seminários, encontros, jornadas, congressos e grupos de estudo nas áreas de Gerontologia e Geriatria, isoladamente ou em parceria com outras instituições.*<sup>109</sup>.

A Portaria nº 2.528/GM, promulgada em 19 de outubro de 2006 dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Dentre as suas diretrizes essenciais estão o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas<sup>113</sup>.

Durante a entrevista, a IC usa com frequência a expressão “a gente, na CSA...”, referindo-se ao trabalho desenvolvido em equipe. Uma das formas encontradas para preparar a equipe para o cuidado ao idoso é oferecer ao funcionário que começa a trabalhar na Instituição, um curso de cuidadores e incentivar os profissionais de curso superior a buscar a especialização na área (como ocorreu com a própria pesquisadora):

*O outro recurso é a capacitação mesmo propriamente dita que é, por exemplo, encaminhar essas pessoas para o curso básico que todo mundo faz independente do papel que desenvolva... que é o curso de cuidador, principalmente com a equipe que tá no dia-a-dia, que a gente chama de equipe de sustentação que vai do auxiliar de serviços gerais, a copeira, a cozinheira, técnico de enfermagem, assistente social, as pessoas que estão lá no dia-a-dia... O outro ponto também é dos profissionais de nível superior, como fisioterapeuta, psicólogo, da gente orientar, incentivar que procurem cursos na área, de especialização nessa área, a gente tem alguns exemplos na própria equipe de pessoas que se capacitaram para estar atuando... com a ajuda da instituição, e isso tem um retorno muito bom.*

Outros objetivos são:

*IV - Prestar consultoria, assessoria e supervisão a outras instituições, acompanhando na implementação e implantação de ações voltadas para idosos e família*<sup>109</sup>.

O panorama atual mostra que as demandas dos idosos não se circunscrevem às ações governamentais. Como citamos, a Instituição é uma ONG. O Terceiro Setor – nem Estado, nem Mercado - adquire um aspecto mais positivo ou negativo de acordo com a ideologia adotada. Pode ser visto como mais uma forma de exploração da força de trabalho ou como uma estratégia neoliberal, que desobrigaria o Estado de atuar na área social; sob outra ótica, seu crescimento é atribuído à falência das políticas estatais na área social, visto que o Estado, atuando em nível macroestrutural, não penetraria as microesferas da sociedade. Ainda sobre este ponto de vista, as entidades do terceiro setor seriam as mediadoras para a efetivação das políticas públicas. Este fenômeno vem

ocorrendo não apenas nos países do terceiro mundo, mas em todo o mundo ocidental, sendo caracterizado como um novo setor da economia, o da economia social<sup>12</sup>.

A emergência de ONG's, de certa forma, consolidou a ação dos atores da sociedade civil, fortalecendo as ações da sociedade, em especial onde já havia certa ausência do Estado (mulheres, negros, índios, etc), com a abertura dos canais de participação e representação política, numa aposta na possibilidade de uma ação conjunta entre Estado e sociedade civil, de forma a aprofundar o processo democrático.

Ramos<sup>114</sup> assinala que as organizações não-governamentais representam uma “*realidade sociológica a serviço do movimento popular*”, com todas as tensões que lhe são peculiares: não são espaços acadêmicos “*mas as pesquisas e as atividades de formação são os seus instrumentos essenciais de intervenção*”; não tem fins lucrativos, mas não são filantrópicas; não são partidárias, mas são políticas; não são governamentais, mas eventualmente mantêm relações de cooperação com o Governo (p.1068). Longe da militância religiosa, universitária ou partidária, guardam conexões com elas e ao longo do tempo, acentuam-se as exigências de competências específicas e de profissionalização da militância. A resistência à unificação explica-se pela característica de não serem “representativas” (como os partidos ou sindicatos) e pela valorização do pequeno, do local e da autonomia.

Dentre os poucos centros-dia do Estado do Rio de Janeiro, o que foi implantado no município de Volta Redonda, de caráter público, recebeu assessoria da Instituição, com visita da Coordenadora e parte da equipe ao Município, como parte das proposições do Fórum Permanente da Política Nacional e Estadual do Idoso do Rio de Janeiro (FórumPNEIRJ), com apoio da Associação Nacional de Gerontologia – Seção Rio de Janeiro (ANG-RJ), de “*buscar respostas governamentais e não-governamentais aos problemas dos idosos*”.<sup>115</sup> (p.1044)

*VII - Buscar parcerias com organizações governamentais e não-governamentais para a criação e implantação de alternativas de atendimento a idosos de baixa renda, como por exemplo: Centro de Convivência, Centro-Dia, Casa-lares, Atendimento familiar, Serviço de Atenção à saúde do idoso, Pré-postos Médicos, Atividades Artísticas e Culturais. Qualificação e requalificação profissional, bem como qualquer outra forma alternativa de atendimento que vise o fortalecimento e o bem estar do idoso e da família*

109

O fato de as políticas sócio-contemporâneas retomarem famílias, comunidades e pequenas ONG's como unidades protetoras, reforça que a proteção está além da renda,

mas também no reforço dos vínculos de pertencimento e relacionais, para garantir a inclusão social. Este projeto não deixa de ser contraditório, pois reforça o bem estar local sem levar em conta um projeto coletivo nacional, introduzindo um cenário de novas desigualdades. É a busca da equidade para segmentos (pessoas idosas, negros, mulheres) e não para o conjunto de cidadãos. Acabam secundarizados os direitos expressos em políticas universalistas<sup>35</sup>.

Mas Carvalho<sup>11</sup> reforça o fato de que Família e Estado são instituições indispensáveis ao funcionamento das sociedades no sistema capitalista. O mercado não é capaz de suprir algumas das necessidades básicas dos indivíduos, o que é ofertado pelo Estado; e este não é capaz de suprir alguns dos bens e serviços oferecidos pela família, como apoio mútuo, socialização e proteção.

Ramos<sup>115</sup> (p.1076) aponta que o dilema central nas relações entre ONG's, Estado e mercado está em *“manter a defesa do fortalecimento de suas formas associativas e organizativas sem confundi-las com a lógica privatista e de minimalismo estatal de cunho liberal, tão presentes no campo da saúde”*.

O *“welfare-mix”*, ao mobilizar o mercado, o Estado, a organização civil e as microrredes de solidariedade, traz o desafio da partilha de responsabilidade da efetivação da proteção social, descartando-se as soluções institucionalizadoras, como asilos<sup>8</sup> e orfanatos. Tanto nas políticas de saúde quanto nas de assistência social, em especial nas políticas de combate à pobreza, a ênfase na família enquanto estratégia para efetivar esta proteção, aparece de forma clara. Aos poucos vão sendo implantados serviços voltados à família e à comunidade, como o de Internação Domiciliar, comentado na Introdução deste trabalho.

A proposta da Instituição para a criação de alternativas de cuidado busca consolidar interesses comuns de uma população específica, e a divulgação de seus processos de trabalho pode influenciar as políticas voltadas a este segmento. O texto de Karsch<sup>99</sup> aponta que, uma vez que os idosos estão em casa ou nos asilos, o problema da dependência e do cuidado permanece oculto para a opinião pública, e se não há visibilidade do problema, não há políticas de proteção suficientes sendo pensadas e elaboradas.

Sobre o descarte de soluções institucionalizadoras, embora reconhecidamente necessárias em algumas situações, a IC coloca as suas razões para a busca de outras soluções:

*Então o percurso foi assim mesmo, o desejo muito grande de fazer alguma coisa que fosse diferente do tradicional, do que a gente tava acostumada a ver, das opções de asilo, enfim, que eu achava horrível. Hoje nem tanto, eu sou até menos dura com relação a isso, mas na época eu tinha pavor de asilo se alguém falava de botar o velho no asilo eu falava “vai matar, vai morrer”, “vai botar no asilo só para morrer”, a minha imagem, enfim, o meu conceito de asilo era muito duro, muito duro assim...*

A forma como se estruturam os serviços da Instituição permite caracterizá-los em três frentes de atuação distintas. Convém, entretanto salientar que, mesmo com dificuldades – parcerias que se desfazem, voluntários que não dão continuidade às atividades propostas, perda de financiamentos para determinados projetos – os serviços oferecidos pela Instituição estão todos articulados entre si, em parte pela postura dos profissionais e ainda pela forma como se organiza o serviço, buscando observar as necessidades reais de cada um dos frequentadores.

Destacamos alguns dos serviços, que articulam práticas de saúde pública e práticas assistenciais:

- **Serviços de caráter preventivo/curativo/reabilitador:** nutrição, fisioterapia, acupuntura, psicologia, fonoaudiologia, enfermagem.

A Instituição oferece três refeições aos idosos, um café da manhã, almoço e um lanche à tarde. Para alguns dos idosos, é um serviço fundamental. Nem todos têm o mesmo grau de necessidade do alimento em si (como o relato descrito anteriormente, feito por Nix, de 72 anos), mas do preparo da própria refeição, uma vez que muitos ficariam sozinhos em casa e não teriam condições de preparar o próprio alimento, “*Eu não tô dizendo que eu preciso da Casa... se eu ficar em casa eu tenho que fazer comida todo o dia e me cansa...*” (Atena, 88 anos). Alguns idosos que fazem parte da Instituição e que por alguma razão não podem se deslocar até lá recebem as refeições em sua própria casa.

A Fisioterapia é uma das modalidades de atendimento mais procuradas na Instituição, oferecida para qualquer pessoa da comunidade acima de 60 anos, de acordo com a disponibilidade de vagas. São profissionais contratados pela Instituição, e a abordagem tem um enfoque preventivo (palestras, exercícios terapêuticos em grupo) e reabilitador (atendimento individual).

Na Fisioterapia Gerontológica, a prevenção tem por objetivo possibilitar o retardo dos declínios decorrentes do envelhecimento, evitar o advento de fatores que estimulem

o envelhecimento prematuro ou patológico e reduzir ao máximo as situações que gerem perda da capacidade de independência e autonomia do idoso.

Na reabilitação, a manutenção do movimento é uma forma de perpetuar e manter, pelo maior tempo possível, a capacidade desta pessoa idosa de manter sua vida de relação mais íntegra, afinal, é através do movimento que nos deslocamos, tocamos outras pessoas, fazemos o autocuidado.

Esta possibilidade de promover a manutenção da independência de ir e vir dos idosos é o ideal do projeto do setor de Fisioterapia na Instituição.

O serviço de acupuntura conta com uma voluntária, que após aposentar-se como advogada, fez o curso de Fisioterapia e uma especialização em acupuntura. É uma senhora idosa, que conheceu a Instituição acompanhando uma palestrante, quando ainda era acadêmica de Fisioterapia. Comprometeu-se a ser voluntária na Instituição tão logo se formasse, cumprindo com o prometido.

O serviço de psicologia é oferecido por outra ONG aos idosos, e assim como a Fisioterapia, é ainda uma modalidade terapêutica elitizada, à qual não tiveram acesso ao longo da vida. É um serviço muito bem recebido pelos idosos, que apareceu em alguns momentos de suas entrevistas. A resposta de Selene (67 anos) à pergunta “*O que você aprendeu sobre saúde?*” foi rápida:

*A psicóloga... que quando a minha mãe faleceu eu não atravessava a rua, eu sei lá sabe, fiquei muito estranha e ela me viu, me fez eu ver um pouco a realidade né, ficou um vazio estranho depois que a minha mãe foi, um vazio estranho, um medo, mais um medo... eu agradeço muito a V. (psicóloga) muito mesmo, ela botou a minha saúde um pouquinho pra frente, ela foi muito legal mesmo.*

A atenção fonoaudiológica tem sido fundamental para a reinserção social dos idosos que sofreram AVE e ficaram afásicos. Porém, identificando que muitos idosos tiveram importantes perdas dos dentes e isto dificultava a mastigação, podendo levar à má absorção de nutrientes, o fonoaudiólogo (voluntário) iniciou um programa de atividades com foco na prevenção da perda de massa muscular dos músculos da mastigação, bem como vem articulando contatos com serviços de odontologia para que alguns idosos sejam protetizados.

Os serviços de enfermagem são executados por uma Técnica formada com o apoio da Instituição, tendo como foco principal o “Projeto Fechando Feridas”.

O Projeto é executado não somente pela Enfermagem, mas também pela Fisioterapia e outros membros da equipe que receberam treinamento especial para realizar o “curativo”. Como a Instituição fecha aos fins de semana, havia constante



regressão do quadro entre a sexta e a segunda-feira. Desta forma, os funcionários moradores da comunidade atendem os idosos que não podem fazer o autocuidado e não têm um familiar que possa realizar o curativo de forma adequada. As feridas crônicas podem evoluir para amputação se o paciente não tem o atendimento adequado e a tempo. Uma outra razão para disponibilizar o tratamento no fim de semana está nesta urgência. Houve episódios em que alguns idosos, para “tratar” a ferida de alguma forma, acabaram por utilizar produtos químicos disponíveis em casa para aliviar o sofrimento, piorando seu estado clínico.

Surgiu da necessidade de muitos idosos portadores de úlceras varicosas <sup>h</sup> se deslocarem para os serviços públicos especializados, que são poucos e tem uma demanda muito grande, e segundo Mourthé <sup>116</sup> são “*desvinculados de tal forma da população que acabam tendendo apenas parcialmente às suas necessidades reais*”. O desenvolver deste projeto mostra um pouco do que podemos chamar de “reorientação dos serviços” e cuidado. De uma forma geral, os serviços onde as ações em saúde são desempenhadas são vistos como locais de aplicação de técnicas já consagradas no âmbito científico, dificilmente como locais de consagração de novos saberes e modos de atenção. “*As práticas na produção do conhecimento humano moderno, sempre foram concebidas como lugar de verificação de idéias, nunca de autoria*”. <sup>117</sup>(p.24)

*As pessoas chegavam com uma ferida enorme, com aspecto muito ruim e um cheiro insuportável que incomodava não só a quem tinha, mas a quem tava do lado. Aí resolvemos implantar esse serviço na casa e eu comecei o trabalho e era assim, quando eu iniciava o atendimento, a higiene da ferida, eu observava a reação de cada um com o tratamento e eu fui descobrindo que as coisas não funcionavam muito bem no posto de saúde, por exemplo, porque as pessoas não eram olhadas, eles só viam a ferida, a pessoa chegava com a ferida, ele lavava e fazia um curativo e mandava embora, ninguém se dava o trabalho de conversar, de perguntar como foi o dia dessa pessoa, ninguém perguntava o porquê dele tá naquela situação, como era a casa dele, como ele comia, enfim esse quadro requer um tempo maior e a demanda de um posto de saúde a gente sabe que não dá, e eu comecei a fazer com eles esse atendimento, tipo assim “o quê que você gosta de fazer?” Então a gente descobriu, por exemplo, que a pessoa gostava de rezar e fazia uma oração durante o curativo junto com ele, gostava de música e a gente ligava o rádio, fazia o curativo com música, então a gente tinha que fazer um atendimento diferenciado justamente por isso, por entender que algumas ações devem ser feitas de uma maneira diferenciada... (IC)*

Em um momento da entrevista a IC afirma que não é objetivo da instituição substituir os serviços de saúde já existentes, não haveria recursos e infra-estrutura para tal. Busca funcionar como mais um elo na cadeia da atenção às necessidades de saúde daquela população, e agindo, como diz, usando “*a sensibilidade e o bom senso*”.

O texto de Ayres <sup>118</sup> merece transcrição: “*O êxito técnico refere-se, sem dúvida, a um sucesso, mas um sucesso em relação a um ‘como’ fazer. Não faz parte de suas aptidões definir os ‘quê fazer’.* Acrescenta que é “*mais fácil definir o que é prevenir agravos do que o que seja promover saúde*” (p. 69). A técnica de fazer “o curativo” é o “*como fazer*”, mas o *quê* se está fazendo quando se faz o curativo? É uma atitude de cuidado, mas não apenas como uma tarefa parcelada de uma prática curativa em saúde. É a atitude refletida, que se expande e dialoga com a saúde do outro, “*o que você quer? o que você sonha? o que você deseja?*” Encontro de sujeitos no ato de cuidar, ambos “*autênticos, dotados de necessidades e valores próprios*” (p.65).

- **Serviços de caráter Social:** assistência social, orientação familiar, atividade religiosa.

O Serviço Social é a porta de entrada na Instituição, como relatou a IC. Esta é a sua formação, um profissional que ela qualifica como aquele “*tira leite de pedra, porque tira recursos de onde não existe, vê possibilidade onde quase ninguém consegue enxergar*”.

Estudos sobre as dinâmicas familiares são freqüentes entre os profissionais do Serviço Social, na ótica das políticas públicas destinadas às famílias, nas mudanças que se operaram com o passar do tempo na sociedade e que impactam diretamente a família, bem como no atendimento às demandas específicas de seus membros, em especial crianças, mulheres e idosos.

Para a IC, a convivência harmoniosa com a família é um ponto central na qualidade de vida do idoso, mesmo que para tanto estes precisem ser afastados, e manter a relação em domicílios diferentes, afinal, “*às vezes a gente tem a família como a melhor coisa, como a melhor opção para o idoso e nem sempre é assim, também tem o outro lado em que a família é muito nociva pra vida deles...*”. Trazer a família para compreender o trabalho da Instituição e colaborar para que os preceitos de saúde ali cultuados também se tornem realidade no âmbito familiar é uma dos objetivos da Instituição, pois, como afirma a IC, “*a instituição sozinha ela não dá conta de cuidar se ela não encontra também a contra-parte*”. E torna-se particularmente importante no que diz respeito ao Envelhecimento:

*Na verdade, o que acontece? As pessoas não são preparadas para envelhecer, a gente é preparada para uma série de coisas na vida, pra ir para a escola, para nascer tem pré-natal, mas para o envelhecimento a gente não tem, não tem nada que diga como vai aprender a envelhecer e a família, claro, tá no meio disso tudo. Ninguém envelhece de um dia pra outro e diz “eu sei como envelhecer” e assim como você não sabe cuidar da sua própria velhice também não sabe cuidar da do outro. (IC)*

- **Serviços Culturais e de Lazer:** qualificação profissional, palestras, alfabetização, dança, artesanato, passeios, participação em eventos e congressos, coral.

A qualificação profissional dos funcionários oferecida e incentivada pela Instituição, já foi abordada anteriormente, o mesmo ocorre quanto à participação em eventos científicos. As palestras, que muitas vezes versam sobre temas da saúde, são incluídas neste item por serem de fato eventos para os idosos e seus familiares. As palestras sobre saúde são usualmente organizadas pelo setor de Fisioterapia, após consulta aos idosos sobre quais temas estes gostariam de obter mais informações, sendo o palestrante, na maioria das vezes, um convidado de fora da Instituição, especialista em sua área.

Palestras são usualmente consideradas ações de Educação para a Saúde, mas na prática da Instituição constituem apenas o ponto de partida para o questionamento das situações cotidianas.

Um exemplo que pode ser citado é quanto ao controle da Hipertensão Arterial. A palestra sobre o tema precedeu a instituição de uma medida preventiva de aferição da pressão arterial dos idosos antes das atividades como dança e exercícios terapêuticos em grupo. Após a aferição, o idoso era informado se podia ou não participar da atividade, e caso a pressão estivesse alta, este voltava para casa. O controle maior da pressão arterial por parte dos idosos, através da tríade medicamentos, atividade física e alimentação, não foi incrementado somente em função da palestra. Na verdade, os idosos não queriam deixar de participar da atividade que consideravam prazerosa, ficavam aborrecidos ao ter que voltar e, desta forma passaram a ter um maior controle sobre a pressão, articulando atitudes preventivas e curativas, motivados e compreendendo a importância de cada uma delas.

O que não excluía os picos hipertensivos em função dos tiroteios na comunidade, entre outros problemas que lhe são peculiares...

Tal fato nos remete ao esquema dos determinantes sociais em saúde ilustrado na Figura 1 (Anexo 1). A eficácia da atuação no nível comportamental, como um programa educativo com oferta de espaço para a prática de atividade física, atende parcialmente à questão; buscar uma solução mais definitiva incluiria a implantação de políticas de abrangência populacional, com base na intersetorialidade. É o terceiro nível dos determinantes, assegurando melhores condições de habitação, saneamento, segurança, entre outros. Esta preocupação com o ambiente está presente na Instituição, que a IC categoriza como *cuidado*:

*Pra mim o cuidado é, por exemplo, a gente na CSA tem todo o cuidado com a higiene, a gente acha fundamental. Imagina falar de saúde num ambiente que não seja adequado, em termos de limpeza e de segurança? Então isso pra nós é cuidado, é um cuidado que a gente não vê no entorno, na maioria das vezes, no acesso do idoso para a casa, no espaço de locomoção dele, tem ruas esburacadas, esgoto a céu aberto, eu acho que o cuidado ele antecede realmente a tudo, a CSA seria um ponto dentro desse cuidado, um ponto de ação, que já deveria começar desde a casa, desde a hora que ele dorme e acorda, da casa dele pra fora, então isso tudo pra gente é o cuidado...*

A alfabetização, bem como a dança e o artesanato são oferecidos por voluntários, e estão entre as atividades preferidas dos idosos. Nem que seja só para olhar... “*Não. A única atividade que eu participo é ali quando eles estão ensaiando, eu fico olhando. Mas o senhor não participa? Não*”. (Zeus, 72 anos). Freya (71 anos) afirma: “*Todas que tiver eu gosto, sabe por causa de quê? Porque eu acho que quanto mais a gente saber é melhor, entendeu?*”.

Dos familiares que participaram do grupo Focal, há apenas duas que também são usuárias da CSA, participando das atividades. O número reduzido pode ser atribuído ao horário de funcionamento da Instituição (de 08 às 17h), que coincide com o horário de trabalho da maioria. Uma das participantes é uma neta adolescente da idosa que representava, e que faz parte do coral na atividade intergeracional; a outra é a esposa do idoso, que trabalha em uma creche comunitária da Prefeitura localizada dentro do bairro, e tem licença para ausentar-se duas horas de forma a participar da atividade de dança.

Motta<sup>93</sup> acredita que realizar atividades de lazer em grupo é “*um recurso eficaz de resistência e recuperação de prazeres perdidos no tempo e que reúne homens e mulheres*” (p.231), e que vai contra o modelo instituído de “velho parado”, ao mesmo tempo da reconstrução que foi feita deste modelo, a de “velho mais dinâmico de hoje em dia”.

A autora acrescenta, e é uma triste verdade para os idosos desta pesquisa, que se o prazer e os meios de se realizar enquanto ser humano fossem garantidos no curso da vida, o envelhecimento dar-se-ia com muito mais segurança, sem a necessidade de reuniões artificiais, de grandes grupos. *“Os velhos simplesmente reunir-se-iam com quem quisessem, de qualquer idade, sem o recurso social ao rebanho”* (p.231).

Mas como não foi esta a realidade destes idosos, alguns eventos podem marcá-los de forma importante. Perguntado sobre como chegou até a Instituição, Osiris, de 68 anos conta:

*Olha, foi uma coisa até prazerosa. Que eu cantava na Rui Barbosa, eu sou barítono. Aí teve a oportunidade de cantar na CSA. Quem não gosta de cantar? Eu gosto de cantar. Aí foi assim. Então eu me senti feliz. Nós fomos a São José do Calçados cantar. Tivemos muito êxito. Fomos recebidos com honra de estado. Eu falei: “Puxa, quando eu ia esperar isso?” (Risos) Eu era novo ainda. Tinha 57 anos, mais ou menos. Então aí foi muito gratificante. Nós fomos recebidos com (Risos) honra de estado. Quem ia esperar isso? Com foguetório. Quem vai para esses lugares sabe... o representante do prefeito foi receber, foram ouvir. Eu falei: “Puxa, ficar velho assim é bom”. Eu ainda não era idoso nessa época. Estava no caminho, não é? Então a idade para mim não foi difícil de administrar não. Foi difícil de administrar a doença em si. Ela apareceu em 2002, mas fora disso...*

Como exemplo da busca pelo atendimento integral, retomamos o exemplo de Jord, que foi aceita na Instituição a pedido de seu filho, pois a mesma não conseguia agendar as sessões de Fisioterapia necessárias após o AVE. Há uma lista de espera para a Fisioterapia, mas por ser uma pessoa mais jovem, 50 anos, a fisioterapeuta responsável pelo setor julgou que sua recuperação seria rápida, e abriu esta exceção.

No entanto, a recuperação de Jord ficou aquém do esperado, ela não conseguia realizar as atividades propostas. A fisioterapeuta fez nova avaliação, e compreendeu então que o problema central de Jord era desnutrição, o que a impedia de realizar os exercícios. Jord foi então recebida no centro-dia em tempo integral, de forma a recuperar-se primeiro nutricionalmente, para poder então tratar o AVE. Paralelo a isso, o filho de Jord foi chamado pelo Serviço Social para que se compreendesse como estava o contexto familiar.

*“Algumas necessidade simplesmente não podem ser apreendidas pela dimensão epidemiológica, e há ações que se justificam independentemente do impacto epidemiológico que porventura produzam”*<sup>55</sup> (p.11).

Nos remetendo novamente ao texto de Ayres<sup>119</sup>, podemos dizer que *“curar, tratar, controlar tornam-se posturas limitadas”* (p.70), uma vez que estas práticas vão pressupor uma relação estática, que objetifica os sujeitos-alvo das intervenções. Não se

trata mais de recorrer “à negatividade da doença para definir saúde”, os “*constructos científicos de inspiração positivista*” já não são suficientes. É preciso questionar o “*como fazer*” para que, para além das tarefas técnicas, as intervenções em saúde dialoguem com outros interesses, como os de natureza emocional, moral, resgatando outro tipo de sabedoria, tanto no campo acadêmico como nas práticas populares das diversas tradições culturais. “*Estamos falando de um norte prático, necessariamente técnico, mas também inexoravelmente ético, afetivo, estético*” (p.70).

---

**Notas:**

a) Estas casas foram doadas e precisavam de constante vigilância para que não fossem invadidas. Estavam situadas onde a infra-estrutura era mais precária, em especial no que tange ao saneamento básico. A expressão “casa de triagem” é recorrente no livro de Paulo Lins, em situações como: “- *Sujou! - anunciou uma voz vinda de um beco entre as casas de triagem da Quadra Treze. Salgueirinho saiu em disparada pela ponte da Cedae, deu a volta pelo lado esquerdo do lago, Pelé e Pará foram no vácuo dele; ganharam a parte do charco que sobreviveu aos aterros. Tomaram a direção da figueira mal-assombrada para em seus galhos fumar outro baseado e observar os policiais fazendo revista nas casas de triagem da Quadra Treze.*” (Lins, 2007, p.25-6)

b) *Rocinha 2* é uma das regiões mais pobres da Cidade de Deus, que, reproduzindo as cidades, tem áreas mais ou menos privilegiadas, em especial pela presença (ou não) do Estado garantindo direitos e acesso a bens e serviços básicos. Ações protagonizadas pela sociedade civil organizada da comunidade estão mudando este panorama.

c) A desnutrição ocorre com frequência entre pessoas idosas, mesmo em classes mais privilegiadas, e são elas, junto com as crianças, os mais vulneráveis à desnutrição. Os indivíduos idosos podem tornar-se desnutridos devido à solidão, ao comprometimento físico ou mental, à imobilidade ou a uma doença crônica. Além disso, ocorre uma redução em sua capacidade de absorção de alimentos e isto pode contribuir para o desenvolvimento de condições como a anemia e a osteoporose. Neste período da vida, as necessidades nutricionais são menores, mas a capacidade de absorção dos nutrientes frequentemente encontra-se reduzida. Portanto, o risco de desnutrição é maior nessas etapas da vida e mais ainda entre os indivíduos desfavorecidos economicamente.

d) Em 2006, a CEPAL ressaltou que a Seguridade Social foi orientada para a proteção do chefe da família, segundo o modelo tradicional de família nuclear biparental. Membros dependentes são definidos formalmente pelo estabelecimento de vínculos familiares. Esta família, em 2002, correspondia a apenas 36% das famílias na América Latina, em virtude das baixas taxas de casamentos formais, aumento das uniões consensuais, da migração e distanciamento físico entre parentes, ocasiões em que os avós cuidam dos netos (e no caso dos idosos se tornarem dependentes, seu cuidador será uma pessoa ainda imatura para assumir este encargo), entre outras razões.

e) Centro de Convivência: “*locais destinados à permanência do idoso, em um ou dois turnos, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania.*” Portaria 1395/GM – Política de Saúde do Idoso

f) Projetos em andamento na Instituição <sup>105</sup>:

- **Projeto YALE** – parceria com a Universidade de YALE, nos Estados Unidos. O Coral YACF - *Yale Alumni Chorus Foundation*, patrocina oficinas de canto, percussão e atividades de educação cidadã para jovens moradores da Cidade de Deus.
- **Projeto O Trabalho e o Trabalhador** - Dinâmicas que enfatizam a necessidade de cuidados para o “cuidador”, na compreensão de que quem cuida também merece ser cuidado. Oferecido pelo serviço de Psicologia.
- **Projeto Fechando Feridas** - Cuidados especiais para pessoas portadores de úlceras varicosas.
- **Projeto Juntando as Peças** - Ensino do jogo de xadrez para crianças, jovens e idosos através de um professor voluntário.
- **Projeto Senhoras da Alegria** - Grupo de mulheres idosas que, através de ações diversas, levam alegria para outras idosas, em especial às que se encontram isoladas em domicílios na comunidade, internadas em casas geriátricas, ou hospitalizadas. Tem como inspiração o grupo “Doutoras da Alegria”.
- **Projeto E a Vida Continua** - Apoio psicológico para idosos através de dinâmicas, jogos e atividades manuais.
- **Projeto Idoso Fazendo Arte** - Incentiva e desenvolve diversas ações que incluem poesia, dança, música, teatro, artesanato e outras.

g) Atualmente, o termo correto para este tipo de instituição chama-se Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

h) As úlceras varicosas constituem uma perda de células epiteliais (a primeira camada da pele), causando exposição do tecido subjacente. A pele tem um papel fundamental no conceito que fazemos de nós mesmos, para nossa auto-imagem e autoconfiança. Pode-se notar, nos idosos portadores, a rejeição ao membro afetado, por sua parte e por vezes, por parte dos seus familiares, que evitam olhar para as feridas e realizar os cuidados necessários. A redução deste ferimento em tempo mais curto, acelerando o processo de cicatrização (que pode levar meses e até anos), além de diminuir a dor e a incapacidade funcional, visa reestabelecer ligações de afetividade e melhorar a auto-estima dos idosos.

#### IV.2) “Jovens, Conformados ou Derramados”: *os sujeitos que (não) envelhecem*

Como foi ficar velho pra você?  
*Ficar velho? Bem dizer nem me lembro que fui velho...*  
(Apolo, 80 anos)

Apolo, autor da frase acima, faleceu algumas semanas após a entrevista. Aos 80 anos, e sem saber que foi velho.

A velhice, tal como entendida pela pesquisadora ao eleger os sujeitos da pesquisa com idade superior a 60 anos, era tão somente um marco cronológico. Debert<sup>95</sup> nos alerta que em uma pesquisa pode-se deixar de apreender a plasticidade de formas com que o curso da vida acontece em distintas sociedades, dos sentimentos que atravessam diferentes grupos etários e a importância destes na organização social, quando a referência do pesquisador, ao lidar com categorias tais como adultos, crianças ou velhos, é tão somente a aparência ou o número de anos vividos de cada um.

Consideramos que entre as categorias de análise surgidas no processo de entrevistas com os idosos, chama atenção o *processo de (não) envelhecer*. O título procura, de alguma forma, falar da heterogeneidade deste processo: há os idosos que se autodeclararam “*muito jovens*”; há os que se “conformam” com as condições trazidas pelo processo de envelhecimento; e há os “*derramados*”...

Torna-se relevante compreender estes diferentes olhares no contexto da pesquisa, uma vez que a opinião geral em relação à velhice e a forma como estes idosos percebem, aceitam ou rejeitam este atual momento do ciclo de vida – quanto ao corpo, à saúde, ser um homem ou uma mulher “*de idade*”, reflete-se nas relações com o mundo em que se insere, e particularmente para a nossa análise, os papéis assumidos na família e no centro-dia. Por isso mesclamos as falas dos idosos com a de seus familiares.

Amplamente citado nos textos sobre o processo de envelhecer está Sartre ao dizer: “*Nunca poderei assumi-la (a velhice) existencialmente, tal como ela é para o outro, fora de mim. É um irrealizável...*”.<sup>119</sup> O irrealizável é o “*meu ser à distância, que limita todas as minhas escolhas e constitui o seu avesso*” (p.356-7).

O juízo que fazemos de nós mesmos pode fazer com que se rejeite qualquer palavra ou concepção dita pelo outro, e no caso da velhice, ela aparece de forma mais clara para os outros do que para quem envelhece. Sabendo do preconceito e da subestimação sofrida pelos indivíduos idosos, muitos tomam como insulto qualquer alusão a esta nova condição. E com frequência, é normal que a condição de velho seja dado pelo outro: “*em nós, é o outro que é velho*”<sup>120</sup> (p.353).



Na perspectiva de uma transição saúde-doença, juventude-velhice, a revelação da idade quase sempre virá de fora, e muitas vezes aliando preconceito e discursos científicos, em especial os que associam como próprias da velhice, a doença e a perda. Desta forma, saber que cronologicamente, pelos padrões da sua sociedade você já é considerada uma pessoa idosa, difere de “sentir-se” uma pessoa idosa, como nos afirma Ártemis (67 anos):

*Bom, agora que eu estou vivendo, né? Eu não me sinto velha não. Quer dizer, eu já estou com 67 anos. Foi uma vida de muito sacrifício, desde pequena, com muito sacrifício eu estou até hoje, mas agora está melhorando a minha vida. Agora mesmo sozinha está melhorando a minha vida. O envelhecimento, a gente fica velho mesmo. Não é?*

Para quem ainda não está cronologicamente marcado pela velhice, o discurso é mais fácil, mas não muito diferente. No imaginário social, a idade é marcada pela ação da Natureza, com ritmos e ciclos, como as estações, sendo aceitável que o envelhecimento se desenrole com desgastes, limitações e perdas. Para Elias <sup>98</sup>, os valores atribuídos à “Natureza”, considerados bons e salutareos para os homens, acontecimentos pré-humanos, e que, portanto não podem nem devem ser mudados, criam barreiras para que as pessoas tenham controle sobre si mesmas, sobre o desenvolvimento de sua vida. Lembra o autor: “*A Natureza não tem intenções; não têm objetivos; não tem propósitos. As únicas criaturas neste universo que podem estabelecer objetivos, que podem criar e dar sentido são os próprios seres humanos*”. (p.91-2). Quando o envelhecimento patológico tira do indivíduo sua autonomia e independência, é comum atribuir a outrem a responsabilidade de continuar vivendo. Conforme seu referencial religioso, freqüentemente aceitam pacificamente a situação, colocando-as “*nas mãos de Deus*”, sem que se questione muito como se chegou até ela. Como deve ser “*ficar velho*”?:

*Ah, legal! Depende. Eu acho que é da vida, não é? (P4)*

*A gente fica velho a partir do momento que nasce A gente precisa ter consciência que vai ficar velho. Eu já estou com quase 50. De idade, mas eu não estou me sentindo com 50. (P14)*

Sendo um novo estado de equilíbrio biológico (não se pode ignorar as diferenças reais que ocorrem no organismo do idoso), uma adaptação ao processo de senescência se faz necessária e ela pode ocorrer de forma tranqüila, passando quase despercebida ou sendo interpretada como perturbações passageiras. Por outro lado, uma doença curável pode ser interpretada como um processo irreversível de senilidade. A diferença

repousa, muitas vezes na possibilidade de decifrar estes sinais no próprio corpo, uma vez que somos os mesmos de sempre, “*só que com reumatismos a mais*”<sup>120</sup> (p.349). E a forma como o corpo idoso é classificado, muitas vezes “obriga” o sujeito a reconhecer tais sinais como a chegada do envelhecimento, por mais que tenhamos uma imagem satisfatória de nós mesmos. É a forma *orgânica* de encarar o envelhecimento:

*Olha, eu até então eu não tava me sentindo idosa não sabe, mas de uns tempos pra cá, de uns dois ou três meses que eu tô sentindo um pesinho, dói aqui, dói ali e você quer fazer as coisas mais rápido mas o corpo não ajuda. De uns dois meses pra cá que eu tô reclamando lá em casa... acho que é os ossos, o organismo da gente vai mudando, não pensei de acontecer isso não... tô indo a médico e tudo para ver o que é isso. Ele diz pra mim que é velhice, não tem jeito não, é a única coisa.*  
(Selene, 67 anos)

Não havendo a imposição interior de reconhecer a imagem que lhe é oferecida pelo outro, torna-se possível recusá-la, verbalmente ou pelo comportamento<sup>120</sup>. O gestual humano, o comportamento corporal, é com frequência demandado pelo mundo exterior, e espera-se que esteja em consonância com os modelos já cristalizados do preconceito. Mas pode-se fazer uso do seu corpo de uma maneira natural, que não está socialmente aprisionada e – “*até o ponto em que a cultura ocidental permita – menos fragmentada*”<sup>120</sup> (p.45-6) e não desqualificando sua feminilidade, no caso da mulher. É um sobressalto ser chamado de velho ou velha pela primeira vez, ou quando uma pesquisadora pergunta “*como foi ficar velha pra você?*”:

*Hã? Eu não sou velha, é ruim hein (ri).  
Eu não me considero velha, me considero muito jovem e na moda... .. eu não tenho nada desse negócio de velhice, eu hein, pinto o meu cabelo, me rebolo e saio, quando a morte chegar, chegou, né? Não, comigo não tem velhice, se me der uma roupa que tá muita comprida, horrorosa, “ih roupa de velho”, recorto tudo, faço minha roupa e vou...  
(Freya, 71 anos)*

Há um momento em que a resignação, embora difícil, acontece, e o idoso se rende ao ponto de vista do outro. Difícil, porque é externo a ele, e inapreensível, pela contradição gerada entre aquilo que ele é permanentemente e o fato de que muda a cada instante. Racionalmente complexo, fica entre a permanência e a constante metamorfose, oscilando entre estas duas realidades sem de fato conciliá-las definitivamente. Não há nada que possa nos impor interiormente o reconhecimento de uma imagem que vem de fora:

*Como foi ficar velha? Agora que você me pegou. (Risos) Foi isso que você está vendo aí... É que eu fiquei velha, não é? Fiquei assim conforme você está vendo aí. O que eu digo agora? ... Eu digo que eu sou velha e tal. Vou vivendo a minha vida, não é?*  
(Ceres, 78 anos)

O outro, entretanto, pode ser o próprio sujeito, no espelho. Este objeto aparece nas entrevistas como algo externo que veio dizer algo para os idosos:

*Eu não vi quando que fiquei velha, quando eu vi tava velha. (Risos)... É, quando eu vi, me olhava no espelho e vi que tava ficando velha. Nunca me preocupei com isso, depois que eu vi que tava velha, todo dia olhando no espelho né, aí eu fui vendo que tava velha e sentindo as dores né...*

Beuvoir <sup>120</sup> cita Madame de Sévigné:

*“Se nos fizessem olhar num espelho o rosto que teremos ou que temos aos sessenta anos, comparando-o ao dos vinte, cairíamos para trás e teríamos medo dessa figura; mas é dia após dia que avançamos; estamos hoje como ontem e amanhã como hoje; assim avançamos sem sentir, e este é um dos milagres dessa Providência que eu tanto amo”* (p.351-2)

Entre os conformados, há outras representações possíveis quando este personagem é exigido pela sociedade, como falar em disfarce, em trajes, em jogos, como uma forma de encarar este “irrealizável”. Como nos jogos infantis, há um forte componente no jogo do idoso: a perda.

É este o jogo de imagens de Osíris (68 anos), portador da doença de Parkinson, seu maior adversário atualmente:

*Eu gosto muito de jogar dama, gosto de brincar também. A dama te dá essa chance. Ela faz você perder e a pessoa fica pensando que você está ganhando... O jogador de dama ele não tem prazer só em ganhar... Perder para ele também é uma satisfação. Então ele perde, mas ele sabe porque está perdendo, ele inverte o jogo. Então a dama dá essa chance, a pessoa que está jogando contigo ela está crente que está ganhando de ti, mas só que você está jogando invertido com ela...*

Para nossos entrevistados, a doença se confunde com a velhice em muitos aspectos, o senso comum lhes diz que “saúde é a ausência de doença”; entretanto, mesmo portadores de alguma doença, não deixam de ser saudáveis.

E se mesmo quando portadores de múltiplas afecções <sup>a</sup> continuam protagonistas em seus espaços privados, mantendo a autoridade e o respeito, como Atena (88 anos), são reconhecidos como saudáveis:

*São saudáveis até para dar esporro na gente! (risos). (P17)*

*Apesar do que ela teve (câncer), eu considero ela saudável porque o que ela faz...Hoje graças a Deus ela está curada. (P1)*

Os que não se conformam e muito menos são jovens ainda, são os “*derramados*”. Se a princípio a expressão “*Fui derramado*”, de Zeus (72 anos) causou apenas uma “*estranheza gramatical*” à autora, aos poucos foi possível apreender-lhe o sentido em outras falas dos idosos que, tal como a desagradável sensação de perder um líquido precioso, viram a saúde escorrer-lhe por entre os dedos. Não foi um processo ativo – *derramei*, mas passivo – a conotação do derramar nunca é intencional, mas acidental, imprevisto, inesperado e que lhe trouxe muitas perdas: “*Fui derramado. E aí eu não tinha nada, não tinha derrame, não tinha febre, não tinha nada. Tinha a saúde perfeita, graças a Deus!*”.

Os “*derramados*” não se consideram saudáveis, perder a saúde foi o que lhes aconteceu ao envelhecer. São estas mudanças operadas no corpo físico, em especial, que marcam o processo. Não há muitas perspectivas de que as involuções que o corpo sofre com o processo de senescência sejam revertidas, ao contrário de uma doença da qual podemos vir a nos restabelecer ou ao menos interceptar; é o primeiro encontro real com a velhice, a experiência de vivenciá-la no próprio corpo e a perspectiva que ano após ano elas vão intensificar-se. “*Na verdade, o corpo, de instrumento passa a ser obstáculo*”<sup>120</sup> (p.389), e a velhice (vista pelo olhar do outro) precisa ser justificada:

*- Hã? De eu ficar assim? Olha eu fiquei, eu fiquei assim, eu acho que eu fiquei mais acabada com a doença né...  
(Atena, 88 anos)*

A ambigüidade está no fato de que, ainda que o idoso perceba claramente este processo e as perdas sejam consideradas naturais por ele – *coisas da idade* – há um sentimento de dissociação na construção dessa identidade, difícil de fixar, que se processa de modo heterogêneo, entre a idade cronológica, o corpo físico e a mente<sup>120</sup>. Há sempre partes do corpo – um órgão ou uma função – que vai se manter mais jovem, mais sadio, e que fazem parecer não serem seus. O corpo medicalizado e controlado pelas especialidades, é um corpo diferente e sempre comparado aos mais jovens, concepção absorvida também pelos parentes:

*“Eu levei ele no médico, deram uma vitamina para ele tomar 15 minutos antes do almoço. E o médico falou: Ele não tem nada, a pressão dele é pressão de criança!”(P13)*

*Tem pessoas que ficam velhas e parece que tem 20 anos. (P5)*

Sob este aspecto Beauvoir afirma que “viver deixa de ser algo normal” (p.372). A formação de uma identidade geracional não é um processo fácil, e mais ainda a construção da identidade de velho, uma identidade “indesejada e dúplice ou ambígua, principalmente quando referida ao corpo: a aparência desgastada, seu funcionamento não totalmente sincronizado e a mente – ou a essência dos sentimentos – jovem”.<sup>120</sup> (p.42)

É uma inadequação a si mesmo, ou um *desencontro*, como relata Osíris (68 anos):

*Saúde para mim é estar bem com todos os organismos normais e tudo correndo normalmente, não com esse negócio da doença de Parkinson, não é possível conviver com isso, mas temos que administrar. Muito difícil administrar isso tudo. Ainda mais pela parte que eu envergo também. Além de contador eu sou pastor da igreja pentecostal. Então calcula o desencontro que é essa coisa em si. Uma coisa muito chocante.*

Chocante também para a família:

*Para mim a saúde é primordial. Porque o meu marido gozava de uma saúde assim que a gente achava que jamais ele fosse... A gente até pelo nosso histórico de vida a hipertensão seria normal ele passar a ter problema de hipertensão, mas o Parkinson para nós foi um choque. Uma pessoa dinâmica, líder comunitário, um contador, não de história, mas de ciências contábeis. Hoje com dificuldade, cheio de limitações. Isso para ele... De vez em quando ele entra em depressão e eu também entro em depressão junto com ele. Então dói muito, ou seja, para mim e para todos os que o conheceram vê-lo assim. Então a saúde é primordial em todos os sentidos, para mim. (P12)*

Se para os idosos, que já experimentam esta nova identidade, a velhice é um “irrealizável”, não nos admira que a única pergunta do Roteiro do Grupo Focal, (composto majoritariamente, como salienta Elias<sup>98</sup>, por pessoas de “idade normal”), onde houve necessidade de explicação tenha sido “*Como vocês se imaginam no lugar do seu idoso(a) que frequenta o centro-dia?*”. Um exercício de imaginação mais complicado do que “*Como deve ser ficar velho?*”, já que o idoso é uma referência concreta das possibilidades no envelhecer. E de acordo com o que vêem, as opiniões podem variar, coexistindo a imagem tradicional do idoso, ligada à inatividade e uma nova imagem, do idoso mais participante:

*Como a minha está eu quero chegar até os 200, porque... (risos)*  
(P1)

*O caso da minha mãe é meio dificultoso porque ela está meio assim, têm coisas que ela não lembra mais, troca os nomes e essas coisas assim. Viver igual a minha mãe sinceramente não quero viver, é impossível... viver como ela está vivendo aqui, não tem como, não é? (P6)*

*Ela faz tudo. Ela não enxerga direito porque tem dificuldade, não é? Mas eu gostaria de chegar à idade dela, até mais e tudo. Porque mesmo com a hipertensão dela, ela é muito ativa, ela gosta de dançar, ela gosta de sair, ela não pára em casa, não pára. (P3)*

*Eu queria ser meu marido sem o Parkinson (P12)*

Esta esposa, que se casou com um homem 19 anos mais velho e que foi avisada pelos amigos: “a diferença você vai ver lá na frente!”, passa pelo processo de transição descrito por Debert <sup>95</sup>, uma fase que traz uma crise de identidade e a necessidade de estratégias para resolver esta crise. O curso da vida passa a ser construído com base nestas estratégias, nas perspectivas e nos projetos.

*Eu falei: agora chegou a oportunidade d’eu conviver com idosos e eu vou querer começar já a me preparar para ver como é que eu vou ficar, porque quando começou a surgir os primeiros fios brancos foi exatamente quando eu completei 30 anos e eu chorei muito, chorei muito. (risos) Eu não consegui me ver com os fios brancos. Primeiro eu não aceitava: “Como esse cabelo surgiu aqui, branco?!” E aí depois eu já fui trabalhando essa questão. (P12)*

Na perspectiva de gênero, para os três homens entrevistados, a perda da virilidade é expressa de diferentes maneiras, mas há uma certa resignação. Osiris fala da perda pela metáfora do jogo de damas, o poder camuflado, transformado, a idéia de poder enganar seu adversário, no seu caso, o Parkinson. Mas, neste irrealizável e entre contradições, fala sobre os outros, que não são os “conformados”:

*Olha, ficar velho é uma coisa natural da vida. Foi bom, porque eu aprendi muita coisa que eu não sabia. Mas eu tenho saudade dos meus 20 anos, meus 20 anos ficaram lá atrás. Então já se passaram 40 anos e isso aí faz muita falta hoje, um pouco. Então a gente sente falta. Quando eu vejo alguém que diz: “Ah, eu sou velho, mas sou isso, sou aquilo.” Eu: “Que nada, os 20 anos do cara já foi há muito tempo”. O cara tem que saber que tem que envelhecer e se conformar com a velhice.*

Ao homem idoso, dizem que este deve se poupar e aceitar sua fraqueza física; um esforço excessivo pode acarretar um problema definitivo; em uma briga ele certamente vai perder, portanto não deve provocá-la; não deve ceder a caprichos e desejos, pois corre o risco de frustrar-se <sup>120</sup>.

Em Zeus (72 anos) vemos a sensibilidade substituindo a força, a agilidade:

*Hein? Como que foi ficar velho? Ah, me senti sensibilizado....É... Porque não posso dar um pulo, senhora... Daqui, se eu estiver em pé aqui e pular eu caio... Se eu ficar em pé assim e a senhora me empurrar. ...Já era! Qualquer impacto que a pessoa dá em mim... eu desequilíbrio, não tem jeito. Entendeu? E eu não era assim...*

Apolo, 80 anos, é o mais “realista” quanto à perda da virilidade: “*Bom, o que me mudou foi mulher, que eu era muito cheio de mulher*”. Mas como moral e físico estão estreitamente ligados, pode-se buscar demonstrar aos outros e a si próprio que ainda permanece um homem, especialmente quando sobrevivem os interesses afetivos e se conserva o prazer de viver. O desejo permanece, pois o idoso é pleno de lembranças de experiências insubstituíveis, do universo erótico que se construiu e vivenciou na maturidade, da sexualidade conservada (ainda que só na lembrança).

Por isso Apolo complementa com uma fala conhecida por todos com quem convive: “*E agora eu quero uma pessoa, mas não tem me aparecido como eu quero. Mulher pra mim é de 40 pra baixo. Que não tenha filho e que não beba*”. A visão do outro é sempre bem diferente. Os que são “jovens, conformados ou derramados” para si, nem sempre o são para o outro. Seu desejo alardeado de ter uma pessoa mais jovem gera comentários no Grupo:

P13: *O meu padrasto não aceita ficar velho. Com quantos anos ele quer namorar uma menina?*

P12: *De 40, até 40.*

P13: *Por quê? Porque ele se acha garotão.*

P10: *Novo! Garotão!*

P11: *Ele vai enfartar.*

P13: *Ele vai, ele vai!*

Pesquisas, como a de Motta, indicam que os homens falam como ex-trabalhadores. Zeus (72 anos) fala como ex-trabalhador ao dizer como foi ficar velho:

*Ah, o viver do tempo, não é? Viver do tempo e do trabalho. Foi... A idade foi chegando, foi assim que foi ficar velho...*

“*Para os homens das classes populares*” o tempo da aposentadoria faz reportar a uma positividade por estarem desobrigados do trabalho; “*para os de classe média, a liberdade refere-se à independência ou tranquilidade econômica*” (p.233). Nosso idoso de nível superior, que pressupomos ter uma aposentadoria compatível com seu estrato ocupacional, diz o que mudou com a velhice:

*Olha, o que mais mudou foi a parte financeira. A parte financeira melhorou, ficou melhor. Não ficou boa, mas ficou melhor. Então a gente não fica pensando muito no trocado. E quando a gente é jovem a gente gasta muito e não tem controle, não é? E o velho automaticamente aprende a se controlar.*  
*Coisa automática.*  
(Osíris, 68 anos)

Mas o mundo do trabalho é o mundo da ação, é o lugar da ação, reúne dimensões corporal, social e política. Para muitos, é uma atividade tão necessária – e naturalizada – como o comer e o dormir. Tem dupla significação, envolvendo os movimentos do corpo desde o “adestramento” até a longa fase de práticas, que se confunde com o seu cotidiano e penetra na vida psicológica. Ao mesmo tempo, o mundo do trabalho é o mundo do pertencimento, a inserção do sujeito no sistema de relações econômicas e sociais, representando um lugar na hierarquia desta sociedade feita de classes e status. Desta forma, há a “ *fusão do próprio trabalho com a própria substância da vida*” (p.393), e a memória do trabalho pode dar sentido e justificar uma biografia. A carga de significação e valor atribuída ao tempo de atividade laboral é com frequência mais forte do que à atribuída enquanto desempenhavam a função. Se não há mais lugar para aquele fazer, resta lembrar e superestimar o que já não se faz <sup>104</sup>.

Os relatos que se desenharam neste contexto falam não apenas da saída deste mundo significativo, mas a ausência da saúde que os impede de colocar em marcha outros projetos. A começar por Zeus (72 anos):

*A saúde é vida, não é? Vida. A gente tendo a saúde perfeita a gente tem vida, não é? Trabalha, pode trabalhar. Eu não posso trabalhar, nem fazer as coisas em casa, eu não posso. Tenho dificuldade. E se não tivesse com esse negócio como estou aqui (seqüelas AVE) eu estava exercendo trabalho. Só não exerço porque não posso. Eu trabalhava de motorista senhora... Eu era uma pessoa que começava a trabalhar, para mim não tinha hora, não tinha momento, não tinha nada. Eu tinha sempre a minha disposição perfeita... Não tinha frio, não tinha sereno... Estava sempre bem disposto, agora não tenho disposição. Entendeu? Tudo isso enfraquece a pessoa.*

Em nossa pesquisa, entretanto, predomina o sexo feminino. Mas as questões de gênero aqui – “*os homens falam como ex-trabalhadores*”, não se aplica ao nosso universo. Com uma exceção, todas as nossas mulheres fizeram parte do mundo do trabalho, fora da esfera doméstica, e guardam relação com este mundo para manterem-se – e principalmente, sentirem-se – ativas. Na busca da autonomia e independência, o trabalho é uma forma de auto-afirmação, sentem-se mais saudáveis e vigorosas se conseguem “*dar conta do seu serviço*”, e lamentam se “*já não podem fazer nada em casa*”, uma vez que sempre foram “*donas*” do espaço doméstico. Foram vários os



relatos neste sentido, em particular quando falamos de saúde, do envelhecer e suas mudanças, como alguns que seguem:

*A saúde pra mim é a saúde mesmo, não sentir dor, ter disposição para o trabalho, disposição pra tudo né, acho que aí tá o vigor, você ter disposição pra tudo, encarar tudo, mas com dor não... acho que a saúde é disposição, de trabalhar, de rir, de brincar, mas hoje eu tô triste porque eu tô com dor.*  
(Selene, 67 anos)

*Pra mim saúde é poder andar, trabalhar, resolver os problemas que a gente tem que resolver, ajudar os outros, precisar da gente a gente tá aí pra ajudar, acordar cedo pra ir pra luta, eu acordo quatro horas, cinco horas dependendo pra onde que eu vou, isso pra mim já é uma grande luta, mas é costume desde criança, a gente vai à luta...*  
(Freya, 71 anos)

Por termos tantas mulheres, mulheres ex-trabalhadoras, é na fala delas que vamos encontrar a positividade ao fato de estarem desobrigadas do trabalho. Compreensível, pois certamente todas foram sobrecarregadas por acumular o trabalho remunerado com os afazeres de “dona de casa”. Pode vir a ser o tempo da liberdade, e, para as que ao longo da vida tiveram apenas o universo doméstico como cenário, em casa ou no trabalho (“*criei meus filhos, criei filho de patrão, criei meus netos*”), é o tempo de fazer o que a vida não deu oportunidade anteriormente, como as atividades de lazer e principalmente para nossas entrevistadas, o artesanato (“*Qual a atividade que você mais gosta?*”). O artesanato distancia-se do tipo de atividade desempenhada pela maioria das mulheres ao longo da vida, atividades onde se exigia o corpo como um todo – faxineiras, lavadeiras, domésticas, e não apenas a delicadeza das mãos.

*Afrodite, 83: Artesanato. Gosto, quando eu não tô com vontade eu não faço nada, eu durmo. Acho bom assim, faço quando tenho vontade, não gosto de ter a obrigação, eu não gosto quando me dão uma obrigação.*  
*Ram, 65: Eu faço pátina, eu gosto. Tapete, o que eu acerto mais é tapete.*  
*Freya, 71 anos: Artesanato, nós fizemos muito artesanato, a gente fez pintura em pano de prato... Agora foi o biscuit que a menina veio fazer...*  
*Ísis, 68: Eu participo da ginástica, e assim, fazer crochê...*  
*Nix, 72: O artesanato. É só. Eu gosto, eu faço bordado, fuxicos...*

É tempo de cuidar delas próprias e deixar um pouco para trás a eterna caracterização da mulher como cuidadora (o que por vezes prejudica o cuidado com sua saúde). A longevidade da população veio com novidades no comportamento das velhas senhoras, que já não se dedicam somente a casa e à família, estão sempre à busca de

novas sociabilidades, uma maneira diferente de ser velho (a). Sem obrigações, buscam outras atividades, ainda que as opções não sejam muitas...

*A minha vida mudou né, depois que eu fiquei velha, que até eu não trabalhei mais, fiquei me preocupando só comigo, não tenho mais com quem se preocupar, os filhos já criados... a minha filha diz que eu sou despreocupada... Não tenho nada com o que me preocupar mesmo! Minha preocupação é ir pro posto marcar consulta, depois vou consultar, depois vou receber pagamento, e vou pra a CSA...*  
(Afrodite, 83)

Se as obrigações continuam, não se encaixa com a idéia de uma boa opção para envelhecer. Uma das netas, com 17 anos, fala sobre como deve ser ficar velho com base na experiência de sua avó, com quem vive:

*Depende. Quando você é velho com toda assistência como ela fala que queria ter... Ela fala que queria que dessem a comida dela na boca. (risos) Aí é bom. Agora quando você tem que cuidar de um montão de neto, bisneto, filho da vizinha, aí...*  
(P5)

Para as mulheres, é um pouco mais difícil reconhecer-se como “velha”. A morte, a dependência, a decadência física, mental e social, enfim, o senilismo, é sempre mais presente do que a associação da velhice com a experiência ou a sabedoria. O senilismo pode ser definido como “*um processo de estereotipagem sistemático e discriminação contra as pessoas porque são velhas*”, como a inutilidade, a feiúra, a doença e a impotência<sup>b</sup>.<sup>120</sup>

Mesmo para as mais novas:

*Eu quando percebi que a minha mãe tinha envelhecido, eu fiquei com medo. O medo da perda. Eu fui para casa e falei assim: “Z. C. – Z.C. é meu marido – como a minha mãe está velhinha! Eu estava olhando ela...” Aí eu dormi com o coração apertado (P3)*

Diferentes dos homens que, idosos, costumam ser admirados pelos cabelos grisalhos, pela força e inteligência, as mulheres foram sempre avaliadas pelo estado do seu corpo, aparência física e capacidade reprodutiva. O corpo feminino, objeto constante de gestão social, pode passar por uma *liberdade geracional*<sup>106</sup> com a chegada da velhice, de forma a livrar-se da domesticidade que sempre sofreu. Adota-se um novo modo de se perceber no mundo, com maior controle sobre o próprio corpo.

*Eu acho que pra mim foi maravilhoso sabe por quê? Porque eu me senti... eu achei que eu remocei muito então pra mim isso aí foi maravilhoso... voltou a alegria que eu era muito triste, comecei a dançar, comecei a passear, comecei a conversar melhor, que eu até aí eu não falava bem nem nada, tinha*

*vergonha de falar e tudo... eu me abri pro mundo, entendeu?  
Acho que foi a minha personalidade, eu acho que mudou  
bastante, me senti bem alegre, então isso pra mim foi uma  
mudança, uma mudança que não tem nem lógica né, porque  
fiquei mais alegre, minha velhice me mudou muito, passei a me  
olhar melhor, me tratar melhor, até meus cabelos que eu não  
tratava nada, meus pés, minhas unhas, tudo me remoçou muito,  
mudou muito a minha velhice, mudou bastante mesmo (ri).*  
(Gaia, 73)

Percebe-se uma certa satisfação com a vida entre as que se consideram jovens, o que é reforçado pela convivência no grupo, reorganizando a vida e dando a ela novos significados. A atenção e o interesse por outras coisas constituem seu novo projeto, não estão despojados socialmente. É também percebido positivamente pela família:

*Desde que eu conheço a minha sogra... Do que eu conheci para  
agora, antigamente ela trabalhava, ela lutava, ela tinha a luta  
dela lá com marido, com filho. Sempre lutou. De lá para cá ela  
melhorou bastante, que agora ela só curte. Não tem o que  
falar, agora é só passear, é só brincar... Não tem preocupação.*  
(P9)

Nosso universo de pesquisa traz as diferentes representações da velhice, e como na pesquisa conduzida por Bassit <sup>91</sup> encontramos uma fala que define este momento como um tempo de abandono e solidão, de desvalorização principalmente. Sentir-se excluído, principalmente da família, significa a perda do espaço de significados e valores que já foram estruturantes em suas vidas. Assim foi ficar velha para Ran (65 anos):

*Eu não pensava que eu ia passar por isso que eu tô passando...  
que antigamente quando eu era nova eu dançava, ia a baile,  
trabalhava, ajudava a criar eles [os sobrinhos], a tomar conta  
pra minha outra irmã que morreu poder trabalhar, que era  
tudo pequeno... Eu era alegre e tudo, eles [os sobrinhos]  
pediam para mim fazer favor eu fazia, e agora não querem nem  
saber, vão pra lá e quando tão lá conversam e nem esquentam.  
Ontem quando eu saí daqui eles “tavam” lá conversando,  
quando eu passei eles estavam no quintal, pra mim eram uns  
três estranhos que estavam ali...*

O grupo familiar é um elemento de referência para que se possa reconstruir o passado, como faz Ran, e a família, ao mesmo tempo em que é objeto de recordação, é também o espaço onde se pode avivar outras lembranças, tendo sido o palco de muitas emoções e experiências. Os papéis e as trajetórias construídos neste espaço constituem um eixo em torno do qual o passado será reavivado e contrastado com o presente <sup>121</sup>.

Elias <sup>98</sup> diz que muitas pessoas morrem gradualmente, a partida começa mais cedo, antes “do atestado de óbito e do caixão”, quando a velhice é razão para o isolamento

dos indivíduos. (“É melhor ela ficar lá porque **a vida da gente continua**, nós temos que trabalhar”. P6, sobre a ida da mãe, Ceres, 78 anos, para a CSA. [grifo nosso]). Embora possam se tornar menos amáveis e afetuosos, sua necessidade em relacionar-se socialmente permanece. Mas podem vir a perceber “o gradual esfriamento de suas relações com as pessoas a que eram afeiçoados” (p.8), tornando árduos os anos passados na velhice. É característico de uma sociedade cada vez mais individualista e competitiva, mas é também uma mostra da dificuldade da mesma em lidar com o envelhecimento. Somos uma sociedade que não lida bem com os fracos, e um primeiro sinal de fraqueza do idoso – como o esquecimento – pode ser o início de seu banimento do âmbito familiar.

---

#### Notas:

a “Porque eu sou doente, eu tenho glaucoma na vista, eu agora caí, tenho o fêmur quebrado, tenho três parafusos, me ataca a coluna, prisão de ventre que eu tenho muito o intestino preso, a minha perna eu tenho, osteoporose e varizes...” (Atena, 88 anos)

#### b Tipos de Senilismo <sup>121</sup>:

- *Inutilidade* - Por conta das crenças que a maioria das pessoas idosas é incapacitada por doença física ou mental, muitas pessoas concluem que os idosos são incapazes de continuar a trabalhar e os poucos que continuam a trabalhar são improdutivos.
- *Feiúra* - Um outro estereótipo é que o idoso é feio. A beleza é associada com a juventude e principalmente as mulheres temem a perda de sua beleza enquanto envelhecem.
- *Doença* - Talvez o preconceito mais comum relacionado às pessoas idosas é que a maioria é doente ou incapaz.
- *Impotência* - Um estereótipo relacionado é a opinião que a maioria de pessoas idosas não possuem atividade sexual ou têm menos desejo sexual, e, aqueles que possuem, são moralmente perversos ou anormais.

#### IV.3) Moldando o Cuidado: *idosos no centro-dia e na família*

*Os meus filhos cuidam dela, as minhas sobrinhas cuidam dela, mas não é só cuidar e tudo não, é um **cuidar de amor**, porque gostam, porque querem estar perto dela. (P2)*

Os usos e sentidos do cuidado, sistematizados por Pinheiro <sup>122</sup> através de levantamento bibliográfico agregam-se em três eixos temáticos: “formulação de políticas públicas de saúde” (como nível de atenção, procedimento técnico específico ou conduta assistencial); “conhecimento técnico” (ancorado nos saberes das tecnociências) e “operacionalização do processo de trabalho” (o cuidado integrado às rotinas institucionais).

De fato, nos documentos por nós já avaliados, o cuidado está sempre presente nas políticas públicas. Podemos citar: o Estatuto do Idoso <sup>107</sup>, que em seu Capítulo IV - Do Direito à Saúde, assegura a necessidade das instituições de saúde promoverem orientação aos cuidadores familiares (Art. 18) e no Capítulo II - Das Entidades de Atendimento ao Idoso, ao afirmar que tais entidades deverão *proporcionar cuidados à saúde, conforme a necessidade do idoso*. Outro importante documento: a Política Nacional de Saúde do Idoso <sup>111</sup>, que em toda a sua extensão compartilha da mesma preocupação descrita por Caldas <sup>20</sup>, pensando o cuidado com foco na proteção à família, e ênfase nas modalidades alternativas de atenção, que não sejam institucionalizadoras, como o centro-dia <sup>a</sup>.

Desta preocupação nasce este trabalho, e o campo vem mostrar que são preocupações pertinentes. Mas também nos mostra que, para além dos eixos temáticos já citados, todos intrinsecamente ligados às questões do cuidado à pessoa idosa, está subjacente uma idéia de cuidado mais complexa, o cuidado concebido como valor. De quê a familiar de Hera (71 anos) fala ao dizer que o cuidado dispensado pelos netos é um “*cuidar de amor*”? Há um pressuposto (legítimo) de que idosos dependentes têm maiores necessidades de cuidado, mas o campo trouxe uma questão mais latente: metade dos idosos entrevistados é independente, mas permanece freqüentando o centro-dia diariamente. Atena, de 88 anos diz que não precisa da CSA, mas está lá há 18 anos, foi praticamente fundadora da Instituição.

O cuidado, atividade intrinsecamente humana, está no centro das práticas eficazes da integralidade das ações em saúde, e ao concebê-lo como um valor, torna-se necessário questionar como se deve produzir “o cuidar e o ser cuidado na saúde”, pois se o cuidado requer um pensar e um agir, logo uma ação, cabe saber quais são os

saberes que sustentam estas práticas. Para que o cuidado possa constituir-se em um “agir político e valor ético” nestas, é necessário que os sujeitos desta ação – o cuidador e aquele que é cuidado – tenham o seu *ethos* reconhecido, ou seja, que os princípios que regem seu comportamento e os torna seres conscientes, livres e responsáveis <sup>53</sup> sejam considerados.

Será a partir desta concepção que o centro-dia entra na relação idoso-família, reconhecendo (e sendo reconhecido) como possuidor de um *ethos* e concebendo suas práticas de saúde como o *direito de ser* deste atores, pensando como irá produzir um cuidado que afirme a vida, e que saberes podem advir desta relação, para então se transformarem em novas e melhores práticas?

As práticas que se desejam eficazes devem ser construídas de forma incessante, se o que se almeja é concretizar um agir integral para e com os indivíduos. Não basta, nesta proposta, empregar de forma correta os saberes disciplinares já consagrados <sup>118</sup>. Um espaço público considerado facilitador de um *agir em saúde* corporificado como cuidado é aquele que pode surgir em qualquer lugar, não tem um lócus privilegiado, os sujeitos irão se ligar pelos discursos e pelas ações, irão ressignificar e/ou consolidar suas práticas, é onde a política vai se materializar sob o signo do acontecimento e constituir nova realidade social: “*agir é começar, criar algo novo*” <sup>123</sup> (p.24).

A noção de cuidado que se materializa em práticas de ação integral e compreende a saúde como o *direito de ser* considera “*o tratar, o respeitar, o acolher*”, e entende que parte do sofrimento humano advém de sua vulnerabilidade, de forma que o que acontece no “entre-relações” de pessoas, e então se considera também o *vínculo*, deve impactar positivamente a todos os envolvidos, que aqui consideramos os idosos, seus familiares e a Instituição <sup>118</sup> (p.21).

O sobrinho de Atena se diz “realista” quanto à sua possibilidade de efetivar o que ele considera “cuidado”, que pode ser a noção que tentamos delinear aqui:

*Eu acho que eu ainda sobrevivo para poder ajudar ela, ajudar, não é cuidar. Eu acho a CSA cuida muito mais – eu sou uma pessoa realista – cuida muito mais da minha mãe do que eu próprio. (P17)*

Acreditamos que a noção de cuidado deste familiar está consonante, uma vez que, em uma Instituição onde os serviços oferecidos indistintamente aos idosos não tenham como referência a intervenção, tão própria do campo da saúde, há um deslocamento conceitual neste *agir em saúde*, mais próximo da idéia de dádiva, onde a prestação de um serviço é efetuada “*tendo em vista a criação, manutenção ou regeneração do vínculo social*” <sup>123</sup>(p.41).

*Pra mim é uma coisa tão ampla... eu acho que em princípio é o respeito pelo ser humano, saber que todo mundo precisa, de alguma forma, ser cuidado... é um olhar, é um carinho, é atenção, eu não sei como te dizer porque pra mim cuidado é tão amplo... (IC)*

A prestação de um serviço que subsume a dádiva pressupõe uma *relação pessoal*, é pautado pela forma de se proceder e não pensa no resultado ou produto da ação, ao contrário, se volta para os meios, afirmando-se através da intenção e do gesto <sup>124</sup> (p.44).

Nas entrevistas com os idosos, perguntamos sobre as atividades que os mesmos realizavam na Instituição, e como já citado, o artesanato apontou como um dos preferidos. Mas o que chamou a atenção nas respostas dos idosos, é que estes não se referiam às atividades, mas sim aos profissionais ligados às mesmas. Assim, nenhum deles “pratica canto” ou “faz dança”. Eles “estão” com Fulano, “fazem” o Beltrano, e assim vão nomeando as atividades de acordo com o profissional com quem criaram vínculo.

Nas palavras da IC,

*As pessoas que estão se integrando à equipe têm um acompanhamento, mas sobretudo é o exemplo mesmo de quem já está lá no dia-a-dia, fazendo, e essas pessoas automaticamente se encaixam dentro desse perfil. Apesar de todas as dificuldades, dos aspectos negativos que a gente enfrenta no dia-a-dia, a gente consegue manter uma equipe motivada, não pelo aspecto financeiro porque ninguém vai ficar rico fazendo este tipo de trabalho, mas é algo dentro de cada um que nos leva a fazer esse trabalho e a cada dia chegar lá. (IC)*

Já citamos a importância do serviço nutricional para os idosos, mas observando este dia-a-dia, outros aspectos nos chamaram a atenção. Há um cuidado especial para o momento das refeições, toda a equipe de sustentação da casa para outros afazeres e colaboram para que todos sejam servidos. São os funcionários que fazem o prato dos idosos, sempre levando em consideração o que gostam, o que não podem ou não devem comer em função do seu estado de saúde.

A concepção de *aprender sobre saúde* dos idosos foi tão singular quanto cada um deles. Invariavelmente à primeira resposta de quase todos, “Nada”, seguia-se um “adendo”. Foi o caso de Afrodite, 83 anos, que está com sobrepeso:

*Nada, nada... tô aprendendo agora com a S., pra ela botar pouquinho comida pra mim (risos). E ela bota!*

Após todos os idosos terem almoçado, aguarda-se que toda a equipe esteja junta e então todos almoçam, com o mesmo cuidado dispensado aos idosos. É uma *cena familiar*, mas não muito comum atualmente.

Esta concepção da Instituição como “casa” está presente na fala de idosos e familiares, com uma conotação diferente do óbvio, já que o nome da Instituição tem este substantivo. A palavra “casa” aparece com dois sentidos distintos na fala de Gaia:

*Eu cheguei aqui por intermédio da M., eu tava ficando assim com depressão, e eu conversando com ela, que eu queria um lugar que eu passasse o dia porque eu ficava em casa muito triste. Ela falou que vinha me trazer num lugar, que ela já estava aqui, aí quando eu entrei aqui na porta do Centro-dia parece que um clarão me abriu, essa é a minha casa...*  
(Gaia, 73 anos)

Voltamos à concepção de casa como um universo simbólico ao afirmar que este é “um agente ativo, dotado de voluntariedade, capaz de pensamento, de sentimento e de ação... lugar de confiança e de doação, ou, aristotelicamente, o lugar da amizade”<sup>97</sup>(p.128). Esta amizade aparece de formas diferentes e por vezes afirma a sensação de pertencimento, de si e do outro. Sem conhecer totalmente as “regras” da casa, a pesquisadora “errou” algumas vezes ao querer ajudar alguns idosos a se sentar: nunca era o “lugar deles”. São lugares marcados simbolicamente, pelas afinidades, pela personalidade, quem fica no canto, quem fica no centro, e todos sabem que aquela cadeira tem “dono”, mesmo que esteja vazia. É um dos motivos pelos quais permanecem freqüentando a CSA:

*Ah, me distrair com as meninas, as nossas amigas, as nossas irmãs vamos dizer assim, que nós somos irmãs, aí quando eu não venho me telefonam, “o quê que houve?” “Ah eu tô ocupada”, eu falo “mais tarde eu vou aí”.*  
(Freya, 71 anos)

Os espaços que permitem o exercício da sociabilidade<sup>b</sup> são espaços onde os valores familiares podem ser representados, torna-se um “universo particular” onde “onde cada elemento se encadeia aos demais num sistema ordenado”<sup>106</sup>(p.217).

O cuidado só acontece quando há compromisso, e compromisso pressupõe uma ação mútua, que estabelece e mantém uma relação social, sendo o equivalente simbólico na saúde, da fé para as crenças religiosas, permitindo aos sujeitos dar significado às práticas. Sendo relacional, ele somente se concretiza se há diálogo, não somente (ou não essencialmente), através de uma informação ou idéia transmitida; ele evidencia “interesse, respeito e aceitação”<sup>124</sup>(p.45).

Como efeito, emerge destas práticas uma nova forma de conceber a saúde, que não se restringe aos atos realizados para minimizar estados patológicos, mas que tornam a saúde um campo mais amplo e complexo, baseado no vínculo, “em meio aos quais



*saúde pode tornar-se amizade, conversas, diversão, festa, encontro, caminhadas, contexto social*".<sup>124</sup> (p.48). É o que se aprende sobre saúde:

*Então eu aprendi que fazendo essas ginásticas todas, eu aprendi que isso é saúde, essas ginásticas que eu faço, essas danças, essas conversas, essas brincadeiras, essas risadas isso pra mim é saúde, é saúde.*  
(Gaia, 73 anos)

Não apenas a sociabilidade é algo secularmente buscado pelas pessoas – o homem é um ser social. A idéia de centro-dia pressupõe um território, e reúne pessoas que tem algo em comum, a vida partilhada no mesmo bairro ou em bairros próximos. No caso dos idosos da Cidade de Deus, esta partilha começa em 1966 para muitos. Em algum momento podem ter se cruzado, acompanharam a evolução (?) do bairro e tiveram, cada um com sua singularidade um *modo de andar a vida* pautado pela história local. Mesmo na segunda geração, como constatamos no grupo focal, muitos eram conhecidos.

Para DaMatta<sup>100</sup>, o estudo da sociedade brasileira que pretende captá-la de modo aberto, em todo o seu movimento, irá compreender que este “*é sempre no sentido da relação e da conexão*”. O bom estudo deverá perceber o “que está entre as coisas”, vendo a relação como um valor e como uma positividade. O Brasil é uma sociedade relacional e forma “*um sistema onde a conjugação tem razões que os termos que ela relaciona podem perfeitamente ignorar*”. O autor entende que existem sociedades pautadas pelos indivíduos e outras em que as relações é que são valorizadas, sendo fundamentais para o desenrolar de seus processos sociais. E mostra como a sociedade brasileira na sua natureza mais profunda, está sempre a construir triângulos, “*fazendo, como revela a poesia sempre de dois, três! c*”.

Esta colocação nos remete à necessidade da criação do centro-dia, como o terceiro elemento da relação idoso-família.

Ao longo deste texto os perfis foram delineados para que soubéssemos “quem faz parte desta relação”. E os autores nos ajudaram a compreender que no contexto onde o centro-dia se insere ele (talvez) seja mais necessário do que em outros, pela forma como está se dando ali o envelhecimento (considerando as peculiaridades sócio-econômicas e estudos com idosos de estratos sociais mais altos)<sup>91,121</sup>. Já sabemos que não podemos aqui, por exemplo, estudar a velhice na perspectiva da família nuclear, desmistificada como preponderante nas metrópoles modernas<sup>124</sup>.

Na fala da IC o centro-dia surge de uma necessidade:

*A princípio isso (a modalidade centro de convivência) estava atendendo à demanda que eu tinha, dos primeiros idosos que começaram, mas aí alguns perguntavam “Porque que a gente não pode ficar aqui o dia inteiro? Vou pra casa ficar fazendo o*

*quê o dia inteiro? Vou ficar sozinho, eu não posso mais cozinhar”. Então uma série de situações em que eu fui vendo que realmente era o momento criar o centro-dia pra dar um suporte maior. Eles pediram, tinha idoso inclusive que reclamava que a casa fechava aos sábados e domingos, e você observava como existia a necessidade, que muitos a família saía para trabalhar de manhã e só voltava à noite, quer dizer, não bastava estar ali fazendo uma atividade por uma ou duas horas. (IC)*

Compreende-se que a família desempenha um papel importante papel na “transmissão e perpetuação de valores e comportamentos”. Estes valores, no entanto, não estão dissociados da realidade social na qual esta família se insere, e a família atual tem toda a heterogeneidade já citada anteriormente<sup>107</sup>. O texto de Luz<sup>57</sup> torna-se então esclarecedor para que se compreenda a razão pela qual há tanta busca por atenção e cuidado, se olharmos a “vulnerabilidade e desamparo de grande parte da população” e a crescente demanda por práticas terapêuticas “alternativas”, ou “não-convencionais”. Aponta a instabilidade no mundo do trabalho como desestabilizadora das relações, neste mesmo mundo e fora dele (p.13).

O mundo do trabalho vem tirando, a cada geração, várias possibilidades de convívio e intimidade – especialmente dentro da família. O filho que passa para jogar um beijo para a mãe lamenta não poder comparecer aos eventos onde ela se apresenta; a filha afirma: “*Eu não vi a minha mãe envelhecer, você acredita nisso? Eu não vi, eu não percebi que a minha mãe estava envelhecendo...*” (P14); outro filho explica como leva esta vida corrida: “*Estou levando nessa forma aí automática, porque a manual está difícil, (risos), está difícil!*” (P17). Mas é na fala de um dos idosos que a lacuna de cuidado deixada é mais contundente:

Quando o senhor precisa de ajuda para fazer as coisas dentro de casa quem te ajuda?  
*O filho, às vezes eu peço à minha filha para fazer uma comida legal para mim. Tem essa que mora aqui e a que mora lá. Às vezes ela vem e faz alguma coisa, mas o tempo é curto.*  
O tempo é curto?  
*O dela.*  
(Zeus, 72 anos)

Embora a idéia de tempo já traga uma diversidade de conotações, e o tempo ordinário e rotineiro ser medido de forma hegemônica por meio de dias, horas e minutos, ele encerra uma natureza social, e suas variações ganham importância na dinâmica dos grupos sociais. É na família e nas rotinas de manutenção do corpo que o tempo ordinário se compõe de um “momento ritual”. Modificações nestas rotinas e

nestes rituais podem exigir uma transformação da família ou implicar necessidade de sua substituição por uma outra unidade, e outro grupo social tornar-se o sujeito principal deste sistema<sup>98</sup>.

*É melhor ela vir para cá porque ela não fica mais sozinha, não é? Vem para conversar, bater papo, ela adora conversar e eu vou fazer meus afazeres. Eu não tenho tempo de ficar com ela, é só eu e ela. Ai ela vem para cá, ela gosta de vir para cá. (P7)*

*O que me faz vir para cá? Porque aqui eu tenho mais sossego. Agora estou aqui, estou vivendo a vida aqui. (Ceres, 78 anos)*

Acredita-se<sup>57</sup> que isto possa acontecer – e nesse sentido há a necessidade dos serviços de saúde reverem a sua função social – pelo processo que leva as pessoas a interiorizarem nas relações sociais uma lógica pautada no mundo da economia, o que pouco a pouco rompe com o tecido social. São “valores originados na racionalidade do mercado: competição, sucesso e vitória pessoal, individualismo, lucro – vantagem, e consumismo” (p.10). Tal lógica vai de encontro à sociabilidade, acarretando conseqüências graves para o bem-estar das populações, gerando “sentimentos de instabilidade, perigo, isolamento e desamparo” (p. 11).

A saúde pode então estar no lugar de atividades que já não são possíveis no mundo do trabalho, já que ao *demandar saúde* os sujeitos estão buscando o resgate de um “universo simbólico desencantado pela racionalidade econômica” e os serviços de saúde ocupam as relações de empatia necessárias entre os sujeitos, e muitas vezes perdidas em função destes valores mais individualistas. As práticas que se desenvolvem na CSA, por exemplo, e levam o nome dos profissionais envolvidos, são em sua maioria atividades coletivas de saúde e, com freqüência, reinserem a possibilidade de contato físico entre as pessoas, fato particularmente importante entre pessoas idosas. Legitimam “situações de cuidado que eram antes assumidas por instituições ou instâncias específicas, como a família” (p.19). A autora acredita que a sociedade civil se utilize destas práticas de saúde como uma estratégia para a “ressignificação da vida”, atribuindo à mesma, e à sua saúde, “novos sentidos, diferentes dos hegemônicos na cultura”.

Para que tais práticas dêem novos significados à vida, Ayres<sup>125</sup> propõe que as mesmas sejam práticas reflexivas, pois se não houver uma constante reflexão, sem o questionamento sobre o “como fazer”, dificilmente se saberá “o que se está fazendo” ficando as práticas de saúde atreladas a simplesmente negar a doença ou buscar controlá-la (p.69). A imagem de saúde como um horizonte móvel, tal qual o ser humano

que a persegue, nega a idéia de saúde como um estado, será sempre “*um movimento, um agir*”, que não se completa, posto que as normas a ela associadas serão constantemente reconstruídas, conforme deslocarem-se os horizontes.

*O que eu aprendi sobre saúde. Aprendi que você não é você se você não se deixar aprender-se. Estar aberto ao aprendizado.*

*Eu estou sempre aprendendo, sempre buscando novos conhecimentos, cada dia que eu venho aqui eu aprendo uma coisa nova. Você aprende que não adianta você ficar em casa parado que você não vai chegar a lugar nenhum. Vai entrar dentro de você de novo e vai sumir dentro de você. Não vai ser uma pessoa para fora, alegre. Isso aí que eu cheguei à conclusão.*

(Osíris, 68 anos)

Refletir sobre estas práticas implica em saber como colocar os *projetos de felicidade* destes sujeitos como um norte para a produção do cuidado. Compreende-se que tais projetos são experiências afetivas singulares, mas que somente são efetivados no campo das relações, quando são compartilhados com seus pares <sup>125</sup>. Nesta compreensão, o que se deseja alcançar com o cuidado é o *sucesso prático*, e não o *êxito técnico*, de forma que a racionalidade técnica e a normatividade das tecnociências possam abrir espaço para os aspectos não-técnicos, para as normatividades do *mundo da vida*, que possibilitam alcançar estes projetos de felicidade.

Esta busca deve estar presente nas ações da Instituição, onde a equipe deve reconhecer o momento delicado que divide o *sucesso prático* do *êxito técnico*. A narrativa da IC é ilustrativa:

*Tinha uma senhora que era deficiente visual, agora ela não mora mais na comunidade e não está mais freqüentando a Casa. Por ser deficiente visual, a família isolava ela totalmente num quarto, o único contato que ela tinha fora era na CSA. Nós descobrimos essa situação e começamos a questionar a família o porquê deste tratamento. Para a nossa surpresa a família respondeu “ah é porque ela é cega, ela não enxerga então ela não precisa conversar com ninguém, ela vai ver televisão para quê se ela não enxerga?”. Na primeira saída que a gente teve com essa idosa, que era para ir ao Teatro Municipal assistir o Lago dos Cisnes, pra minha surpresa, na hora de entrar no ônibus entrou a irmã e se sentou. Eu perguntei cadê a D.? “Ela tá em casa”, “Mas o convite era para ela”, “Mas ela é cega, ela não vai ver nada” eu falei “Não, mas ela vai ouvir, ela vai sentir. Você vai em casa buscar a sua irmã, você pode ir com ela acompanhando, o mais importante é que ela vá”. Então quer dizer, às vezes é muito complicado se você não tem essa disposição de fazer esse trabalho, de mostrar no dia-a-dia que o indivíduo não é incapaz por uma deficiência, porque na maioria das vezes o idoso é visto como um incapaz, basta ser velho e não pode fazer mais nada.*

Para pensar o sucesso prático convém pensar em uma construção coletiva da realidade social, sem aplicar um saber sobre o outro, isso o estaria transformando em um objeto, mas abrindo perspectivas, unindo saberes de naturezas diversas e dando oportunidade para que a integralidade se expresse no campo da saúde, superando a busca do êxito técnico através de modelos, pois estes “*requerem condições ideais e portanto, nunca se realizam completamente*”<sup>124</sup> (p.24).

Percebe-se fundamental o envolvimento da família para tal sucesso. Não é fácil lidar com o envelhecimento, e mais complexo se torna quando há dependência. Por esta razão, a instituição asilar torna-se a solução extrema quando o cuidado informal torna-se “pesado” (ou indesejado) e, principalmente, quando o idoso não tem família ou qualquer pessoa que assuma estes cuidados rotineiros:

*Eu estou lidando com essa dependência dele muito difícil, muito difícil, estou lidando com ele lá conforme Deus quer que eu lide e vou. Aí eu estava procurando para ver se acho um “orfanato” que interna as pessoas, as pessoas vêm para casa fim de semana, porque eu não agüento. Para mim está sendo uma luta muito grande. (P13).*

A família de Ceres, quando procurou a CSA, também pensava em institucionalizá-la em regime fechado, como conta a filha (P6):

*Há muito tempo que ela já está aqui e nós pedimos mesmo. Fui eu mesma que vim pedir para ela ficar aqui, através de conhecimento. “O dia inteiro? Ela só vai ficar dia inteiro?” Eu não sabia como é que funcionava na época. Eu pensava que ia ficar aqui de vez, na época. “Não, ela vai ficar o dia inteiro.” Então o dia inteiro. É melhor ficar lá porque a vida da gente continua, nós temos que trabalhar. E eu acho que tem sido ótimo para a minha mãe.*

Quando a Instituição então se propõe a colaborar com a família neste cuidado, o entende como uma “*ocupação e preocupação para fora de si*”, ocupa-se (é materialidade) e pré-ocupa-se com o ideal de “*preservação de um outro*”. É na presença do cuidado que uma pessoa sai de si e volta a sua atitude para o outro, com “*desvelo e solicitude*”<sup>54</sup>. A família parece compreender assim:

*Para mim a diferença é bem gritante. Porque ele teve uma revitalização das atividades, ele voltou a ter auto confiança. E para mim é uma tranqüilidade. Eu estou trabalhando, sei que ele está aqui, que ele está tendo atividade aqui, naquilo que ele se propõe a fazer e que as limitações dele permite. Então isso me dá uma segurança... É como se a mãe deixasse o seu bebê lá na creche e soubesse que naquela instituição tem uma estrutura que vai deixar a minha mente tranqüila e aí eu vou desempenhar o meu trabalho lá fisicamente melhor. (P12)*

Este cuidado como valor agrega outros, tais como a cooperação e a amorosidade, dando concretude a essa idéia no cotidiano. Seu reflexo na vida dos idosos pode ser percebido na relação que criam com a Instituição, seus funcionários e os outros freqüentadores. Ártemis, de 67 anos, faz questão de ter esta nova vida registrada:

*Eles [os filhos] notaram. Um falou que eu fiquei muito sem vergonha depois que eu fui para CSA (risos), porque eu era muito fechada. E depois que eu fui para lá parece que... Como é que se diz gente?! Parece que eu rejuvesci! A minha vida é essa. É dançar, cantar. Eu tenho tudinho anotado, desde quando eu entrei para a CSA. São 5 ou 6 agendas que eu tenho, tudo anotado. Autógrafo de todo mundo, falando sobre mim, todos os passeios que nós fomos, tenho tudo. Festas... Eu tenho tudo a-no-ta-di-nho. Às vezes quando eu estou aí para baixo, arrumo casa, não tem mais nada pra fazer eu pego aqueles livros todinhos, vou olhar... Tal dia a gente fez isso... (Risos) Entendeu?*

Entendemos. E acreditamos, como Ayres <sup>119</sup>, que *cuidar* deve passar pela tarefas e competências técnicas, mas não acontecerá somente a partir delas, ou estaria mais limitado ao “*controlar, tratar e curar*”.

*“Cuidar é querer, é fazer projetos, é moldar a argila. Querer é o atributo e o ato de ser. Cuidar é sustentar no tempo, contra e a partir da resistência da matéria, uma forma simplesmente humana de ser”* (p.71).

Cuidar da saúde de alguém pressupõe reconhecer neste alguém a presença de um projeto de felicidade e ajudar a construí-lo, consolidando-o, dando-lhe forma e espírito, para que este sujeito não se “*dilua no mundo*”. A atitude de cuidar que se quer reflexiva nunca poderá ser parcelada em práticas técnicas de saúde. Senão, como irá aparecer ali, “*naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade, de sucesso prático, de quem quer ser cuidado?*”.

---

#### Notas:

a “*A instituição uniformiza os indivíduos, retira-os de outros contextos sociais onde possa assumir papéis diferentes daquele que a instituição lhe imprime*”. (Lins de Barros, 2007, p.131). Embora o cuidado na CSA seja um cuidado formal, institucionalizado, o foco na manutenção do idoso na família busca ressaltar a possibilidade da manutenção da identidade e dos papéis que este queira desempenhar. Falamos, portanto, de descartar soluções institucionalizadoras que tenham um regime fechado.

b O emprego do termo por Áries (Lins de Barros, 2007, p.149) é considerado para assinalar as relações que se diferenciam daquelas que são geradas pelos sentimentos familiares (que podem ter a conotação de obrigação, como citado por Bourdieu <sup>97</sup>). Para Áries, a sociabilidade é historicamente anterior às relações que surgiram com a família moderna, na verdade, aparece em um período onde as relações sociais se davam fora deste espaço.

c “*Pouco por força podemos, isso que é, por saber veio, todo o mal jaz nos extremos, o bem todo jaz no meio...*” (Sá de Miranda).

## V) Considerações Finais

Ao longo deste trabalho nos valem dos marcos conceituais sobre o envelhecimento e a pobreza, bem como de uma reflexão sobre o cuidado, que nos permitisse compreender o triângulo relacional formado pelo atores/autores do conteúdo apresentado.

O papel dos determinantes sociais da saúde ficou bem marcado nos dados originados da pesquisa, mostrando que estes idosos têm um curso de vida que se cruzou com uma absoluta exclusão de direitos básicos, como moradia e educação. Envelheceram em um contexto de pobreza, que em nada contribuiu para o que podemos considerar uma boa condição de vida (já nem diríamos ideal).

Os “*modos de andar a vida*” são adaptáveis a condições como estas, a estes contextos, mas com o envelhecimento há um momento em que se torna mais difícil essa adaptação. Quando se diz que as pessoas mais pobres estão mais vulneráveis às doenças no envelhecimento, é porque ao longo de uma vida de 70, 80 anos, eles tiveram o seu “*modo de andar vida*” “*aos pulos*”, na superação das mais diversas dificuldades. Têm em comum a ida para a Cidade de Deus, um marco para suas vidas, que aconteceu por escolha ou pela falta dela.

Julgamos pertinente olhar este espaço social e de saúde para o idoso. Este tipo de instituição liga-se mais ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que ao Sistema Único de Saúde (SUS), e seu maior objetivo é o incentivo à socialização. À sociabilidade infinitamente buscada. Para o idoso, o isolamento pode ocorrer por diferentes motivos. As ações que se propõem de saúde não podem deixar de levar em conta esta busca tão humana.

Qual o lugar em que este se insere no panorama da Saúde Pública? É necessário escolher em que local serão desempenhadas ações de saúde? De que ações em saúde estamos falando? A definição deste espaço também preconiza que deverá oferecer ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação de agravos. É, portanto, um espaço para efetivação de ações de saúde.

Logo, este modelo traz, em sua essência, a idéia da Integralidade da Atenção. Não fosse pela articulação das diferentes ações, e os idosos certamente não se considerariam saudáveis. Só a partir de um olhar integral, sob a égide da Promoção da Saúde torna-se possível atender a necessidades distintas, o que não significa saná-las, uma vez que permanece a determinação social e o contexto de vulnerabilidade. É cenário ideal para as práticas clássicas de saúde, com a força da técnica, mas também

para aquelas que os idosos conceberam como saúde, cantar, dançar. Articular isso tudo é favorecer a saúde.

Nos chama a atenção a forma como o cuidado é percebido e aparece nas falas dos idosos, dos familiares e da informante da Instituição. Ele se transforma em saúde, e nos mostra que não basta o fazer técnico, instrumental, é necessário ir um pouco mais além na ação de cuidar, transformando-o em valor, em projeto, em acolhimento, e pertencimento. À condição de “velhos” dos entrevistados se segue uma severa exclusão social prévia. A Promoção da Saúde tem um crítico olhar sobre os determinantes. Não é possível efetivá-la plenamente em um contexto de grandes desigualdades e quando juntamos envelhecimento e pobreza, o desafio é muito grande. O cuidado é intrínseco à Promoção, que o considera desde uma organização do serviço e formação profissional que se aproxime do usuário, até a garantia de um ambiente sustentável, no âmbito global, ou seja, desde cuidar da Terra ao indivíduo que está ao seu lado.

Os idosos buscam este espaço em um movimento pelo bem estar. É um espaço favorável de saúde? Sim. A saúde entendida como ausência de doença? Não. A saúde em um conceito ampliado, um bem estar que não é completo, já que as determinações sociais não permitem esta completude; e mesmo porque, os idosos e todos nós podemos adoecer, tal fato não se elimina da condição humana, vai ocorrer em maior ou menor severidade, para uns mais que para outros. Mas é possível ser saudável ainda que no momento da finitude. Dizemos que este espaço favorece a saúde. Os idosos não se referem ao centro-dia como o lugar onde eles “ficam bons”, mas sim onde encontram amizade, proteção e acolhimento.

As práticas na Instituição têm a proposta da Interdisciplinaridade; do protagonismo, do empoderamento, da articulação intersetorial; propõe a saúde em um outro cenário, fora dos marcos dos sistemas e serviços de saúde; não há a presença do médico, pensando a saúde sob uma ótica positiva, portanto, reage à medicalização das questões sociais; incentiva novas práticas onde há o conhecimento técnico envolvido.

Neste centro-dia observamos que, sob a orientação teórica da Promoção da Saúde, suas ações inspiram-se em políticas e programas já preconizados e a observação dos seus resultados não é necessariamente quantitativa, uma vez que os mecanismos de ação são essencialmente qualitativos.

Por esta razão escolhemos a abordagem qualitativa nesta pesquisa, a partir da triangulação de métodos – entrevistas, observação participante, grupo focal, o que fez com que o campo fosse muito rico. Trouxe a fala coletiva dos familiares no grupo, a representação da instituição no conteúdo da informante e, particularmente, a fala dos



idosos, a escuta de cada um, de cada universo, mas que possibilitou categorizar suas falas, na forma como envelhecem, as relações com a família e com a instituição.

A análise de conteúdo permitiu ouvir os atores e a partir de suas falas saber se as ações institucionais se constituíam num cuidado e em uma saúde melhor, dando respostas a alguns de nossos questionamentos iniciais. O tempo e a proposta desta pesquisa não permitiram avaliar todas as categorias que vieram do campo.

O limite colocado previamente é que não se avaliaria o serviço, tampouco o processo de trabalho.

O modelo de estudo nos permitiu obter algumas respostas. O centro-dia, tal como indicado, e ao cumprir as funções a ele atribuídas, é capaz de oferecer um cuidado ao idoso vulnerável que ultrapassa os sentidos mais técnicos do termo; os idosos que o freqüentam consideram-se saudáveis, muito mais pelas experiências positivas que acumulam do que pela condição física e pela capacidade funcional que apresentam; os familiares acreditam e investem no potencial do centro-dia, pois percebem o impacto das ações sobre o bem estar geral de seus idosos, o que é visto positivamente para o “lidar” com o idoso. Enquanto o idoso pode freqüentar o centro-dia e tem pelo menos um familiar cuidador, o asilamento é evitado. Como preconizado em sua função, uma organização nesse modelo, de fato evita o asilamento, mas a constatação não é tão óbvia. Se não fossem oferecidos o cuidado e o suporte que procuram talvez não cumprisse com esse objetivo. Os idosos que são mais dependentes são os que correm maior risco de asilamento, no entanto, continuam com a família pela partilha do cuidado feita com o centro-dia.

Acreditamos que desta pesquisa possa-se fazer alguns usos importantes:

- Seus achados podem ser utilizados em diferentes campos, mas em especial pela Gerontologia. O envelhecimento vem sendo estudado sob vários enfoques, mas há um diferencial em poder estudar o *envelhecer-se*, ouvir os idosos, entender um pouco mais sobre os processos individuais... Certamente, o olhar do pesquisador interfere nesta interpretação, quando articula a fala dos idosos com os autores, enfim, mas é a fala deles ali presente, como sentem e percebem o envelhecimento. É bom saber que a literatura disponível consegue dialogar com eles, pois se pode falar do envelhecimento de maneiras diversas, e ouvi-los nos faz ver que nada está pronto. Os idosos se encontraram e desconstruíram com autores diferentes, de diferentes contextos das ciências sociais. Logo, no que diz respeito aos saberes sobre os ciclos da vida, nada está pronto, menos ainda para a velhice.

- Proporcionar um olhar atencioso das políticas para este espaço que se chama centro-dia, afinal já temos um arcabouço legal onde a modalidade é reafirmada constantemente, mas que não se efetiva em sua plenitude. Nosso referencial teórico sobre o que é um centro-dia, à exceção dos documentos oficiais, foi 70% estrangeiro. É escassa porque a oferta do serviço também o é. A presença desta modalidade é fundamental nos bairros e nas comunidades de baixa renda. A preocupação com o envelhecimento, com o asilamento, o quê fazer com os idosos que já nasceram, perpassa as políticas, e definitivamente o centro-dia é uma modalidade de atenção que não pode ser descartada ou ter a sua relevância minimizada. O universo estudado foi pequeno, mas representativo. Há muitos idosos no país, todos sabem, e as pesquisas vão mostrando em que contexto estes estão envelhecendo. Acreditamos ser um universo reprodutível, temos idosos vulneráveis ao asilamento em qualquer canto do país.

- A reafirmação da importância de políticas voltadas à proteção das famílias, sempre colocada como sujeito principal do cuidado aos idosos. Pode ser pelo afastamento do Estado na garantia de bem estar aos cidadãos, mas esta partilha de responsabilidade é também uma questão de valores. Ao pensar na transmissão intergeracional da pobreza, crianças e adolescentes são priorizados, mas a pobreza traz urgência e envelhecer na pobreza traz uma demanda de proteção muito maior. Reafirmamos que o idoso deve permanecer na família, mas entendemos que essa família nem sempre é suficiente, quando há uma dependência grande. Achamos que as famílias querem cuidar de seus idosos, e, como afirma o Estatuto do Idoso, ela merece proteção.

Consideramos que os objetivos foram alcançados, e não podemos deixar de afirmar que, para os atores envolvidos neste triângulo pesquisado, cuidado, saúde e relações sociais estão intrinsecamente ligados. A criação de espaços que favoreçam a manifestação destes atributos tão humanos deve se tornar, a nosso ver, um firme projeto de integração das políticas públicas, em um Estado que se declare protetor e garantidor dos direitos básicos de cidadania.

## Referências Bibliográficas

---

- <sup>1</sup> Carvalho, JAM; Garcia, RA. *O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico*. Cadernos de Saúde Pública, vol.19, nº 3, 2003.
- <sup>2</sup> Camarano, AA. *Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas*. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.
- <sup>3</sup> Guimarães, RM. *Cartas ao Editor – Proteção e Saúde do Idoso*. Revista de Saúde Pública, 21(3): 274-5. São Paulo, 1987.
- <sup>4</sup> Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso. *Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências*. Brasília, 1994.
- <sup>5</sup> Brasil. Presidência da República. Decreto nº 1.948 – 3 de Julho de 1996. *Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências*. Brasília, 1996.
- <sup>6</sup> OPAS. *Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde*. Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. Brasília, 2005.
- <sup>7</sup> Brasil. Presidência da República. Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. *I Conferência Nacional de Direitos do Idoso: Texto Base*. Brasília, 2006.
- <sup>8</sup> Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde para os idosos do Brasil*. Brasília, 2006. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2006/saudeidosos.htm](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2006/saudeidosos.htm)
- <sup>9</sup> Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde para os idosos do Brasil*. Brasília, 2006. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2006/saudeidosos.htm](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2006/saudeidosos.htm)
- <sup>10</sup> Caldas, CP. *O autocuidado na velhice*. In: Freitas, EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2006. cap. 117, p. 1117-1121.
- <sup>11</sup> Carvalho, MCB. *Famílias e políticas públicas*. In: Acosta, AR; Vitale, MAF (org.). Família - Redes, Laços e Políticas Públicas. Cortez Editora: São Paulo, 2005
- <sup>12</sup> Gohn, MGM. *Movimentos sociais, ONG's e terceiro setor: perspectivas para a solução das questões da velhice no Brasil*. In: Freitas, EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 122, p. 1022-1029.
- <sup>13</sup> Aquino, FTM; Cabral, BES. *O idoso e a família*. In: Freitas, EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 12, p. 1056-1060.

---

<sup>14</sup> Rodrigues, NC; Rauth, J. *Os desafios do envelhecimento no Brasil*. In: Freitas, EV *et al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 12, p. 106-110.

<sup>15</sup> Buss, PM. *Promoção da Saúde e Qualidade de Vida*. Ciência e Saúde Coletiva, 5 (1):163-177. Rio de Janeiro, 2000.

<sup>16</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687 de 30 de Março de 2006. *Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, 2006e.

<sup>17</sup> Buss, PM. *Determinantes Sociais da Saúde* (Apostila de Aula). Curso Básico de Saúde Pública. Rio de Janeiro, abril, 2006.

<sup>18</sup> Achutti, A; Azambuja, MIR. *Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social*. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 03/10/2006

<sup>19</sup> Ribeiro, CDM; Schramm, FR. *A necessária frugalidade dos idosos*. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 20(5):1141-1159, set-out, 2004.

<sup>20</sup> Caldas, CP. *Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família*. Cadernos de Saúde Pública, vol.19, nº 3, 2003.

<sup>21</sup> Siqueira, RL; Botelho, MIV; Coelho, FMG. *A Velhice: algumas considerações teóricas e conceituais*. Ciência e Saúde Coletiva, 7(4): 889-906, 2002.

<sup>22</sup> BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. *Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências*.

<sup>23</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão*. 09 de fevereiro de 2006. Brasília, 2006.

<sup>24</sup> Meyer, DEE; Mello, DF; Valadão, MM *et al.* "Você aprende. A gente ensina?": *interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade*. Cadernos de Saúde Pública, Junho 2006, vol.22, no.6, p.1335-1342.

<sup>25</sup> Mioto, RCT. *Cuidados Sociais dirigidos a família e segmentos sociais vulneráveis*. In: CFESS; ABEPSS; CEAD/NED-UNB. (Org.). O trabalho do assistente social e as políticas sociais. 1 ed. Brasília: NED-CEAD/UNB, 2000, v. 4, p. 216-224.

<sup>26</sup> Brasil. Ministério da Saúde / Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria Interministerial nº 5.153 de 07/04/1999. *Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos*. Brasília, 1999.

---

<sup>27</sup> Esping-Andersen, G. *As três economias políticas do Welfare State*. Lua Nova, Revista de Cultura e Política. Setembro, nº24, 1991.

<sup>28</sup> Camarano, AA; Kanso, S.; Mello, J. Leitão e. *Como vive o Idoso Brasileiro?* In: Camarano, AA (Org.). *Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

<sup>29</sup> Camarano, AA; Kanso, S.; Mello, J. Leitão e. Pasinato, M. Tereza. *Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades*. In: Camarano, AA (Org.). *Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

<sup>30</sup> DATASUS. Indicadores e Dados Básicos do Brasil (IDB-2006). Indicadores Demográficos. *Indicador: A.12. Esperança de Vida aos 60 anos de Idade*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm#demog>. Acesso em: 22/02/2008

<sup>31</sup> Magalhães, DN. *A invenção social da velhice*. Rio de Janeiro: Ed. Papagaio, 1989. 128p.

<sup>32</sup> Saad, PM. *Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal*. In: SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS, 2003. p. 201-224

<sup>33</sup> Martin, C. *Os limites da protecção da família*. Revista Crítica de Ciências Sociais, nº42, maio 1995. Coimbra, Portugal.

<sup>34</sup> Jaccoud, L. *Indigência e Pobreza: efeitos dos benefícios previdenciários, assistenciais e de transferências de renda*. In: Peliano, AM. *Desafios e Perspectivas da Política Social*. Texto para Discussão nº 1248, 2006. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 10/01/2007

<sup>35</sup> Carvalho, MCB. *A reemergência das solidariedades microterritoriais na formação da política social contemporânea*. São Paulo em Perspectiva, 11 (4), 1997

<sup>36</sup> Guimarães, R. Ferreira; Almeida, S. C. Gomes. *Reflexões sobre o trabalho social com famílias*. In: Acosta, A.R.; Vitale, M.A.F. (org.) *Família - Redes, Laços e Políticas Públicas*. Cortez Editora, São Paulo, 2005. p.127-135

<sup>37</sup> Terris, M. *Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública*. In: *Promoción de la salud: una antología*. Publicación Científica nº 557. OPAS/OMS. EUA, 1996.

<sup>38</sup> Buss, PM; Pellegrini Filho, A. *A Saúde e seus determinantes sociais*. Revista Saúde Coletiva, 17(1):77-93, 2007.

- 
- <sup>39</sup> Michaelis. *Moderno Dicionário da Língua Portuguesa*. Ed. Melhoramentos, 2000.
- <sup>40</sup> Escorel, S. *Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais*. OPS-Brasil, 2001. Disponível em: [www.opas.org.br/servico/Arquivos/sala3310.pdf](http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/sala3310.pdf). Acesso em 19/10/2006.
- <sup>41</sup> Ribeiro, CAC. *Estrutura de classes, condições de vida e oportunidades de mobilidade social no Brasil*. In: Hasenbalg, C; SILVA, NV (org.). *Desigualdades sociais ao longo da vida*. Rio de Janeiro: TopBooks, 2003.
- <sup>42</sup> Rocha, S. *Conceituar para medir: o que é pobreza?* In: \_\_\_\_\_. *Pobreza no Brasil. Afinal, de que se trata?* Rio de Janeiro: FGV Ed., 2003.
- <sup>43</sup> Lopes, CR; Dominguez, BC; Gaspar, J. *Movimento contra as iniquidades*. Radis, Comunicação em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, nº45, maio/2006.
- <sup>44</sup> Hasenbalg, C; Silva, NV (org.). *Desigualdades sociais ao longo da vida*. Rio de Janeiro: TopBooks, 2003.
- <sup>45</sup> Silva, NV. *O esquema analítico e a classificação ocupacional*. In: Hasenbalg, C; Silva, NV (org.). *Desigualdades sociais ao longo da vida*. Rio de Janeiro: TopBooks, 2003.
- <sup>46</sup> \_\_\_\_\_. *Os rendimentos pessoais*. In: Hasenbalg, C; Silva, NV (org.). *Desigualdades sociais ao longo da vida*. Rio de Janeiro: TopBooks, 2003.
- <sup>47</sup> Hasenbalg, C. *A distribuição de recursos familiares*. In: Hasenbalg, C; Silva, NV (org.). *Desigualdades sociais ao longo da vida*. Rio de Janeiro: TopBooks, 2003.
- <sup>48</sup> Brasil, Presidência da República. *Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento* – Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. Brasília, 2003.
- <sup>49</sup> Assis, M. *Promoção da Saúde e Envelhecimento: Avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao idoso da UnATI/UERJ* (Tese). Doutorado em Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ. 2004. 235p.
- <sup>50</sup> Veras, R. *Envelhecimento Humano: Ações de promoção da saúde e prevenção de doenças*. In: Freitas, EV et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 13, p. 140-146.
- <sup>51</sup> Assis, M. *Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos*. Rio de Janeiro: CRDE/ UnATI/ UERJ, 2002. Serie Livros Eletrônicos. Programas de Atenção a Idosos.

---

<sup>52</sup> Lima-Costa, MF; Barreto, S; Giatti, L; Uchôa, E. *Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na PNAD*. Cadernos de Saúde Pública, vol.19, nº 3, 2003.

<sup>53</sup> Kalache, A; Kickbush, I. *A global strategy for healthy ageing*. World Health (GWOH), v.50, n.4, p.4-5 jul 1997.

<sup>54</sup> Mattos, RA. *Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. In: Pinheiro, R; Mattos, RA (org). *Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, IMS: ABRASCO, 2001. 180p.

<sup>55</sup> Boff, L. *Saber Cuidar. Ética do Humano – compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2002. 8ª edição.

<sup>56</sup> Luz, MT. *Fragilidade Social e Busca de Cuidado na Sociedade Civil de Hoje*. In: Pinheiro, R; Mattos, RA (org.). *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006

<sup>57</sup> Merhy, EE. *O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver – SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

<sup>58</sup> Mattos, RA. *Cuidado Prudente para uma Vida Decente*. In: Pinheiro, R; Mattos, RA (org.). *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006

<sup>59</sup> \_\_\_\_\_. *Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade*. In: Pinheiro, R; Mattos, RA (org.). *Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007

<sup>60</sup> Ayres, JRCM. *Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.8, n.14, p.73-92, set.2003 - fev.2004

<sup>61</sup> Vieira, Eliane Brandão. *Manual de Gerontologia*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. 188 p.

<sup>62</sup> Brasil. SUAS – Sistema Único de Assistência Social. *Serviços Específicos de Proteção Social Especial*. Ministério do Desenvolvimento Social. Disponível em [www.mds.gov.br](http://www.mds.gov.br). Brasília, 2006f.

<sup>63</sup> Brasil. Prefeitura do Município do Rio de Janeiro. Lei nº 3.095, de 5 de setembro de 2000. *Autoriza o poder executivo a criar em cada área de planejamento os Centros Dia, para atender idosos com doença de Alzheimer, doenças similares, e dá outras providências*. Rio de Janeiro, Acesso em 05/09/2006.

- 
- <sup>64</sup> IPP. Instituto Pereira Passos. Armazém de Dados. *Rio em Foco*. Disponível em: [www.rio.rj.gov.br/ipp](http://www.rio.rj.gov.br/ipp). Acesso em 05/09/2006.
- <sup>65</sup> SIGAI. Sistema de Informações Gerenciais de Atendimento ao Idoso. Secretaria de Estado de Ação Social do Rio de Janeiro. *Consulta de Entidades por Município*. Disponível em [http://www.proderj.rj.gov.br/sigai/consulta\\_internet/lista\\_munic\\_entidade\\_internet.asp?mun=T&ent=C](http://www.proderj.rj.gov.br/sigai/consulta_internet/lista_munic_entidade_internet.asp?mun=T&ent=C). Acesso em 06/01/2008.
- <sup>66</sup> Baztán, JJ; Hornillos, M; González-Montalvo, JI. *Hospital de día geriátrico. Características, funcionamiento y efectividad*. Med. Clin (Barc). 1993; 101: 699-704.
- <sup>67</sup> *Plan de asistencia integral a los pacientes con E. de Alzheimer y otras demencias*. Comunidad Valenciana. Comitê Ad hoc designado por la Sociedad Valenciana de Neurologia. Espanha, 2006. Disponível em <http://svneurologia.org/PAIDEM-VALENCIANO.pdf>
- <sup>68</sup> Saltz, CC; Palmore, EB; Vélez, R; Magruder-Habib, K; Uhlig, R. *Alternatives to Institutionalization: Estimates of Need And Feasibility*. Journal of Applied Gerontology, 1984, vol.3, no2. 137-149.
- <sup>69</sup> Baumgarten, M; Lebel, P; Laprise, H; Leclerc, C; Quinn, C. *Adult day care for the frail elderly: outcomes, satisfaction and cost*. Journal of Aging and Health, vol.14, No.2, May, 2002 237-259.
- <sup>70</sup> Benet, AS; Llanes, JM. *Nivel de salud y autonomia em los Centro de Día para mayores*. Re. Mult Gerontol. 2002; 12(1):5-12.
- <sup>71</sup> Franciulli, SE; Ricci, NA; Lemos, ND *et al*. *A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional*. Ciência e Saúde Coletiva. mar./abr. 2007, vol.12, no.2, p.373-380.
- <sup>72</sup> Diogo, MJ D'Elboux. *Modalidades de assistência ao idoso e à família: impacto sobre a qualidade de vida*. In: Freitas, EV *et al*. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 130, p. 1065-1068.
- <sup>73</sup> Barbosa, LMM. *Glossário de Epidemiologia & Saúde*. In: Rouquayrol, MZ; Almeida Filho, N. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 2003
- <sup>74</sup> Acosta, AR; Vitale, MAF (org.). *Família - Redes, Laços e Políticas Públicas*. Cortez Editora, São Paulo, 2005.
- <sup>75</sup> Costa, MAF; Costa, MFB. *Metodologia da pesquisa: conceitos e técnicas*. Rio de Janeiro: Interciência, 2001.



- 
- <sup>76</sup> Triviños, ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo*. São Paulo: Atlas, 1994. 175 p.
- <sup>77</sup> Minayo, MC (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- <sup>78</sup> Tobar, F; Yalour, MR. *Como fazer teses em saúde pública*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.
- <sup>79</sup> Minayo, MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2006.
- <sup>80</sup> Deslandes, SF. *Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde*. Cad. Saúde Pública, jan./mar. 1997, vol.13, no.1, p.103-107.
- <sup>81</sup> Tavares, MFL. *Saúde da criança e formação no trabalho: a prática como e com saber*. Tese (Doutorado) apresentada para a obtenção do título de Doutor para a Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ em 1998.
- <sup>82</sup> Cruz Neto, O. *O trabalho de campo como descoberta e criação*. In: Minayo, MC (org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- <sup>83</sup> Marconi, MA; Lakatos, EM. *Técnicas de pesquisa*. 6a. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2006. 289 p.
- <sup>84</sup> Zaluar, A. *A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza*. São Paulo: Brasiliense, 2000.
- <sup>85</sup> Lins, P. *Cidade de Deus: romance*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007
- <sup>86</sup> Favela tem memória. Favelário: *Pequeno Dicionário das Favelas*. <http://www.favelatemmemoria.com.br> (acessado em 16/01/2008).
- <sup>87</sup> IPP. Instituto Pereira Passos. Armazém de Dados. *Estatísticas Municipais*. Disponível em: [www.rio.rj.gov.br/ipp](http://www.rio.rj.gov.br/ipp). Acesso em 12/01/2008.
- <sup>88</sup> Favela tem memória. Depoimentos: *Fortaleza Materna*. <http://www.favelatemmemoria.com.br> (acessado em 16/01/2008).
- <sup>89</sup> Gomez, CM; Souza, ER; Brito, JC de et al. *A construção do socioambiente insustentável*. Inf. Epidemiol. Sus, sep. 2002, vol.11, no.3, p.177-194.
- <sup>90</sup> Bassit, AZ. *História de mulheres: reflexões sobre a maturidade e a velhice*. In: Minayo, MCS; Coimbra Jr., CEA (org.). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002

- 
- <sup>91</sup> Silva, NV. *Duas décadas de seletividade marital educacional no Brasil*. In: Hasenbalg, C; Silva, NV (org.). *Desigualdades sociais ao longo da vida*. Rio de Janeiro: TopBooks, 2003.
- <sup>92</sup> Motta, AB. *Chegando pra idade*. In: Lins de Barros, M (org.). *Velhice ou Terceira Idade? Estudos Antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007 (reimpressão).
- <sup>93</sup> Lins de Barros, M. *Gênero, cidade e geração: perspectivas femininas*. In: Lins de Barros, M (org.). *Família e gerações*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006.
- <sup>94</sup> Debert, GG. *A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade*. In: Lins de Barros, M (org.). *Velhice ou Terceira Idade? Estudos Antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007 (reimpressão).
- <sup>95</sup> Vitale, MAF. *Avós: velhas e novas figuras da família contemporânea*. In: Acosta, AR; Vitale, MAF (org.). *Família - Redes, Laços e Políticas Públicas*. Cortez Editora, São Paulo, 2005. p.93-105
- <sup>96</sup> Bourdieu, P. Razones prácticas – sobre La teoria de La acción. *Anexo – El espíritu de familia*. Barcelona: Ed. Anagrama, 1997. P.126-138
- <sup>97</sup> Elias, N. *A solidão dos moribundos seguido de Envelhecer e morrer: alguns problemas sociológicos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.
- <sup>98</sup> Karsch, U. *Idosos dependentes: famílias e cuidadores*. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.19, nº03, p.861-866, 2003.
- <sup>99</sup> DaMatta, R. *A Casa & a Rua – Espaço, Cidadania, Mulher e Morte no Brasil*. Rio de Janeiro: 1997, 5ª edição.
- <sup>100</sup> Guedes, SL; Lima, MS. *Casa, família nuclear e redes sociais em bairros de trabalhadores*. In: Lins de Barros, M (org.). *Família e gerações*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006.
- <sup>101</sup> Gueiros, DA. *Família e proteção social: questões atuais e limites da solidariedade familiar*. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 71, p. 102-121, 2002.
- <sup>102</sup> CEPAL. *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Uruguay, 2006.
- <sup>103</sup> Bosi, E. *Memória e sociedade: Lembranças de velhos*. 2ª ed. São Paulo: T.A. Queiroz: Editora da Universidade de São Paulo, 1987.

---

<sup>104</sup> Site institucional da Casa de Santa Ana. <http://www.casadesantaana.org.br> (acessado em 25/10/2007).

<sup>105</sup> Motta, AB. *Envelhecimento e sentimento de corpo*. In: Minayo, MCS; Coimbra Jr., CEA (org.). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002

<sup>106</sup> Eiras, NB; Ayres, JR; Soares, LCEC; Da Silva, LV; Paulino, LF. *INTERGERA: Programa de Estudos, Eventos e Pesquisas Intergeracionais*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ: Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. Belo Horizonte, 12 a 15 de setembro de 2004.

<sup>107</sup> Rocha-Coutinho, ML. *Transmissão geracional e família na contemporaneidade*. In: Lins de Barros, M (org.). *Família e gerações*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006.

<sup>108</sup> *Estatuto Social*. Centro Dia Santa Ana. Aprovado na Assembléia Geral de Fundação, realizada em 09 de novembro de 1998. Alterado em 04 de abril de 2005, pela Ata de Assembléia Geral Ordinária.

<sup>109</sup> Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. *Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências*. Brasília, 2003.

<sup>110</sup> Westphal, MF. *Promoção da Saúde e prevenção de doenças*. In: Campos, GWS; Minayo, MCS; Akerman, M; Drumond Jr., M; Carvalho, YM (org.). *Tratado de saúde Coletiva*. 1a ed. São Paulo Rio de Janeiro: Hucitec & Ed. Fiocruz, 2006, v. , p. 635-667.

<sup>111</sup> Carta de Ouro Preto. *Desigualdades Sociais e de Gênero e Saúde dos Idosos no Brasil*. (NESPE / FIOCRUZ / UFMG). Minas Gerais: 2002.

<sup>112</sup> Guerra, HL; Barreto, SM; Uchôa, E; Firmo, JOA; Lima e Costa, MFF. *A morte de idosos na Clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público de saúde poderia ter evitado*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(2): 545-551, abr-jun, 2000.

<sup>113</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2528/GM. *Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. 19 de outubro de 2006. Brasília, 2006.

<sup>114</sup> Ramos, S. *O papel das ONG's na construção de políticas de saúde: a AIDS, a saúde da mulher e a saúde mental*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (4): 1067-1078, 2004.

<sup>115</sup> Paz, SF. *A situação de conselhos e fóruns na defesa dos direitos dos idosos*. In: Freitas, EV et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 125, p. 1042-1047.

---

<sup>116</sup> Mourthé, A. *Recursos Comunitários em Saúde*. In: Valla, VV; Stotz, EN; Algebaile, EB. Para compreender a pobreza no Brasil. Rio de Janeiro: Contraponto, Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

<sup>117</sup> Pinheiro, Roseni; Guizard, Francine Lube. *Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano* In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben A. de (Org.). Cuidado – as fronteiras da Integralidade Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006

<sup>118</sup> Ayres, JRCM. *Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde*. Ciência e saúde coletiva, 2001, vol.6, no.1, p.63-72.

<sup>119</sup> Beauvoir, S. *A Velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

<sup>120</sup> Telles, JL. *Envelhecimento e Saúde*. Apresentação em slides (nº 36-39). Escola Nacional de Saúde Pública. Ministério da Saúde. 2006

<sup>121</sup> Ferreira, MLM. *Memória e Velhice: do lugar da lembrança*. In: Lins de Barros, M (org.). Velhice ou Terceira Idade? Estudos Antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007 (reimpressão).

<sup>122</sup> Pinheiro, Roseni, *Cuidado como valor: um ensaio sobre o (re) pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde*. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben A. de (Org.). Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007

<sup>123</sup> Guizard, Francine Lube; Pinheiro, Roseni. *Quando Dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado*. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben A. de (Org.). Cuidado – as fronteiras da Integralidade Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006

<sup>124</sup> Lins de Barros, Myriam M. *Testemunho de vida: um estudo antropológico de mulheres na velhice*. In: \_\_\_\_\_ (org.). Velhice ou Terceira Idade? Estudos Antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007 (reimpressão).

<sup>125</sup> Ayres, José Ricardo de C.M. *Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado*. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben A. de (Org.). Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007

## APÊNDICES

• **Apêndice A - Roteiro para a entrevista com os(as) idosos(as)**

PROTOCOLO Nº \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

INFORMANTE (característica principal que o distingue, visando sua referência)

---

Dados concretos

1. *Identificação*

1.1. Sexo

1.2. Data de Nascimento:

Idade:

1.3. Cor

1.4 Estado Civil

1.5 Escolaridade

1.6 Ocupação

1.7 Bairro onde mora

2. *Dinâmica Familiar*: “Como é a sua família, quem mora com você, entre parentes e não-parentes?”

3. *Quanto à Instituição*: “Há quanto tempo você frequenta o centro-dia?”

**PERGUNTAS SEMI-ESTRUTURADAS**

1. O que é saúde para você?
2. Como foi ficar velho (a) para você?
3. O que mais mudou com a velhice?
4. Como é a sua vida em casa?
5. Quais as atividades que você faz em casa?
6. Quem na sua casa mais te ajuda a fazer as coisas do dia-a-dia?
7. Como chegou ao centro-dia?
8. Porque motivo você frequenta o centro-dia?
9. Quais as atividades das quais você participa e qual a que você mais gosta?
10. Do que você não gosta no centro-dia?
11. Depois que você veio para o centro-dia, o que mudou na sua vida?
12. E na sua casa, os parentes mudaram com você, depois de passar a vir para o centro-dia?
13. A sua saúde é melhor agora? Porque?
14. O que você aprendeu sobre saúde?

• **Apêndice B - Roteiro para a Entrevista com o Informante Chave da Instituição**

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dados concretos

1. *Identificação*

- 1.1. Sexo
- 1.2. Idade
- 1.3. Ano em que veio para a Instituição

2. *Formação Básica*

- 2.1 Graduação:
- 2.2 Local: Ano:
- 2.3 Estágios:

3. *Cargo que exerce no centro-dia*

4. *Descrição das Atividades segundo o Cargo*

5. *Descrição de outras atividades desempenhadas*

**PERGUNTAS SEMI-ESTRUTURADAS**

1. Para você, o que é Saúde?
2. O que você entende por Promoção da Saúde?
3. O que é para você o Envelhecer?
4. O que torna possível o indivíduo ser velho e saudável?
5. Como começou a sua trajetória profissional na Gerontologia?
6. Como chegou até a Instituição?
7. Como se estrutura a admissão dos idosos(as) na Instituição?
8. Qual a sua dimensão de cuidado?
9. E o cuidar de uma pessoa idosa?
10. Como a equipe se capacita para este cuidado?
11. Como você vê as condições de cuidado que as famílias dos idosos(as) que frequentam a Instituição têm?
12. Qual o papel da intergeracionalidade no cuidado à pessoa idosa?
13. Você percebe as ações de saúde da Instituição atingindo as famílias?
14. Como ONG, quais os riscos e os benefícios da Instituição?
15. Qual o diferencial de uma Instituição estabelecida dentro de uma comunidade de baixa renda?
16. Mais algum comentário?

• **Apêndice C - Roteiro do Grupo Focal / Ficha do Participante**

Grupo Focal nº \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de componentes: \_\_\_\_\_

Componentes: Familiares dos Idosos(as)

**ROTEIRO DE DEBATE (GRUPO FOCAL)**

Tempo de duração previsto: 1 hora e 20 minutos

***Blocos temáticos***

CONCEITO DE SAÚDE (aprox. 10 min.)

- O que é saúde para vocês?

CONCEITO DE ENVELHECIMENTO (aprox. 10 - 15 min.)

- Como deve ser “ficar velho”?

- Como vocês se imaginam no lugar do seu idoso(a) que frequenta o centro-dia?

AS RELAÇÕES COM SEUS FAMILIARES IDOSOS (aprox. 15–20 min.)

- Como é o “seu” idoso (a)?

- Como a família lidou com o envelhecimento dessa pessoa?

- Acha que ele (a) é saudável?

- Você já pensou em colocar o seu parente em um asilo? Porque não o fez?

A INSTITUIÇÃO (aprox. 15–20 min.)

- O que é esta Instituição para você?

- Quais as atividades que ele (a) faz aqui?

- Você participa de alguma atividade do centro-dia?

- Qual a diferença entre eles ficarem aqui ou em casa?

- Houve alguma mudança depois ele (a) que começou a vir para a Instituição?

- E entre vocês, mudou alguma coisa depois que ele (a) começou a vir para cá?

- Quando ficar velho, gostaria de frequentar um lugar como esse? Porquê?

COMENTÁRIOS FINAIS (aprox. 1 min./participante = 10 min)

---

Dados de identificação dos componentes dos grupos:

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino	Estado Civil:
Data de Nascimento:	Idade:
Grau de parentesco com o frequentador da Casa	
Atividade Profissional	
Bairro onde mora	
Como é a sua família, quem mora com você, entre parentes e não-parentes?	



• Apêndice D - Tabela 1 - Indicadores do Bairro Cidade de Deus

INDICADOR		CIDADE DE DEUS				
A	<b>Indicadores de Renda - Pobreza. Pessoas com renda domiciliar per capita abaixo e menor que R\$37,75; abaixo e menor que R\$75,50; intensidade de linha de pobreza de R37,75 e de 75,50 (por bairros)</b>	<i>Percentual de pessoas com renda domiciliar per capita abaixo de R\$37,75</i>	<i>Percentual de pessoas com renda domiciliar per capita abaixo de R\$75,50</i>	<i>Intensidade da pobreza: linha de R\$37,75</i>	<i>Intensidade da pobreza: linha de R\$75,50</i>	
		11,78	24,66	67,60	<b>50,05*</b>	
<b>Definições</b>						
Percentual de pessoas com renda domiciliar per capita abaixo de R\$37,75		Proporção dos indivíduos com renda domiciliar per capita inferior a R\$37,75, equivalentes a ¼ do salário mínimo vigente em agosto de 2000. O universo de indivíduos é limitado àqueles que são membros que vivem em domicílios particulares permanentes.				
Percentual de pessoas com renda domiciliar per capita abaixo de R\$75,50		Proporção dos indivíduos com renda domiciliar per capita inferior a R\$75,50, equivalentes a ½ do salário mínimo vigente em agosto de 2000. O universo de indivíduos é limitado àqueles que vivem em domicílios particulares permanentes.				
Intensidade da pobreza: linha de R\$37,75		Distância que separa a renda domiciliar per capita média dos indivíduos pobres (ou seja, dos indivíduos com renda domiciliar per capita inferior à linha de pobreza de R\$ 37,75) do valor da linha de pobreza, medida em termos de percentual do valor dessa linha de pobreza.				
Intensidade da pobreza: linha de R\$75,50		Distância que separa a renda domiciliar per capita média dos indivíduos pobres (ou seja, dos indivíduos com renda domiciliar per capita inferior à linha de pobreza de R\$ 75,50) do valor da linha de pobreza, medida em termos de percentual do valor dessa linha de pobreza.				
<b>*O dado aponta que metade da população da Cidade de Deus vive com renda familiar per capita inferior a R\$75,00</b>						
B	<b>População idosa residente, por grupos de idade*</b>	<i>60 a 64 anos</i>	<i>65 a 69 anos</i>	<i>70 a 74 anos</i>	<i>75 a 79 anos</i>	<i>80 anos ou mais</i>
		1303	1061	705	329	258
<b>*Corresponde a 9,6% da população do bairro</b>						
C	<b>Média de anos de estudo das pessoas responsáveis pelos domicílios particulares permanentes, por sexo (por bairros)</b>	<i>Total</i>	<i>Homens</i>		<i>Mulheres</i>	
		5,93	6,47		<b>5,13*</b>	
<b>* O dado aponta para uma importante diferença de gênero no tocante à escolaridade</b>						

<b>D</b>	<b>Índice de Desenvolvimento Humano (por bairros)</b>	<i>Esperança de vida ao nascer (em anos)</i>	<i>Índice de Longevidade (IDH-L)</i>	<i>Índice de Educação (IDH-E)</i>	<i>Índice de Renda (IDH-R)*<sup>1</sup></i>	<i>Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH)</i>
		66,66	0,694	0,894	<b>0,633</b>	<b>0,751</b> * <sup>2</sup>

### Definições

Esperança de vida ao nascer (em anos)	Número médio de anos que as pessoas viveriam a partir do nascimento.
Índice de longevidade (IDH-L)	Índice do IDH relativo à dimensão Longevidade. É obtido a partir do indicador esperança devida ao nascer, através da fórmula: (valor observado do indicador - limite inferior) / (limite superior - limite inferior), onde os limites inferior e superior são equivalentes a 25 e 85 anos, respectivamente
Índice de educação (IDH-E)	Índice do IDH relativo à Educação. Obtido a partir da taxa de alfabetização e da taxa bruta de frequência à escola, convertidas em índices por: (valor observado - limite inferior) / (limite superior - limite inferior), com limites inferior e superior de 0% e 100%. O IDHM-Educação é a média desses 2 índices, com peso 2 para o da taxa de alfabetização e peso 1 para o da taxa bruta de frequência.
Índice de renda (IDHM-R)	Índice do IDH relativo a dimensão Renda. É obtido a partir do indicador de Renda per capita, através da fórmula: [Log (valor observado do indicador) - Log (limite inferior)] / [Log (limite superior) - Log (limite inferior)], onde os limites inferior e superior são equivalentes a R\$ 3,90 e R\$ 1559,24 respectivamente.
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)	É obtido pela média aritmética simples de três índices, referentes às dimensões Longevidade (IDHM-Longevidade), Educação (IDHM-Educação) e Renda (IDHM-Renda).
*1 A região esteve, nos Censos 1991/2000 entre as seis piores posições; houve ainda, entre os anos analisados, uma queda de três posições – 26ª para 29ª, das 30 R.A. 's	
*2 O IDH-M mais baixo do município é 0,711 (Complexo do Alemão) e o mais alto é 0,970 (Gávea)	

<b>E</b>	<b>Indicadores de Renda - Desigualdade. Razão entre a renda média dos 10% mais ricos e a dos 40% mais pobres, índice de Gini (por bairros)</b>	<i>Razão entre a renda média dos 10% mais ricos e a dos 40% mais pobres</i>	<i>Índice de Gini*</i>	<i>Índice de Theil</i>
		10,77	<b>0,47*</b>	0,33

### Definições

Razão entre a renda média dos 10% mais ricos e a dos 40% mais pobres	Mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita. Seu valor varia de 0, quando não há desigualdade (a renda de todos os indivíduos tem o mesmo valor), a 1, quando a desigualdade é máxima (apenas um indivíduo detém toda a renda da sociedade e a renda de todos os outros indivíduos é nula).
Índice de Gini	É uma medida do grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita. Compara a renda média dos indivíduos pertencentes ao décimo mais rico da distribuição com a renda média dos indivíduos pertencentes aos quatro décimos mais pobres da mesma distribuição.
Índice L de Theil	Mede a desigualdade na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita. É o logaritmo da razão entre as médias aritmética e geométrica das rendas individuais, sendo nulo quando não existir desigualdade de renda entre os indivíduos e tendente ao infinito quando a desigualdade tender ao máximo. Para seu cálculo, excluem-se do universo os indivíduos com renda domiciliar per capita nula.

*\* Este índice de Gini relativamente baixo, abaixo de 0,5, justifica-se por não haver grandes desigualdades no bairro analisado, sem muitos contrastes entre extremos de renda. O índice, no município, chega ao máximo de 0,74, onde a razão entre a renda média dos 10% mais ricos e a dos 40% mais pobres chega a 63,26 (Vidigal/São Conrado). Convém ressaltar que os 10% mais ricos da Cidade de Deus têm renda média em torno de R\$658,00.*

<b>F</b>	<b>Indicadores de Vulnerabilidade - Situação Familiar. Percentual de pessoas: de 65 anos ou mais morando sozinhas; vivendo em famílias com razão de dependência maior que 75% e de mulheres chefes de família sem cônjuge e com filhos menores de 15 anos</b>	<i>Percentual de pessoas de 65 anos ou mais morando sozinhas</i>	<i>Percentual de pessoas que vivem em famílias com razão de dependência maior que 75%</i>	<i>Percentual de mulheres chefes de família, sem cônjuge e com filhos menores de 15 anos</i>
		15,62%	<b>37,36%*</b>	7,96%

**Definições**

Percentual de pessoas de 65 anos ou mais morando sozinhas	Percentual de pessoas com 65 anos ou mais de idade que vivem sozinhas em domicílio particular permanente.
Percentual de pessoas que vivem em famílias com razão de dependência maior que 75%	Percentual de pessoas que vivem em famílias nas quais a razão entre o número de seus membros com idade de até 14 anos e de 65 anos ou mais e o dos com idade entre 15 e 64 anos é maior que 0,75.
Percentual de mulheres chefes de família, sem cônjuge e com filhos menores de 15 anos	Percentual de mulheres chefes de família, sem cônjuge e com filhos menores de 15 anos em casa.
* <i>Esta razão de dependência mostra qual o percentual de família onde, para cada pessoa ativa há praticamente uma pessoa dependente, seja um menor de 14 anos ou uma pessoa idosa, o que dilui os rendimentos da família em um número maior de indivíduos.</i>	

<b>G</b>	<b>Indicadores de Habitação - Acesso a serviços básicos.</b> <b>Percentual de pessoas que vivem em domicílio com água encanada, com banheiro e água encanada, com coleta de lixo e com energia elétrica</b>	<i>Percentual de pessoas que vivem em domicílios com água encanada</i>	<i>Percentual de pessoas que vivem em domicílios com banheiro e água encanada</i>	<i>Percentual de pessoas que vivem em domicílios urbanos com coleta de lixo</i>	<i>Percentual de pessoas que vivem em domicílio com energia elétrica</i>
		99,14%	<b>98,42%*</b>	99,24%	100%

### Definições

Percentual de pessoas que vivem em domicílios com água encanada	Percentual de pessoas que vivem em domicílios com água canalizada para um ou mais cômodos, proveniente de rede geral, de poço, de nascente ou de reservatório abastecido por água das chuvas ou carro-pipa.
Percentual de pessoas que vivem em domicílios com banheiro e água encanada	Percentual de pessoas que vivem em domicílios com água encanada em pelo menos um de seus cômodos e com banheiro, definido como cômodo que dispõe de chuveiro ou banheira e aparelho sanitário. Os valores em branco referem-se àqueles domicílios que não tinham água encanada.
Percentual de pessoas que vivem em domicílios urbanos com coleta de lixo	Percentual de pessoas que vivem em domicílios em que a coleta de lixo é realizada diretamente por empresa pública ou privada, ou em que o lixo é depositado em caçamba, tanque ou depósito fora do domicílio, para posterior coleta pela prestadora do serviço. São considerados apenas os domicílios localizados em área urbana.
Percentual de pessoas que vivem em domicílio com energia elétrica	Percentual de pessoas que vivem em domicílios com iluminação elétrica, proveniente ou não de uma rede geral, com ou sem medidor.
* <i>No senso de 2000, do total de 10.866 domicílios, 151 (1,38%) não possuíam banheiro.</i>	

Tabelas compostas a partir da compilação de alguns dados das Tabelas disponíveis no site [www.armazemdedados.rio.rj.gov.br](http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br), no portal da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Comentários da autora.

• APÊNDICE E

TABELA 2- IDOSOS ENTREVISTADOS

Nº	Nome Fantasia	Idade (em anos)	Sexo	Estado de Origem	Profissão	Estado Civil	Pessoa mais próxima	Tempo na Instituição	Como chegou à instituição	Grau de Dependência para as AVD's	*Grau de Instrução
1	Osíris	68	MASC	São Paulo	Contador	Casado	Esposa	9 anos	Para o Coral e Fisioterapia	Dependência para as AIVD's	Superior
2	Nix	72	FEM	Rio de Janeiro	Doméstica	Separada	Neta	14 anos	Por uma amiga, por estar desnutrida	Dependência para as AIVD's	1 a 3 anos
3	Ísis	68	FEM	Minas Gerais	Doméstica	Viúva	Neta	7 anos	Por uma amiga, para alfabetização	Independente	1 a 3 anos
4	Freya	71	FEM	Rio de Janeiro	Diarista	Viúva	Netos	+ de 10 anos	Pela filha, para festas	Independente	1 a 3 anos
5	Zeus	72	MASC	Minas Gerais	Motorista de ônibus	Viúvo	Filha	4 meses	Por conhecidos, para não ficar só	Dependência para as AIVD's	ignorado
6	Gaia	73	FEM	Rio de Janeiro	Do lar	Viúva	Nora	8 anos	Por indicação de amiga, para não ficar só	Independente	1 a 3 anos
7	Atena	88	FEM	Espírito Santo	Costureira	Solteira	Vizinha	18 anos	Pela Igreja Católica, para não ficar só	Dependência para as AIVD's	1 a 3 anos
8	Selene	67	FEM	Rio de Janeiro	Serviços gerais	Viúva	Filha	+ de 10 anos	Por companhia (mãe também frequentou)	Independente	1 a 3 anos

Nº	Nome Fantasia	Idade (em anos)	Sexo	Estado de Origem	Profissão	Estado Civil	Pessoa mais próxima	Tempo na Instituição	Como chegou à instituição	Grau de Dependência para as AVD's	*Grau de Instrução
9	Ártemis	67	FEM	Minas Gerais	Do lar / Costureira	Viúva	Filho	7 anos	Indicação de amiga	Independente	4 a 7 anos
10	Jord	50	FEM	Rio de Janeiro	Faxineira	Separada	Filho	1 ano	Procurou tratamento pós AVC, indicação de uma funcionária da Instituição	Dependência para as AIVD's	1 a 3 anos
11	Ran	65	FEM	Rio de Janeiro	Doméstica	Solteira	Sobrinha	3 meses	Ter um lugar para passar o dia	Independente	ignorado
12	Afrodite	83	FEM	Minas Gerais	Cabeleireira	Viúva	Filho	8 anos	Indicação de uma vizinha (“estava sozinha”)	Independente	1 a 3 anos
13	Hera	71	FEM	Rio de Janeiro	Doméstica	Viúva	Neta	2 meses	Companhia após morte da filha	Independente	1 a 3 anos
14	Héstia	73	FEM	Rio de Janeiro	Doméstica	Solteira	Neta	5 anos	Indicação da vizinha que foi funcionária da instituição	Dependência para as AIVD's	4 a 7 anos
15	Apolo	80	MASC	Paraíba	Vendedor	Viúvo	Idosos e equipe da Instituição	17 anos	Veio com a esposa que já frequentava	Dependência para as AIVD's	nenhuma
16	Ceres	78	FEM	Rio de Janeiro	Lavadeira	Solteira	Filhas	+ de 10 anos	A filha procurou, sair ambiente familiar	Dependência para as ABVD/AIVD's	nenhuma

\*Opção por esta classificação devido às diferenças apresentadas entre os idosos quanto ao grau de instrução, e adotada pelo DATASUS em virtude das mudanças efetuadas no sistema educacional ao longo dos anos.

• Apêndice F - Tabela 3 – Dados dos Familiares

1) Familiares presentes, parentesco e seu idoso

<b>Nº PARENTE</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>IDOSO</b>	<b>O idoso(a) foi entrevistado?</b>
P1	Filha	Ísis	Sim
P2	Filha	Hera	Sim
P3	Filha	F.	Não
P4	Neta	Nix	Sim
P5	Neta	N.	Não
P6	Filha	Ceres	Sim
P7	Filha	J.	Não
P8	Sobrinha	Ran	Sim
P9	Nora	Gaia	Sim
P10	Filha	Selene	Sim
P11	Filha	Selene	Sim
P12	Esposa	Osíris	Sim
P13	Enteada	Apolo	Sim
P14	Filha	Afrodite	Sim
P15	Filho	Ártemis	Sim
P16	Esposo	Jord	Sim
P17	Filho	Atena	Sim



**2) Dados de Identificação dos componentes do Grupo:**

<b>Nº</b>	<b>SEXO</b>	<b>EST. CIVIL</b>	<b>DATA NASC.</b>	<b>IDADE</b>	<b>GRAU PARENTESCO</b>	<b>ATIVIDADE PROFISSIONAL</b>	<b>BAIRRO</b>
1	FEM	Casada	03/03/1962	45	Filha	Vendedora	Pechincha
2*	FEM	-	-	-	Filha	-	Cidade de Deus
3	FEM	Solteira	18/02/1957	50	Filha	Func. pública	Cidade de Deus
4	FEM	Solteira	-	-	Neta	Estudante	Cidade de Deus
5	FEM	Solteira	03/07/1989	17	Neta	Estudante	Cidade de Deus
6	FEM	Solteira	05/08/1972	34	Filha	Auxiliar de serviços gerais	Cidade de Deus
7	FEM	Solteira	15/01/1950	57	Filha	Doméstica	Cidade de Deus
8	FEM	Casada	06/12/1962	44	Sobrinha	Estudante/operadora de caixa	Cidade de Deus
9	FEM	Casada	31/06/1976	30	Nora	Do lar	Cidade de Deus
10	FEM	Solteira	13/02/1964	43	Filha	Téc. em Contabilidade	Cidade de Deus
11	FEM	Casada	18/11/1965	41	Filha	Manicure	Cidade de Deus
12	FEM	Casada	23/06/58	48	Esposa	Monitora de creche	Cidade de Deus
13	FEM	Viúva	07/09/1943	62	Enteada	-	Cidade de Deus
14	FEM	Solteira	12/04/1957	49	Filha	Téc. em Secretariado	Camarim
15	MASC	Casado	13/07/1965	42	Filho	Motorista/Analista de sistemas	Cidade de Deus
16	MASC	Casado	04/08/1951	58	Esposo	Gari	Cidade de Deus
17	MASC	Casado	26/07/1955	51	Filho	Auxiliar administrativo	Cidade de Deus

\* A filha preencheu a ficha com os dados da mãe.

### 3) Dados de Identificação da família dos componentes do Grupo:

Nº	MORA COM O IDOSO?	TIPO DE FAMÍLIA	“COMO É SUA FAMÍLIA, QUEM MORA COM VOCÊ, ENTRE PARENTES E NÃO-PARENTES?”
1	NÃO	UNIFAMILIAR, biparental	“Colocamos sempre os ‘problemas’ para melhor resolvê-los. tenho duas moças e um adolescente de 14 anos; marido”
2	SIM	EXTENDIDA, matrifocal	“Minha mãe e meus filhos”
3	NÃO	EXTENDIDA	“Ótima, enteadas, marido e cunhado”
4	SIM	EXTENDIDA, matrifocal	“Minha vó, meus filhos”
5	SIM	EXTENDIDA, matrifocal	“Boa, primos, sobrinha, avó, tios, eu”
6	SIM	EXTENDIDA	“Moro com filhos, sobrinhos e irmãos no mesmo terreno, em casas separadas”
7	SIM	UNIFAMILIAR, matrifocal	“Eu e minha mãe”
8	SIM	EXTENDIDA	“Uma filha de 9 anos e um rapaz de 22”; (no mesmo quintal da idosa, tia e primos)
9	SIM	EXTENDIDA	“Eu, meu esposo, meus dois filhos e a minha sogra”
10	SIM	EXTENDIDA	“Eu, irmã e cunhado (irmã e marido moram na casa de cima, e na casa de baixo eu e mãe)”
11	SIM	EXTENDIDA	“Bastante unida, pois sou casada e moro no mesmo terreno da minha mãe”
12	SIM	EXTENDIDA	“Unida em todo sentido, meu esposo, e eu; minha filha, neta e genro no andar de cima da casa (mesmo quintal)”
13	NÃO	UNIPESSOAL	“Moro sozinha; são dois irmãos, mas eles não ligam nem para mim nem para o padastro”
14	SIM	EXTENDIDA, matrifocal	“Mãe, filhos e neta”
15	NÃO	UNIFAMILIAR, biparental	“Minha família é maravilhosa, eu, minha esposa e minhas duas filhas”
16	?*	UNIFAMILIAR	“Mulher e filho”
17	NÃO	UNIFAMILIAR biparental	“Esposa e duas filhas”

OBS: Por **unifamiliar** estamos considerando o domicílio com uma família primária, bi ou monoparental; por **extendida**, os espaços domiciliares onde coabitam mais de duas gerações e pessoas aparentadas; **matrifocal** quando chefiada por uma mulher; **unipessoal** para quem mora sozinho.

\*O parente afirma que reside com a esposa, esta relata que vive apenas com o filho.

## •Apêndice G – Dados do Informante-Chave

A) *Sexo* - Feminino

B) *Idade* - 50 anos

C) *Formação* - Serviço Social

D) *Local/Ano em que se graduou* - Sociedade Unificada de Ensino Superior Augusto Motta (SUAM), em julho de 1991

E) *Estágios que considerou relevantes como experiência para a implantação do projeto na CSA:*

A IC teve seu primeiro contato com o universo do idoso institucionalizado em regime fechado, ao estagiar em uma ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos). Segundo ela, a filosofia desta Instituição era acolher o idoso somente quando a equipe constatava que não havia outra opção. Considera ter sido “*uma sorte e um privilégio*” ter feito este estágio.

Apesar da ILPI ter um excelente padrão de atendimento, oferecer boas condições de moradia, suporte técnico com uma equipe interdisciplinar, e a população ali atendida ter um bom poder aquisitivo, a IC percebia que o modelo asilar tinha muitos aspectos negativos que não eram minimizados pela infra-estrutura aparentemente perfeita.

Os idosos, pouco tempo após serem institucionalizados, tinham sua capacidade física e mental diminuída, e algumas patologias surgiam em função disso, com grande prevalência da depressão.

Dentre os aspectos negativos, destacou a perda da identidade, da autonomia e dos vínculos familiares.

Observou que o discurso da família e do idoso eram muito distintos.

Conversava com os idosos e os questionava sobre a opção entre estar ali ou em sua casa, obtendo sempre a resposta de que, se pudessem escolher, ficariam em casa, e muitos lamentavam com colocações do tipo “*agora eu não posso mais voltar, já usaram o meu quarto...*”.

Quanto à família, entende que a principal razão para levar o idoso para este tipo de instituição era liberar-se das demandas de cuidado. A fala dos familiares era de que o idoso queria ir para a Instituição, pois ficava muito sozinho, e lá, com toda a estrutura, com todas as atividades, iriam sentir-se mais seguros e amparados. O que acontecia era que “*a família ia gradativamente se afastando, com a desculpa de que ele estava muito bem cuidado*”.

Sua grande questão passou a ser: “*se aqueles idosos que, aparentemente têm tudo, reagem daquela maneira, como sobreviviam aqueles que não tinham recursos e se viam privados do afeto, da família e do aconchego de sua casa?*”.

F) *Ano em que chegou à Instituição* - setembro de 1991

G) *Cargo que exerce na Instituição* - Assistente Social, Coordenadora Geral e Executiva

H) *Descrição das Atividades*

- **Acompanhar de perto cada profissional:** com a experiência do estágio, em equipe interdisciplinar, a IC relata ter aprendido a *“valorizar e saber da importância que cada profissional tem, na área e no todo, porque o assistente social ele vê o indivíduo como um todo e não vê só o problema”*
- **Elaboração e Coordenação dos Projetos junto à equipe de profissionais**
- **Primeiro contato com o usuário:** a entrevista, a visita domiciliar, o ouvir, analisar o contexto geral desse indivíduo, familiar, o comunitário, o econômico e etc. e a partir dali é você descobrir com eles caminhos que podem ser trilhados para que ele possa melhorar a condição dele”
- **Administração:** controle financeiro, captação de recursos

#### ***I) Comentários sobre o perfil do profissional***

- *“Não existe um limite para o assistente social, a não ser aquele que ele mesmo coloca, porque se não existe solução por um lado, ele procura por outro. A graduação, o currículo que a gente desenvolve dá esta base para uma atuação bem ampla, e o teu dia-a-dia também, você aprende muito na prática. A experiência no dia-a-dia vai te dando esse sabe, esse conhecimento, essa sensibilidade, a gente usa muito isso, a sensibilidade, o bom senso”.*
- *“Uma outra função importante do assistente social é ser o funcionário como um elo, uma ponte entre as outras organizações e quem você tá oferecendo o seu serviço”*

#### ***J) Observações***

Atualmente a Instituição conta com outra profissional do Serviço Social, de forma que algumas atividades mais pertinentes à atuação profissional ficam à cargo desta profissional, como o contato inicial com o usuário.

•Apêndice H – Trecho da entrevista com a Informante-Chave

*Foi de uma senhora que a gente recebeu há um tempo atrás, ela tinha na época 99 anos e não foi ela que foi buscar ajuda, foi o filho. Quando ele traçou o perfil dela, dos problemas que ela tava enfrentando e ele junto com ela, de imediato eu pensei “não, não dá pra fazer nada com essa senhora”, e falei “bom, de qualquer maneira a gente pode tentar, desde que você faça essa senhora chegar até aqui” e ele “mas não dá porque ela não anda mais”, eu falei “então vai ficar mais difícil ainda, de fazer alguma coisa por ela se ela não pode vir até aqui” e ele falou “não então eu vou trazer ela na cadeira de rodas” eu falei “pois é, inclusive pelo o que você tá me falando a situação dela em casa é muito precária se a gente tem que fazer alguma coisa melhor por ela tem que ser aqui mesmo que a estrutura é melhor”. Então, aí a solução foi o filho trazer ela de cadeira de rodas, ela chegou numa condição tão precária física, mental, ela era totalmente dependente, ela não comia sozinha, ela não ia ao banheiro sozinha, ela não fazia absolutamente nada sem ajuda de alguém. E aí durante algum tempo nós criamos alguns recursos em casa e adaptamos, pra que ela pudesse aproveitar melhor o que a gente tinha para oferecer. Reforçamos a questão da alimentação, da nutrição e etc., e em menos de três meses essa senhora já estava conseguindo levantar da cadeira de rodas, ir sozinha ao banheiro e aí me lembro que no dia que a gente resolveu assumir, esse compromisso de cuidar dela diante de um filho desesperado e tudo o mais, chorando, eu até brinquei com ele e disse “olha a gente vai ficar com ela desde que ela comece a andar e” um teste para que ela permaneça na casa, eu falei brincando mesmo “é ela subir aquela escada” e eu apontei para isso porque todas as atividades são no segundo andar da casa, então se ela não puder subir a escada ela não vai poder ficar, é claro que eu falei aquilo brincando como um desafio, e engraçado, isso assim me marcou profundamente porque na medida em que a gente foi cuidando, oferecendo os cuidados que a casa podia oferecer, de alimentação, de exercício, de carinho, de solidariedade e etc. ela foi se transformando, e a coisa aconteceu numa velocidade que surpreendeu a todos, até que mais ou menos uns três meses depois que ela estava lá, um dia um grupo tava cantando, o coral tava ensaiando no segundo andar e ela escutou, e aí ela perguntou de onde que vinha aquela música e o grupo*

*que tava cantando, eu falei “ué o grupo que tava ensaiando lá em cima”, “ah eu quero ver”, eu falei “tudo bem, se a senhora subir a escada a senhora pode assistir” e ela se levantou da cadeira de rodas e foi e eu morrendo de medo eu falei “ela não tem condição de fazer isso ”, e ela subiu, com 99 anos ela subiu os dois lances de escada sentou lá e ficou assistindo o pessoal ensaiar o coral. Daí em diante ela não parou mais, todos os ensaios que tinha ela subia e ficava assistindo e ela começou a ir a pé para a casa dela e aí depois de algum tempo a gente descobriu porque até então a gente não tinha ido até a casa que é norma da instituição é fazer uma visita domiciliar antes de admitir o idoso na casa, mas a situação dela era tão emergente que a gente resolveu primeiro cuidar dela e depois ir ver a casa e aí fomos ver a casa dela se é que a gente podia chamar aquilo de casa e aí eu saí chorando de lá, eu me controlei na presença do filho dela e dela para não chorar, mas quando eu não pude, eu engasguei e chorei. Ela morava num barraco que era praticamente à altura dela, assim um metro e pouco de altura, menos de dois metros de altura um quarto que era mais ou menos dois por oito, que cabia só uma cama, não tinha banheiro, ela tomava banho num lugar assim do lado de fora, improvisado assim, de duratex, uma coisa assim, ela o fogão era, não tinha nada, não tinha uma geladeira, não tinha um ventilador, era uma coisa assim absurda, e eu comecei a imaginar como é que um ser humano consegue sobreviver e chegar aos 99 anos e viver naquele lugar, naquelas condições e aí eu falei “não a gente tem que fazer alguma coisa” e aí voltando a pergunta o quanto é importante o espaço físico, o quanto é importante essa relação de onde você está, pra onde você vai , e a gente conseguiu alugar para ela uma quitinete na mesma rua da Casa de Santa Ana em que ela tinha que se deslocar alguns passos da casa, da casa dela até a Casa de Santa Ana e aí o resultado disso é assim uma coisa fantástica que a partir dali ela passou a ter uma casa mesmo de verdade, um quarto, uma sala, um banheiro que nós adaptamos e pedimos pra pintar e tudo o mais, conseguimos uma doação para comprar uma cama pra ela, um fogão, quer dizer a vida dela se transformou, de um barraquinho ela foi morar e ela ainda sobreviveu com dignidade mesmo até os 102 anos, nós tivemos o privilégio de fazer o aniversário dela de 100 anos, que foi a primeira festa que ela teve de aniversário, primeira vez que ela comemorou o aniversário , a equipe toda se mobilizou pra fazer essa*

*festa, e assim, e até hoje eu fico imaginando como que, a capacidade que as pessoas tem... me marcou profundamente porque a primeira vista eu imaginei assim que não dava para fazer mais nada porque eram tantas as demandas, nossa era uma coisa terrível. Ela tava hiper desnutrida, o filho dela saía de manhã e deixava ela trancada dentro de casa porque ele tinha medo que ela saísse, que caísse na rua enfim, e às vezes ele saía de manhã e ela ia fazer a primeira refeição à noite quando ele voltava pra casa. Então quer dizer o fato dela sair, se deslocar dessa casa pra vir até a Casa de Santa Ana, era um acontecimento na vida dela que até então os vizinhos já tavam prestes a denunciar esse filho que por opção, para não colocá-la no asilo, ele optou em fazer isso, quer dizer era certo, errado? Não sei, era o que ele podia fazer, de uma certa maneira eu acho que ele salvou a mãe dele, mesmo cometendo esse crime, de deixar ela sozinha o dia inteiro trancada...*

- Apêndice I – Curiosidades sobre os Deuses

Mitologia é o estudo dos mitos, deuses e lendas. Os mitos são histórias de caráter popular ou religioso que têm por objetivo a explicação de coisas complexas, que passavam do entendimento das pessoas comuns na época de seus surgimentos. Normalmente a mitologia é associada à sociedade de sua fundação. Em várias religiões a mitologia está presente de alguma forma. No Neopaganismo, por exemplo, a mitologia é a própria caracterização de sua fé.<sup>1</sup>

Para Jung (1978), os mitos são fundamentais para se compreender a espécie humana, pois através deles é que acontecem as manifestações dos arquétipos, isto é, modelos advindos do inconsciente coletivo da humanidade que constituem a base de formação da psique humana. Os arquétipos têm como função revelar atitudes dos homens, dar uma significação ao mundo e à existência humana. Dessa maneira, é possível compreender a universalidade dos símbolos, que, segundo Brandão (1988), se apresentam em todas as culturas e épocas de forma idêntica. Eles carregam consigo a possibilidade de vislumbrarmos nossa origem apenas por meio de seu significado, e, por sua vez, facilitam a recuperação da nossa memória e, portanto, da nossa consciência e identidade como ser humano.<sup>2</sup>

Algumas características destes deuses nos guiaram no momento de atribuir um nome a cada um dos idosos.

## **Mitologia Egípcia**

### ***Isis***

Divindade egípcia, era a deusa da medicina, do casamento, da cultura do trigo, das colheitas, e compunha, com seu irmão e esposo Osíris e com seu filho Herus, a trindade de Ábidos.<sup>3,4</sup>



## *Osíris*

Deus do Juízo. Um dos mais antigos e maiores deuses do Egito, gênio do bem, protetor dos mortos, e tido como autor da civilização. Encontrando os primeiros habitantes do país: nômades, antropófagos e bárbaros, ensinou-lhes a agricultura, a maneira de extrair os metais do seio da terra, as artes práticas, o fabrico do vinho, a construção de casas. Além disso, ergueu os primeiros templos e ministrou ensinamentos religiosos, tornando o Egito próspero e civilizado, após o que espalhou a civilização por todo o mundo, obra essa secundada por sua esposa Isis. Foi o primeiro dos deuses que tiveram a natureza humana e que reinaram sobre os homens. Segundo a lenda, o seu irmão e adversário Tifão ou Set, deus do mal, assassinou-o, cortou o seu corpo em pedaços, e o atirou ao Nilo; mas a sua esposa, auxiliada por Anubis, reuniu esses pedaços e o recompôs, após o que lhe deu solenes funerais, e instituiu festas em sua honra.<sup>3,4</sup>

## **Mitologia Grega**

### *Nix/Noite*

Filha do Caos e deusa das trevas, é a mais antiga das divindades. Gerou, espontaneamente, sem se unir a outra divindade, o implacável Destino, a sombria Parca, a Morte, o Sono, os Sonhos, Minerva, a Fome, a Fraude, a Discórdia, enfim, tudo o que há de doloroso na vida. Desposou o Éter e o Dia que foram os pais do Céu. Portanto, logicamente, a Noite preexistiu à criação. A terra esteve envolta em negra obscuridade, até que a luz etérea viesse iluminá-la. É representada com um manto negro ou azul escuro e um véu cravejado de estrelas.<sup>3,4</sup>

### *Zeus*

Zeus partilhou o universo com seus irmãos, cabendo-lhe o céu; a Netuno, o mar; e a Plutão, os infernos. Teve inúmera prole. Os artistas representam-no sob aspecto majestoso, com barba espessa, cabeleira basta, sentado em seu trono de ouro ou de marfim, segurando o raio, com mão direita, e o cetro com a esquerda. Aos seus pés, vê-se a águia raptora de Ganimedes com as asas abertas.<sup>3,4</sup>

### *Gaia*

O mesmo que Terra, nasceu logo após o Caos e desposou Urano (o Céu), dando nascimento aos Titãs. No seu seio, todos os elementos e seres se unem, sob a influência do Amor, para a misteriosa obra da geração da vida. É ela a grande mãe universal, donde tudo emana, e que, no seio amigo e generoso, a todos acolhe depois da morte.<sup>3,4</sup>

### *Atena/Minerva*

É a deusa da guerra, da sabedoria e das artes: inventou o torno usado pelos oleiros nas moldagens; a régua e o esquadro de que se servem os carpinteiros; a charrua, o ancinho, etc.; ensinou ao homem a cultura da oliveira e o plantio da figueira; enfim, foi inspiradora de todas as artes, e protetora de todos os ofícios. Presidia aos trabalhos de bordados. Os artistas representavam-na com um capacete na cabeça, égide no braço esquerdo, e lança na mão direita, como deusa da guerra, tendo, junto de si, um mocho sobre o qual se encontravam os diversos instrumentos de matemática.<sup>3,4</sup>

### *Selene/Lua*

Os devotos ofereciam-lhe as armas tomadas ao inimigo, queimando-as como expiação do sangue vertido. Simboliza a claridade das noites orientais.<sup>3,4</sup>

### *Ártemis/Diana*

Divindade romana, Deusa da Caça e da serena luz, é Diana a mais pura e casta das deusas e, como tal, tem sido fonte inesgotável da sublime inspiração dos artistas. Com a luz prateada da lua percorre todos os recantos dos prados, montes e vales, é concebida como uma infatigável caçadora. É representada, como caçadora que é, vestida de túnica, calçada de coturno, trazendo aljava sobre a espádua, um arco na mão, um cão ao seu lado. Representam-na ainda: ora no banho, ora em atitude de repouso, recostada a um veado, acompanhada de dois cães; ora em um carro tirado por corças, trazendo sempre o seu arco e aljava cheia de flechas. Teve Diana o seu mais famoso templo em Efeso, considerado como uma das sete maravilhas do mundo.<sup>3,4</sup>

### *Afrodite/Venus*

Divindade romana da Beleza, dos amores, da energia reprodutora, da volúpia e da vida universal. Com a sua presença, toda a natureza sorria, os ventos serenavam e as ondas se acalmavam. Possuía um cinto mágico, dotado do poder de sedução e de encanto. Tendo Vênus saído nua do seio das ondas, é, na maioria das vezes, representada com o pé sobre uma tartaruga, ou uma concha marinha, na simples e desataviada beleza que trazia ao nascer.<sup>3,4</sup>

### *Hera*

Conta-nos uma lenda que, em dia invernos, Hera achava-se só, em um verdejante prado, quando um cuco, tiritante de frio, esvoaçou sobre a sua cabeça, e pousou em seu ombro. Penalizada, ela afagou a delicada avezinha, e aqueceu-a na tipidez do seu níveo seio. Este cuco era o seu irmão gêmeo Júpiter, que por ela se apaixonou e que, retomando então a sua forma natural, deu-se a conhecer, confessou o seu amor, e pediu-a em casamento. Na sua presença todos os deuses se curvam reverentes. É ela a mais bela, a mais augusta, a mais respeitável das deusas, sagrado modelo de mulher perfeita. Sendo a personificação da fidelidade conjugal, fizeram-na deusa do casamento sob o nome de Pronuba. Preside

também aos nascimentos, sob o nome de Lucina. Os poetas a representam em cima de um coche tirado por pavões, tendo uma destas aves ao seu lado.<sup>3,4</sup>

### ***Héstia/Vesta***

Divindade romana, era a deusa do lar e do fogo, do fogo que arde em cada casa e nos altares. Tendo jurado ficar eternamente virgem, os romanos ergueram um templo em sua honra, onde dia e noite arde o fogo sagrado, cuja guarda e conservação foram confiadas a virgens vestais, sob ameaça de ser enterrada viva aquela que traísse o voto de castidade, ou deixasse apagar o fogo.<sup>3,4</sup>

### ***Apolo***

Divindade solar, filho de Júpiter e de Latona. Sendo Apolo o deus da claridade diurna, os gregos, para explicarem os dias brumosos do inverno, concebem-no como um deus viajante que, temporariamente, abandona o santuário grego, para onde torna na primavera. Além disso, é Apolo deus dos oráculos, da poesia, da medicina, da arte, dos pastores, do dia, da música e da dança. Com sua lira, preside o coro das musas e das graças e, no Olimpo, diverte os imortais. Tendo Mársias ousado rivalizar com a sua lira, foi por ele esfolado vivo. Castigou o rei Midas, com orelhas de burro, por haver votado contra ele em concurso musical. Os artistas representam-no com uma lira na mão, rodeado de instrumentos próprios das artes; ou ainda, sobre um coche tirado por cavalos, correndo o zodíaco.<sup>3,4</sup>

### ***Ceres***

Divindade romana, filha de Saturno e de Cibele, é a deusa do trigo, das searas e das colheitas. Ceres é personificação da Terra e das forças produtoras da natureza. É representada por uma mulher completamente vestida, para simbolizar a terra, que oculta aos nossos olhos a sua força fecunda, e só deixa ver o que produz. Tem, em uma das mãos, uma foice e, na outra, um feixe de trigo.<sup>3,4</sup>

## **Mitologia Nórdica**

### ***Jord / Midgard***

Midgard é o nome do reino dos humanos na mitologia nórdica, correspondendo à Terra como então era conhecida. Midgard é o domínio da deusa Jord. No inglês médio, o nome se transformou em *Middel-erde* e resultou na Terra-média, conhecida modernamente. A expressão *Middel-erde*, como Terra Média, foi usada por J. R. R. Tolkien em sua obra de ficção *O Senhor dos Anéis*, obra esta que muito baseada na mitologia nórdica.<sup>3,4</sup>

### ***Freya***

Deusa escandinava do amor, na poesia dos Edas, simboliza a paixão violenta. Pode mudar-se em falcão, e transformar em aves todos os que desejarem deixar a forma humana. Os seus atributos são dois gatos negros a puxarem-na ao carro.<sup>3,4</sup>

### ***Ran***

Personificação das águas. Demônio em figura de mulher, rouba os homens, e colhe em sua rede todos os que se aventuram no mar, os afoga e os devora. Habita o reino dos mortos, com as suas nove filhas, personificação das ondas tempestuosas, e com os fantasmas dos afogados.<sup>3,4</sup>

Textos retirados na íntegra das seguintes páginas da web/ Artigo Braz:

1. <http://www.brasilecola.com/mitologia/>
2. BRAZ, Ana Lúcia Nogueira. **Origem e significado do amor na mitologia greco-romana.** *Estud. psicol. (Campinas)*, mar. 2005, vol.22, no.1, p.63-75. ISSN 0103-166X.
3. <http://mithos.cys.com.br/>
4. [http:// wikipedia.com.br](http://wikipedia.com.br)

## ANEXOS

Anexo 1 – Figura 1 - Determinantes Sociais: Modelo de Dahlgren e Whitehead (Buss; Pellegrini Filho, 2007)





**FICHA DE CADASTRO**  
Nº \_\_\_\_\_

**1) IDENTIFICAÇÃO**

NOME: .....  
SEXO: ..... COR: ..... IDADE: ..... D. NASC.: ...../...../.....  
NATURALIDADE: ..... NACIONALIDADE: .....  
ENDEREÇO: .....  
TEL.: .....  
RESPONSÁVEL: ..... PARENTESCO: .....  
END. : .....  
TEL. : .....  
COMO CHEGOU ATÉ A INSTITUIÇÃO? .....  
POR QUE PROCUROU A CASA?.....  
INDICADO POR:..... DATA: .....

**2) AVALIAÇÃO FUNCIONAL – “Independência e Autonomia”**

**- É CAPAZ DE: SIM (S) NÃO (N)**

Sair de casa sozinho ( ) Sentar e levantar da cadeira ( )  
Fazer compras ( ) Deitar e levantar da cama ( )  
Usar meio de transporte ( ) Fazer a própria higiene pessoal e auto cuidados ( )  
Lidar com dinheiro ( ) Vestir-se: parte superior ( ) parte inferior ( )  
Cuidar da casa: cozinhar ( ) lavar ( ) passar ( ) arrumar ( )  
Tomar banho ( ) Usar telefone ( ) Ir ao banheiro em tempo ( )  
Tomar seus remédios ( ) Comer sozinho ( ) Fazer pequenos consertos ( )  
Subir escadas ( ) Caminhar: pequenas distâncias ( ) longas distâncias ( )  
Em caso de necessidade tem alguém em casa q o faça ( )

**- USA ALGUM DESTES EQUIPAMENTOS?**

Aparelho auditivo ( ) óculos ( ) dentadura ( ) bengala ( ) muleta ( )  
Cadeira de rodas ( ) andador ( ) comadre/patinho ( ) absorvente/fralda ( )  
Outros?..... Tem o equipamento? .....

**- NA EXISTÊNCIA DE PARENTES / CUIDADOR(ES):**

Recebe cuidados domiciliares ( ) Recebe cuidados pessoais ( )  
Recebe cuidados administrativos ( ) Tem vínculo afetivo / dependência emocional ( )

**3) AVALIAÇÃO SÓCIO- ECONÔMICA E PSICOSSOCIAL**

1- ESCOLARIDADE: .....  
2- SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA: ativo ( ) aposentado ( ) pensionista ( )  
licenciado ( ) sem vínculo ( ) BPC (Benefício de Prestação Continuada) ( )  
3- PROFISSÃO OU ATIVIDADE:.....  
4- ÚLTIMA PROFISSÃO: .....  
5- ATIVIDADE ATUAL: .....  
6- RESIDE COM QUEM: .....  
7- MORADIA DIFÍCIL ACESSO/ LOCOMOÇÃO INTERNA: .....  
8- TEM QUARTO PRÓPRIO: SIM ( ) NÃO ( )  
9- MORADIA é: própria ( ) alugada ( ) cedida ( ) outro: .....



Casa de Santa Ana  
Centro Diurno de Apoio à Pessoa Idosa

- 10- ESTADO CIVIL: ..... TEM COMPANHEIRO (A): .....
- 11- TEM RENDA PRÓPRIA: sim ( ) não ( ) Quanto?.....
- 12- A RENDA É SUFICIENTE PARA DESPESAS EXTRAS? sim ( ) não ( )
- 13- RECEBE SUPORTE FINANCEIRO: familiares ( ) outros ( ) .....
- 14- TEM RESPONSABILIDADE FINANCEIRA: familiares ( ) outros ( ) .....
- 15- CONVIVÊNCIA FAMILIAR: harmoniosa ( ) tem conflitos freqüente ( ) tem conflitos eventuais ( )
- 16- CONVIVÊNCIA COM OUTROS FAMILIARES DE NÃO CONVIVÊNCIA:  
harmoniosa ( ) tem conflitos freqüente ( ) tem conflitos eventuais ( )
- 17- VISITAS A FAMILIARES E AMIGOS: freqüente ( ) eventual ( ) não visita ( )
- 18- RECEBE VISITAS FAMILIARES E DE AMIGOS: freqüentemente ( )  
eventualmente ( ) não recebe ( )
- 19- CUIDA DE OUTRA PESSOA: não ( ) sim ( ) Quem?.....
- 20- GOSTA DE ANIMAIS? sim ( ) não ( ) CONVIVE COM ALGUM? sim ( ) não ( )
- 21- PARTICIPA DE ATIVIDADES FAMILIARES / SOCIAS?  
freqüentemente ( ) ocasionalmente ( ) eventualmente ( ) não ( )
- 22- MANTÉM CONTATO/ RELACIONAMENTO COM VIZINHOS?  
freqüentemente ( ) ocasionalmente ( ) eventualmente ( ) não ( )
- 23- TEM ALGUMA RELIGIÃO? não ( ) sim ( ) Qual?.....
- 24- PARTICIPA DE ALGUMA ATIVIDADE EM GRUPO FORA DA INSTITUIÇÃO  
(SOCIAL, LAZER, TRABALHO)? não ( ) sim ( ) Qual?.....
- 25- QUAL A PESSOA MAIS LIGADA A VOCÊ EMOCIONALMENTE?.....
- 26- COSTUMA FICAR SÓ/ ISOLADO? não ( ) sim ( ) Por que?.....
- .....
- 27- SE SENTE PREPARADO/ ADAPTADO PARA:
- Óbito de parentes / amigos: sim ( ) não ( )
- Saída do emprego para aposentadoria: sim ( ) não ( )
- Dificuldades econômicas: sim ( ) não ( )
- Conflitos familiares / pessoais: sim ( ) não ( )
- Problemas de saúde: sim ( ) não ( )
- Ter uma vida independente: sim ( ) não ( )





Casa de Santa Ana  
Centro Diurno de Apoio à Pessoa Idosa

## FICHA DE CADASTRO COMPLEMENTAR IDOSO

Nº \_\_\_\_\_

**1- O idoso(a) frequenta qual Casa:**

( ) Santa Ana                      ( ) Geralda                      ( ) As duas

**2- O Idoso(a) frequenta a casa:**

( ) de segunda à Sexta                      ( ) de quatro à três vezes por semana  
( ) duas vezes por semana                      ( ) uma vez por semana

**- O idoso(a) participa:**

**3- Fisioterapia individual:** sim ( ) não ( )

**4- Fisioterapia em Grupo:** sim ( ) não ( )

**5- Curativo:** sim ( ) não ( )

**6- Acupuntura:** sim ( ) não ( )

**7- Massoterapia:** sim ( ) não ( )

**8- Terapia Anti-Estresse:** sim ( ) não ( )

**9- Canto:** sim ( ) não ( )

**10- Percussão:** sim ( ) não ( )

**11- Dança:** sim ( ) não ( )

**12- Dança Sênior:** sim ( ) não ( )

**13- Curso de Artesanato:** sim ( ) não ( )

**14- Visitas em geral (comunidade/ domicílio/ hospitais, etc):** sim ( ) não ( )

**15- Aulas de Xadrez:** sim ( ) não ( )

**16- Dinâmicas de grupo:** sim ( ) não ( )

**17- Atividade Religiosa Mensal:** sim ( ) não ( )

**18- Atividades Sócio- Culturais:** sim ( ) não ( )

**19- Palestras:** sim ( ) não ( )

**20- Alfabetização:** sim ( ) não ( )

**- O idoso(a) recebe da instituição:**

**21- Visita domiciliar:** sim ( ) não ( )

**22- Visita Hospitalar:** sim ( ) não ( )

**23- Apoio Psicológico:** sim ( ) não ( )

**24- Acompanhamento social/ orientação familiar:** sim ( ) não ( )

**25- Refeições completas/ Apoio nutricional:** sim ( ) não ( )

**26- Cesta Básica:** sim ( ) não ( )