

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

LUCIMARI FRANKENBERG GUILAMELON

**PROMOÇÃO DA AUTONOMIA E DA SAÚDE EM IDOSOS:
PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA**

Porto Alegre

2007

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - MESTRADO

LUCIMARI FRANKENBERG GUILAMELON

PROMOÇÃO DA AUTONOMIA E DA SAÚDE EM IDOSOS: PERSPECTIVAS DE
ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA

Dissertação apresentada como requisito como parcial à
obtenção do grau de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação
em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio
Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Patrícia Krieger Grossi

Porto Alegre, março de 2007.

LUCIMARI FRANKENBERG GUILAMELON

PROMOÇÃO DA AUTONOMIA E DA SAÚDE EM IDOSOS: PERSPECTIVAS DE
ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA

DISSERTAÇÃO APRESENTADA À BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Patrícia Krieger Grossi

Orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Márcia Salete Arruda Faustini

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCR/FSS

Prof^ª. Dr^ª. Geraldine Alves dos Santos

Centro Universitário Feevale

MENSAGEM

Autor desconhecido

Tenhas sempre presente que a pele se enrugua, que o cabelo se torna branco, que os dias se convertem em anos, mas o mais importante não muda. Tua força interior e tuas convicções não têm idade. Teu espírito é o espanador de qualquer teia de aranha. Atrás de cada linha de chegada, há uma partida. Atrás de cada trunfo, há outro desafio. Enquanto estiveres vivo, sintas-te vivo. Se sentes saudades do que fazias, torna a fazê-lo, não vivas de fotografias amarelas. Continues, apesar de todos esperarem que abandones. Não deixes que a ferrugem consuma o ferro que há em ti. Faça com que em lugar de pena, te respeitem. Quando pelos anos não consigas correr, trota. Quando não possas trotar, caminha. Quando não possas caminhar, usa bengala. Mas nunca te detenhas.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Assistência e Cidadania – FASC, pelo espaço concedido e pela confiança depositada no meu projeto.

À Professora Dra. Patrícia Krieger Grossi, pelo carinho e orientação dispensados neste trabalho.

Às Professoras Dras. Márcia Salete Arruda Faustini e Geraldine Alves dos Santos, pela disponibilidade em participar da banca de minha dissertação de mestrado.

Ao meu pai, Antônio Celso Dierckx Guilamelon, pela colaboração neste trabalho.

Aos idosos do Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol e do Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas, pelo calor humano e disponibilidade em participar da pesquisa.

Ao Professor Dr. Sílvio H. Filippozzi Lafin, por toda a contribuição recebida desde a especialização em Gerontologia Social.

Aos Professores do Mestrado, pela contribuição durante o processo de formação.

À equipe profissional do Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol, pela atenção dispensada na realização deste trabalho, em especial à Anira Cuty e Luisiela Paganotti.

RESUMO

A temática abordada nesta dissertação de mestrado refere-se à promoção da autonomia e da saúde em idosos numa perspectiva de atuação da fisioterapia. A pesquisa privilegiou o enfoque dialético crítico, sendo do tipo pesquisa-ação. O objetivo foi verificar a importância da fisioterapia na promoção da autonomia e da saúde dos idosos.

Este trabalho foi realizado com universo de 35 sujeitos, sendo 9 integrantes da equipe profissional da FASC (Fundação de Assistência Social e Cidadania) que atuam diretamente com a terceira idade, e os 26 restantes idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, lúcidos orientados e coerentes, que compõem, em número de 18, o Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas e, em número de 8, o Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol; todos pertencentes ao Centro Regional Noroeste da FASC em Porto Alegre/RS. O tempo consumido na realização deste trabalho, foi de um ano e meio.

O projeto desenvolveu-se em três etapas. A primeira etapa caracterizou-se pela implantação do projeto, compreendendo trâmites legais para autorização da pesquisa, bem como a interlocução da pesquisadora com a realidade dos idosos e da equipe profissional.

A segunda etapa caracterizou-se pela execução, dividindo-se em duas partes. Na primeira parte – diagnóstico - foi efetuada entrevista estruturada mediante formulário com perguntas abertas e fechadas, aplicada individualmente nos idosos e na equipe profissional, com enfoques variados, durante um período de dez semanas.

Na segunda parte – intervenção - houve a devolução do diagnóstico da pesquisa, oportunizando a concordância com o mesmo e o agendamento das atividades. As atividades previstas foram desenvolvidas primeiramente com os idosos e posteriormente com a equipe profissional, visando a melhor abstração dos conteúdos, com ênfase às necessidades de cada grupo relatadas nas entrevistas previamente efetuadas.

A terceira etapa – avaliação - compreendeu um feedback dialético, promovendo um debate reflexivo entre os idosos e a equipe profissional na geração de uma importante articulação teórica e integração entre os grupos.

Para análise dos dados foram observados os seguintes passos: pré-análise, formulação das questões norteadoras, exploração do material e interpretação.

Os principais resultados ressaltaram a necessidade da autonomia e da saúde na vida dos idosos, bem como a importância do trabalho do fisioterapeuta articulado com os profissionais do serviço social para atendimento integral às necessidades dos idosos.

Percebe-se que os idosos possuem consciência das limitações decorrentes do processo de envelhecimento, mas valorizam a mente ativa e não o corpo desgastado pelos anos vividos. Estes idosos sentem-se bem por terem conseguido atingir esta condição de velhice bem sucedida. Um outro aspecto a ressaltar é que a velhice se constrói desde cedo, refletindo uma atitude e postura adotada no seu transcorrer.

Palavras chave: autonomia, idoso, saúde, fisioterapia.

ABSTRACT

The thematic focused on this master's dissertation refers to the promotion of autonomy and health for the elderly from a physiotherapy perspective. The research gave the priority to the critical dialectic approach and it is characterized as a research-action. The objective to verify the importance of physiotherapy in the promotion of health and autonomy for the elderly.

This work was done with the total amount of 35 subjects, among them 9 were members of a professional staff of FASC (Citizenship and Social Welfare Foundation) who work directly with elderly people, and the remaining 26 subjects were 60 year-old elderly or older, both genders who were mentally and cognitively healthy.

The project has developed in three stages. The first one was characterized by the implantation of the project, including the legal procedures for authorization of the research as well as the interaction of the researcher and the reality of the elderly and the professional staff.

The second step was characterized by the execution, which was divided into two parts. The first one was a diagnosis in which was carried out a structured interview through a form with open and closed questions, individually applied in the elderly and the professional team, with different approaches, for a period of ten weeks.

In the second part, the intervention one, there was the return of the research's diagnosis, giving the opportunity for the agreement and the setting of the activities. The planned activities were developed primarily with the elderly and afterwards with the professional's staff, aiming a better understanding of the contents with the emphasis on the group needs which emerged from the previous interviews.

The third step, the evaluation, has encompassed a dialectic feedback, promoting a reflexive debate between the elderly and the professional staff to provide an important theoretical link and integration among the groups.

For data analysis, it was observed the following steps: pre-analysis, formulation of guideline questions, material exploration and interpretation.

The main results reinforce the of autonomy and health in the elderly's lives as well as the importance of the work of the physiotherapeutic articulated with social work for the integral needs of the elderly.

It was verified that the elderly have consciousness of their limitations resulted from the aging process, but it was valued the active mind and not the used body for the lived years. These elderly feel well because they have achieved a well-succeed condition in their aging. Another aspect was that the aging was constructed very early, reflecting an attitude and a posture which was adopted in their aging process.

Key words: autonomy, elderly, health, physiotherapy.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 OBJETIVOS	18
1.1 Objetivo Geral	18
1.2 Objetivos Específicos	18
2 FUNDAMENTAÇÃO	19
2.1 Processo de Envelhecimento	19
2.1.1 Saúde e Terceira Idade	20
2.1.2 Autonomia: Limites e Possibilidades	23
2.2 Políticas Sociais Voltadas para o Idoso	27
2.2.1 Grupos de Convivência do Idoso	37
2.2.2 Centro de Convivência do Idoso	41
2.3 Interdisciplinariedade na Saúde.....	44
2.3.1 Equipe Interdisciplinar no Atendimento do Idoso.....	48
2.3.2 Contribuição da Fisioterapia numa Visão Gerontológica.....	50
3 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	54
3.1 Questões Norteadoras	54
4 METODOLOGIA	55
4.1 Sujeitos da Pesquisa	58
4.2 Tipo de Pesquisa.....	59
4.3 Procedimentos, Instrumentos e Técnicas de Coleta de Informações	60
4.4 Procedimento de Análise das Informações Coletadas.....	66
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA	69
5.1 Diagnóstico	69
5.1.1 Características dos Integrantes da Equipe Profissional	69

5.1.1.1 Dando Voz à Equipe Profissional: Compreensão do Processo de Envelhecimento	71
5.1.1.2 A Influência da Família na Saúde e na Autonomia do Idoso: Percepção da Equipe Profissional.....	84
5.1.1.3 Fisioterapia sob a Ótica da Equipe Profissional	88
5.1.2 Características dos Idosos.....	94
5.1.2.1 Hábitos dos Idosos em Relação à Saúde	99
5.1.2.2 Contribuição da Fisioterapia na Promoção da Autonomia e Saúde dos Idosos	104
5.1.2.3 Dando Voz aos Idosos: Percepção do Processo de Envelhecimento, Autonomia e Saúde	109
5.1.2.4 Idoso e Relações Familiares: Índícios de Violência.....	114
5.1.2.5 Redes Sociais na Promoção da Autonomia e Saúde dos Idosos	121
5.1.2.6 Acesso à Informação sobre Direitos dos Idosos.....	127
5.2 Intervenção	129
5.2.1 Com equipe profissional	129
5.2.2 Com idosos.....	135
5.3 Avaliação	138
CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	147
APÊNDICE	158
Apêndice A - Formulário com Perguntas Abertas e Fechadas Aplicado ao Idoso.....	159
Apêndice B - Formulário com Perguntas Abertas e Fechadas Aplicado aos Integran-tes da Equipe Profissional	163
Apêndice C - Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido	166
ANEXOS	168
Anexo 1 – Ofício P/531-06: Autorização da FASC para Realização da Pesquisa.....	169
Anexo 2 - Parecer da Comissão Científica.....	170
Anexo 3 - Parecer do Comitê de Ética	172
Anexo 4 - Hino da Terceira Idade	173

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol	42
Figura 2: Almoço de Confraternização	125
Figura 3: Bolo de aniversário do Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas.....	126
Figura 4: Grupo Calêndulas.....	127
Figura 5: Esqueleto anatômico	130
Figura 6: Demonstração prática: estimulação respiratória	131
Figura 7: Demonstração prática: dormir de lado sem sobrecarga para a coluna.....	136
Figura 8: Vivência corporal: ato de levantar mediante alavanca dos dedos dos pés.....	137
Figura 9: Momento de confraternização.....	138

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização da equipe profissional segundo sexo, faixa etária, grau de escolaridade e naturalidade.....	70
Tabela 2: Caracterização dos idosos integrantes do Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol e do Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas, segundo sexo, faixa etária, grau de escolaridade, estado conjugal, coabitação e naturalidade.....	96

INTRODUÇÃO

A população brasileira tem se ampliado rapidamente, sendo a faixa etária a partir dos 60 anos de idade a que mais cresce. No período de 1950 a 2025, segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde, o grupo de idosos no Brasil deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco (OMS, 2002).

O aumento da população idosa refletiu-se nos atendimentos fisioterápicos, gerando uma preocupação de atualização e aprimoramento direcionados a essa nova e crescente clientela. Assim, realizei a Pós-Graduação em Gerontologia Social, cujos conhecimentos adquiridos me permitiram ampliar meus horizontes, visualizando o envelhecimento como um processo natural da vida, deixando de lado a visão mecanicista passada na formação de base (fisioterapia), onde só se tratava a patologia, restringindo qualquer vínculo com o paciente, deixando claro que esta invisibilidade do sujeito era obrigação do profissional de saúde.

Hoje as disciplinas do curso de graduação em fisioterapia já buscam a totalidade do indivíduo e a interdisciplinariedade como fatores essenciais no exercício da profissão; porém na prática profissional nem sempre essa atitude é observada nos colegas.

Sempre tive uma forte tendência à totalidade do ser humano, a romper com a visão endógena da fisioterapia. Penso que tratar a doença sem tratar o sujeito é impossível, pois este

tem sua história própria, que deve ser levada em conta. Afinal, são seres humanos que pensam e precisam ser respeitados por suas diferenças e tratados como tais.

Atualmente me considero um agente de saúde, multiplicador e transformador, de grande relevância nas equipes multidisciplinares e interdisciplinares que atuam junto ao idoso.

Procurei avançar mais nos meus conhecimentos, alargar meu olhar para a questão social, mediante o ingresso no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, tendo em vista o Programa ter como área de concentração as políticas sociais e oferecer como uma das linhas de pesquisa a gerontologia social. Esta linha de pesquisa aborda as questões atuais da gerontologia e sua relação com o serviço social e áreas afins, enfocando as múltiplas dimensões do envelhecimento humano, a atuação interdisciplinar e as redes de apoio sócio-institucional.

Assim, tornou-se possível desenvolver um projeto que permitiu contribuir de forma mais eficaz e eficiente com os demais profissionais da área da saúde e da assistência no atendimento dos cidadãos idosos e para a consolidação dos princípios e diretrizes da política nacional do idoso descritos na Lei n. 8842 (ESTATUTO DO IDOSO).

Nos últimos anos tem-se observado a ampla expansão do mercado de trabalho para o fisioterapeuta face à crescente demanda da sociedade por atuação profissional qualificada.

Os Conselhos Regionais, Federal e os Sindicatos de classe articulam-se cada vez mais na divulgação e consolidação da identidade da categoria. No entanto, verifica-se a falta do engajamento deste profissional em equipes interdisciplinares, como, por exemplo, no grupo de profissionais que atua nos Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol e Grupo de

Convivência Moquinha dos Coroas com assessoria da Fundação de Assistência Social e Cidadania.

A escolha do Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol se fez por ser o único existente no município de Porto Alegre. A extensão da pesquisa selecionando também o Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas se fez de forma intencional, pelos seguintes motivos: foi o protagonista na implementação da criação do Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol; sua equipe técnica passou também a atender as atividades do referido Centro de Convivência. As atividades desenvolvidas neles são integradas.

Em vista de o estudo ser pioneiro, acredita-se que o trabalho em apreço ampliou a visibilidade das contribuições do profissional da fisioterapia com formação gerontológica na equipe interdisciplinar, em programas preventivos de atenção primária em saúde, contribuindo especialmente para preservar a função motora, promover o adiamento da instalação de incapacidades decorrentes do processo de envelhecimento e para potencializar a autonomia do idoso nas relações sociais e familiares. A atividade por ele desenvolvida na área de assistência preventiva à saúde, é importante na formação educacional dos anciões junto aos cuidadores, familiares, funcionários do Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol e do Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas, auxiliando todos a cuidarem da sua própria saúde, mediante ações coletivas e individuais.

O presente trabalho teve por objetivo geral verificar a importância da fisioterapia na promoção da autonomia e saúde dos idosos.

O referencial teórico que fundamentou este estudo foi subdividido em capítulos. No primeiro capítulo, abordaram-se os conhecimentos sobre processo de envelhecimento, ressaltando a autonomia, a saúde e a terceira idade, como revisão da literatura que compreende este tema.

No segundo capítulo, discorreu-se sobre políticas sociais voltadas para o idoso, bem como um breve histórico sobre o Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol e o Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas.

No terceiro capítulo, enfatizou-se a necessidade do trabalho interdisciplinar no atendimento da saúde do idoso. Ressaltou-se a atuação da fisioterapia numa visão gerontológica e a interface com o serviço social.

No quarto e quinto capítulo, transcorreu-se sobre a formulação do problema, envolvendo as questões norteadoras. Quanto à metodologia empregada, privilegiou-se o enfoque dialético crítico, abrangendo os sujeitos, tipo de pesquisa, as técnicas e instrumentos utilizados para a coleta de informações, assim como os procedimentos empregados para configurar esta pesquisa.

No sexto capítulo, aborda-se de forma mais específica a apresentação e análise dos resultados, assim como uma retomada das categorias utilizadas para o entendimento da pesquisa e, desta forma, chegando a algumas considerações finais.

Portanto, o estudo em foco é de fundamental importância no campo da gerontologia e do serviço social, na medida em que suas conclusões possam trazer contribuições para um trabalho interdisciplinar vindo ao encontro da nova proposta da FASC e aportes relativos a ações preventivas em saúde, a partir de subsídios teóricos e práticos para a melhoria da qualidade de vida na terceira idade..

Almeja-se que a realização deste trabalho se constitua num eficaz meio de consulta àqueles que lidam com o idoso e buscam o seu bem-estar.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

Verificar a importância da fisioterapia na promoção da autonomia e da saúde dos idosos.

1.2 Objetivos específicos

Verificar a contribuição da fisioterapia à saúde dos idosos, nos aspectos preventivos, buscando potencializar a autonomia do idoso nas relações familiares e sociais;

Identificar a percepção da equipe profissional e dos idosos em relação aos aspectos de saúde do idoso, hábitos do cotidiano, relações familiares e experiência grupal daqueles que participam do Centro de Convivência e do Grupo de Convivência, visando averiguar a relação destas características com a autonomia e saúde que dispõem;

Avaliar a contribuição do fisioterapeuta à equipe profissional para dar maior visibilidade à ação deste profissional.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Processo de envelhecimento

Diversos são os termos com os quais se pode designar as pessoas que já viveram mais tempo ou a fase da vida antes designada apenas como velhice. Entre os mais comuns, podemos lembrar: idoso, adulto maduro, idade madura e terceira idade.

Envelhecimento é um processo contínuo de acontecimentos no ser humano desde a sua concepção até a morte. Este processo traz insidiosamente várias alterações, dentre elas as funcionais e estruturais. O movimento corporal se torna lento e desarmônico. Os cabelos tornam-se brancos e as rugas já se fazem presentes.

A erosão que o corpo sofre em função do tempo, faz dele um mediador de menos performance face à realidade espacial e temporal. Este estado em que o corpo do idoso se encontra limita as relações com a própria pessoa e com os demais. A imagem de si é colocada em questão em seu valor pessoal aos olhos dos outros. Ela também é abalada pelo julgamento que faz a sociedade em relação à velhice, o que pode favorecer a desvalorização de si.

O envelhecimento provoca no indivíduo a diminuição da plasticidade comportamental, o aumento da vulnerabilidade, o acréscimo de perdas evolutivas e o aumento da probabilidade de morte.

A velhice, como a fase culminante da evolução ontogenética do indivíduo, vai depender também das vivências experienciadas nas outras fases da vida (uterina, infantil, adolescente e

adulta). Ela requer políticas sociais que lhe permitam condições dignas de vivência humana nos seus aspectos físicos, econômicos, psicosociais e uma vida autônoma e participativa.

2.1.1 Saúde e terceira idade

A população brasileira tem se ampliado rapidamente, sendo a faixa etária a partir dos 60 anos de idade a que mais cresce (OMS, 2002). No entanto, o ganho da longevidade acarreta numa situação ambígua, vivenciada por muitos idosos. Esta ambigüidade ocorre pela ânsia de viver mais, porém com medo da permanência na terra, ser em meio a incapacidades e à dependência.

Com o aumento da expectativa de vida e com crescentes mudanças no comportamento da sociedade, no planejamento familiar e a conseqüente redução da taxa de natalidade, cria-se o desafio de conseguir uma sobrevida cada vez maior, com melhor saúde, para que os anos vividos em idade avançada sejam plenos de significado e dignidade.

A definição de qualidade de vida é ampla e complexa. Segundo The Whoqol Group apud Paschoal (2002), os especialistas da Organização Mundial de Saúde referem-se à qualidade de vida como:

“a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valor com os quais convive e em relação a seus objetivos, padrões, expectativas e preocupações”.

Para Sposati (1998), qualidade de vida envolve a democratização dos acessos às condições de preservação do ser humano, da natureza e do meio-ambiente. Entende-se que a qualidade de vida é a possibilidade de melhor redistribuição e usufruto da riqueza social e tecnológica aos cidadãos de uma comunidade; a garantia de um ambiente de desenvolvimento

ecológico e participativo de respeito ao homem e à natureza, com o menor grau de degradação e precariedade.

Quando se fala na construção de uma vida com saúde, almeja-se atingir a longevidade com plena percepção da realidade, com o conjunto de possibilidades e limitações decorrentes do ciclo que se está vivenciando. Conforme Neri e Freire (2000), a velhice satisfatória não é apenas uma qualidade da pessoa, mas o resultado da interação do indivíduo em transformação vivendo numa sociedade também em transformação. Assim, a vida na velhice torna-se satisfatória, com qualidade e bem-estar, principalmente quando existe disposição e acesso aos meios de informação para enfrentar os desafios da vida, lutar pelos seus direitos de cidadão e colocar em prática, projetos viáveis dentro das condições pessoais e do meio ambiente em que se vive.

Quando se reporta ao direito à saúde é essencial que entendemos o conceito de saúde. O significado de saúde vem sofrendo alterações, principalmente no modelo de saúde adotado, passando do hospitalocêntrico, curativo e reabilitador para um assistencial promotor da saúde, preventivo e com a participação popular e de diferentes profissionais da saúde. Assim, entende-se por saúde não o avesso da doença, mas como equilíbrio do ser humano.

O conceito de saúde numa visão mais plena, incorpora questões pertinentes à qualidade de vida, qualidade ambiental, nutrição, saneamento, prevenção e etc (CASTRO, 2005).

A qualidade de vida entrelaça elementos da história pessoal e da organização da vida cotidiana. O entendimento de que saúde e qualidade de vida não podem ser circunscritas a indicadores de consumo de bens, pilar do projeto cultural da modernidade, impõe aos serviços de saúde e assistência social o desafio de formular novas estratégias de intervenção sobre esta vida cotidiana, o que não pode se efetivar sem uma mudança radical de princípios e valores que fundam a própria lógica de organização destes serviços.

Como possibilidade de intervenção na vida cotidiana deve-se lembrar que é nela que nascem as experiências de transformações. A vida diária contempla os aspectos relacionados à vida privada, ao trabalho, ao lazer e ao descanso. É nela que se adquirem habilidades imprescindíveis para o convívio em sociedade; e o desenvolvimento dessas habilidades ocorre através de diferentes grupos; é a possibilidade sempre do encontro com o novo. O amadurecimento do indivíduo, portanto, diz respeito ao fato do adulto ser capaz de viver por si mesmo a sua cotidianidade, e também de suas possibilidades de liberdade.

Deste modo, a vida cotidiana está no centro do acontecimento histórico; é a sua essência. Estando ela repleta de escolhas e alternativas, cada um deve se apropriar da realidade a seu modo, impondo-lhe sua própria marca.

É na vida cotidiana, com todo o seu potencial transformador, que é possível promover a saúde. No entanto, a vida cotidiana sofre as refrações de processos de vulnerabilização, exclusão, precarização e discriminação que, não raramente, se materializam em violências de diversas ordens contra os sujeitos, dentre os quais o idoso.

Segundo Heller (1994), o cotidiano representa, de uma forma organizada, toda a ação consciente ou não do homem particular, que vai possibilitar a sua reprodução social.

Existe uma ligação entre velhice saudável e vida independente. A maioria dos idosos atribui a exigência de não dependerem de ninguém para garantir o seu próprio bem-estar. Todos querem ter a capacidade de decidir e escolher caminhos, mesmo para atos corriqueiros do dia-a-dia (PASCHOAL, 1999).

A saúde do idoso é determinada pela possibilidade de manutenção de sua autonomia e independência, sendo avaliada em termos de função, levando-se em conta, as dimensões físicas, psíquicas e sociais.

2.1.2. Autonomia: limites e possibilidades

Autonomia é a capacidade de comando, de decisão, de realizar algo com seus próprios meios (PAPALÉO, 2002). Ela pode ser conceituada como a noção do exercício do autogoverno associado aos seus correlatos: privacidade, livre escolha, liberdade individual, auto-regulação e independência. No conceito de independência, o aspecto principal é a capacidade funcional, que significa poder sobreviver sem ajuda para as atividades instrumentais de vida diária e autocuidado (NERI, 2001). Dentre estas atividades podemos citar a capacidade de levar o alimento à boca, fazer a higiene e vestir-se sozinho.

Faleiros (1999,2004) conceitua autonomia pelas representações de si mesmo mediadas pelas relações sociais e particularmente, culturais, e vividas contraditoriamente, vinculadas à disputa e a dominação racial, de cultura, de gênero, de visões de mundo, de valores, em que confrontam preconceitos, discriminações, desvalorizações, desmotivações. O desenvolvimento da auto-estima e da autonomia é construído pelo fortalecimento e/ou empowerment dos sujeitos como atores e autores na transformação social.

O envelhecimento é um processo contínuo, marcado por transformações externas e internas do indivíduo. O idoso perde a vivacidade de seus gestos e a própria identidade, pois

mediante as informações expressadas nos movimentos corporais é que inscrevemos a nossa personalidade e individualidade. O corpo humano foi feito para movimentar-se.

Uma vez que isso não acontece, seja por doenças limitantes ou pelo próprio desuso, sua mobilidade² estará comprometida, trazendo déficit na qualidade de vida, a qual está diretamente ligada à autonomia e a independência funcional deste cidadão. No entanto, cabe ressaltar que muitos idosos possuem autonomia sobre suas vidas, mesmo apresentando dependência funcional. As limitações físicas não impedem que os idosos sejam atores e autores de suas próprias histórias de vida.

A sociedade vai determinar o lugar e o papel que os idosos irão representar (viver) e, por outro lado, os idosos irão absorver ou rejeitar, elaborar e recriar os traços culturais e ideológicos do espaço social em que vivem. Para Bruno (2001), a preservação da autonomia é fundamental para que o idoso possa exercer a sua dimensão pessoal, conseguindo, desta maneira, ser livre, ser feliz.

Nas sociedades primitivas, o ancião era aureolado pelo privilégio sobrenatural que lhe concedia a longevidade e como resultado ocupava um lugar primordial. A longevidade se vinculava à sabedoria e à experiência. Para essas sociedades religiosas a velhice era associada ao sagrado (LORDA, 2001).

No mundo dos romanos, os velhos tinham um papel essencial no que se refere à tomada de decisões. O direito romano concedia uma autoridade muito particular aos idosos na figura de chefe absoluto, que exercia direito sobre todos os membros da família, com uma autoridade sem limites. A república romana também conferia aos anciões poderes políticos

¹ Mobilidade significa a habilidade para mover-se livremente (Kendal,1995).

importantes, como parte essencial do senado, como patrícios (LORDA, 2001). Neste período da história podemos constatar que a autonomia do idoso não estava vinculada a sua condição física e sim a sua sabedoria.

A necessidade de novas relações com a sociedade, gera uma consciência de que, na medida em que o indivíduo envelhece, mudam os papéis sociais que desempenha; substituindo-os por outros mais adequados ao próprio estado de vida, para não se cair na indiferença e na frustração. Então, surge a necessidade de estratégias de socialização dos idosos, com a atribuição a eles de um reconhecimento efetivo e de tarefas valorizadas, inclusive remuneradas.

Na velhice as expectativas sociais têm um importante papel para manterem as pessoas velhas equilibradas. Para Mondedero apud Schaurich (2004), “os velhos nunca possuem força suficiente para reclamar de sua marginalização”. Por sua vez, Néri (1995) considera o ambiente social do idoso ainda preparado para fazer as coisas pelo idoso e tomar conta dele.

A segurança e autonomia propiciada pelo ambiente são, em grande parte, determinadas pelas capacidades e pelas soluções da pessoa. A autonomia é desafiada pelos obstáculos físicos, sociais, psicológicos e econômicos impostos por um corpo mais vulnerável e mais esgotado. Por isso, um ambiente agradável, seguro e estimulador é essencial ao bem-estar do idoso, estabelecendo desta forma, uma lógica constante entre dependência causada pela necessidade de segurança e autonomia causada pela busca de identidade e individuação. O equilíbrio entre a dependência e a autonomia muda invariavelmente ao longo do tempo, através de expectativas e exigências culturais e sociais (SCHAURICH, 2004).

Castro (1998) destaca que a velhice é antes de qualquer coisa uma questão social, sendo a exclusão do idoso decorrente de ideologia, isto é, a velhice caracteriza-se por modificações cuja vivência subjetiva é amplamente influenciada pelo imaginário, pela ideologia

cultural. Pode-se reconhecer que a representação social do velho demonstra estereótipos, discriminação e marginalidade, originando uma visão permeada de contradições e contrastes sociais, que influenciam o comportamento do indivíduo na coletividade. Por isto, vem se tornando, de forma particular, uma questão de ordem pública, não mais restrita à esfera privada e da família. Os idosos vêm se constituindo em atores da cena política e social.

Esta nova perspectiva sobre cidadania não se limita a conquistas legais ou ao acesso a direitos abstratos e formais, mas diz respeito à invenção de novos direitos, que emergem de lutas específicas e concretas, a partir do engajamento de sujeitos sociais ativos, definindo autonomamente o que consideram ser os seus direitos e lutas pelo seu reconhecimento. Os caminhos que concerne à terceira idade devem ser refeitos (CASTRO, 1998).

O conceito de cidadania deve ser repensado, pois segundo Covre (1991), o pleno exercício da cidadania só existe na prática das reivindicações e da abertura de espaços sociais de discussão. Por isto as leis por si só não constroem a cidadania; as pessoas devem se apropriar dos espaços para a construção coletiva de leis e implementá-las de fato, justificando a idéia de Castro (1998), que reforça a velhice como uma construção social.

Schaurich (2004) acrescenta que a autonomia na sociedade contemporânea é tratada como algo invisível, subentendido e, portanto, de fácil perda, ou seja, aos poucos vai acontecendo uma apropriação da condição de autogerência do idoso. Da mesma forma os idosos são os maiores responsáveis por esta expropriação.

O meio social é quem cria a imagem dos idosos a partir de seus ideais humanos que persistem em cada época. No entanto, cabe ao idoso buscar lutar para preservar sua autonomia em meio a tantos estereótipos.

2.2 Políticas sociais voltadas para o idoso

Muito embora o Brasil esteja posicionado entre as primeiras economias do mundo, ainda apresenta contrastes sociais marcantes. Assim, é comum, para um grande percentual da população brasileira, a acumulação sucessiva de perdas sociais ao longo do ciclo de vida, com agravamento substancial com o avançar da idade.

Na sociedade brasileira, há carência de programas preventivos para a questão do envelhecimento e de serviços que tratem adequadamente os problemas dos idosos sob o ponto de vista físico, psíquico e social.

A ausência de condições de apoio familiar e a pobreza fazem com que os idosos ingressem na tão conhecida marginalidade social, acentuando as fragilidades naturais do envelhecimento.

Em 1994, com o objetivo de atender a este segmento da população, foi instituída a Política Nacional Idoso (Lei n. 8.842, de 04.01.1994), que define os princípios e diretrizes que asseguram os direitos sociais do idoso e as condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Tal Política é coordenada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, por intermédio da Secretaria da Assistência Social. Supõe-se a participação de diversas políticas setoriais, esferas de governo e sociedade civil. Reconhece as múltiplas faces da velhice e o envelhecimento populacional. Orienta-se por princípios maiores de nossa Constituição, assentados na participação e descentralização democráticas, reafirmando a necessidade do atendimento ao idoso onde ele se encontra (CARVALHO, 2004).

Em nível mundial, vivenciou-se entre 1950 e 1960 o surgimento da proposta de Estado Social, que se consolidou e se desenvolveu a partir da crise econômica da Pós-Segunda Guerra Mundial em 1929, associada a uma fase de crescimento das desigualdades e das tensões sociais provocadas pelo capitalismo monopolista. Dessa forma, para que fossem restabelecidas as condições de acumulação do capital, evidencia-se a intervenção do Estado através da proposta do “Estado de Bem-Estar Social” ou “Welfare State”, que iniciou nos Estados Unidos, sendo implantado no Canadá e Áustria. A proposta do Welfare State consistia na “[...] assistência aos comprovadamente pobres, por meio de benefícios mínimos associados ao estigma, buscando não estimular a substituição ao trabalho. O atendimento fica restrito ao Estado que conta também com o mercado para dar conta desta realidade” (COUTO, 2004).

A primeira iniciativa em nível Federal ocorrida no País em favor dos idosos foi no ano de 1974, através da criação da Renda Mensal Vitalícia, que garantia um benefício correspondente a meio salário mínimo àquelas pessoas que não recebiam nenhum tipo de benefício da Previdência Social e nem dispunham de nenhuma outra forma de subsistência (MACIEL et al, 2001).

No ano de 1975 é criada a Lei 6.334 que passa a regular “[...] a situação dos aposentados pela previdência social e do segurado que ela se vincula após completar 60 anos” (ARRUDA Apud CADERNOS LBA, s.d.). Em 1976 o Governo Federal assume uma postura que evidencia sua preocupação com o fenômeno do envelhecimento, promovendo através do MPAS (Ministério da Previdência e da Assistência Social), três Seminários Regionais realizados em São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza, que tinham o objetivo de identificar as condições de vida dos idosos no Brasil bem como apresentar “[...] o suporte assistencial existente para o atendimento as suas necessidades específicas” (CADERNOS LBA, s.d.).

As conclusões desses três seminários motivaram a realização de um quarto, só que em nível federal, denominado Seminário Nacional sobre Política Social da Velhice, que deu origem à Política Social da Velhice, originando o documento “Política Social para o Idoso – Diretrizes Básicas” (CADERNOS LBA, s.d.).

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, representa também o início da inserção da temática do Idoso nas pautas legais, em que o mesmo passou a fazer parte do discurso da democracia e do acesso universal aos serviços. Em seu primeiro artigo, a mesma contempla dois direitos importantes, a cidadania e a dignidade, expressas em seus incisos II e III. Os Direitos Sociais estão previstos no Art. 6º,

São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maturidade e à infância, assistência aos desamparados na forma desta Constituição. A seguridade social está explícita no seu art. 19, sendo que “[...]compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

O papel e a importância da família para o idoso ficam claros a partir do Art. 22 da Constituição Federal de 1988, que afirma que "Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade". Entretanto, esse compromisso não se restringe somente à família, pois o Art. 23 amplia essas responsabilidades afirmando que "A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar, e garantindo o direito à vida". O inciso 1º do art. 230 prevê que "Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares".

A Lei Orgânica Nacional do Ministério Público n. 8.625, de 12.02.93, dá incumbência aos membros do Ministério Público, dentre outras coisas, exercerem a

fiscalização dos estabelecimentos prisionais e dos que abriguem idosos, menores, incapazes ou pessoas portadoras de deficiência (art. 25, VI). No caso de pais que, na velhice, carência ou enfermidade, ficarem sem condições de prover o próprio sustento, principalmente quando se despojaram de bens em favor da prole, cabe sem perda de tempo e até sem caráter provisório aos filhos maiores capazes, o dever de ajudá-los e ampará-los, com a obrigação irrenunciável de assisti-los e alimentá-los até o final de suas vidas (parágrafo único do art. 399 do Código Civil). Quanto ao Sistema Único de Saúde (SUS), Lei 8080 de 1990, destaca-se a proposta da garantia universal nos diversos níveis de atenção com prioridades para o enfoque interdisciplinar, políticas de prevenção e promoção de saúde, o estímulo e financiamento de pesquisa sobre o idoso e sua realidade, e o apoio e à criação de serviços alternativos e especializados ao idoso (ABREU, 2004).

No ano de 1993, através da promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), constituindo-se como Política de Seguridade Social não contributiva, é dever do Estado e direito de todo cidadão, reforçando a igualdade e a integralidade no atendimento, a universalização dos direitos. É a partir dela que se estabelece o Sistema Descentralizado e Participativo da Assistência Social constituído por entidades e organizações de assistência social, que prevê a articulação entre as ações da assistência, sendo a coordenação de benefícios, programas e projetos de responsabilidade da esfera Federal e a coordenação e execução dos Estados e Municípios.

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) criado através da LOAS, consiste na "garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com sessenta e cinco anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família" (ESTATUTO DO IDOSO, 2004).

No ano de 1994, definiu-se o marco legal da proteção do Idoso no Brasil, com a criação da Política Nacional do Idoso (PNI), que em seu Art. 2º, deixa claro que "considera-se o idoso, para todos os efeitos desta Lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade". Esta política tem como princípios que tanto a família, a sociedade, bem como o Estado, possuem o dever de assegurar os direitos de cidadania do idoso, a garantia de sua participação na comunidade, a defesa de sua dignidade, seu bem-estar e o seu direito à vida.

Através de seus princípios a PNI defende também que o processo de envelhecimento diz respeito a toda a sociedade, devendo ser objeto de conhecimento e informação de acesso a todos, que o idoso não deve sofrer nenhum tipo de discriminação, que todas as transformações efetivadas na política devem ter o idoso como o principal agente e destinatário, e, finalmente, que "[...] as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei" (POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO, Art. 3º).

O objetivo da Política Nacional do Idoso está expresso através de seu Art. 1º, que consiste em "assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade". É a partir dessa Lei que o governo deve adotar medidas efetivas voltadas para a política de atenção ao Idoso, envolvendo a sociedade como um todo, em parceria com os demais Ministérios envolvidos na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas.

A partir da Política Nacional do Idoso está prevista a criação de Conselhos Municipais, de caráter permanente, paritário e deliberativo, que têm como função principal formular, supervisionar e avaliar a política do idoso, devendo cobrar do Estado a efetivação de políticas públicas que sejam de fato de interesse da população idosa.

Um ano após a criação da Política Nacional do Idoso, em 1995, no governo de Fernando Henrique Cardoso, são extintos a Legião Brasileira de Assistência (LBA), o Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência (CBIA) e o Ministério de Bem-Estar Social (MBES), o que significou, segundo Pereira citado por Couto (2004) uma forma de "modernizar a administração pública, enxugar a estrutura do Estado e o quadro de funcionários e abolir as práticas clientelistas, corporativas, fisiológicas e corruptas dos órgãos de governo".

No ano de 1999 é criada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que ao estabelecer princípios, objetivos, diretrizes e estratégias de ação, parte-se do pressuposto de que seus usuários saem da condição de assistidos para a de cidadãos de direitos. Adota, assim, estratégias de gestão calcadas no princípio da descentralização político-administrativa, visando à participação da população, por meio de suas organizações representativas e propõe mecanismos de visibilidade ao controle social.

Tendo como diretrizes a inserção, a prevenção, a promoção e a proteção, essa política integra com suas proposições o conjunto das políticas sociais que visam ao combate à pobreza, à miséria e à exclusão social, num esforço conjunto dos três níveis de governo federal, estadual e municipal (POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 1999).

Os destinatários da Política Nacional de Assistência Social pertencentes a formas fragilizadas de sociabilidade familiar, comunitária e societária são os segmentos excluídos, involuntariamente, das políticas sociais básicas e das oportunidades de acesso a bens e serviços produzidos pela sociedade, com prioridade para indivíduos e segmentos populacionais urbanos e rurais em condições de vulnerabilidade: próprias do ciclo de vida, que ocorrem, predominantemente, em crianças de zero a cinco anos e em idosos acima de sessenta anos (POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 1999).

Passados alguns anos, após um processo longo de discussões, avaliações e mobilizações em defesa dos direitos dos idosos, em especial a parte da sociedade civil organizada, através de representantes de entidades de aposentados, pensionistas e idosos, a população brasileira conquistou o Estatuto do Idoso, criado através da Lei nº10.741, de 1º de outubro de 2003, passando a vigorar a partir de 2004. Um documento com o objetivo de assegurar o cumprimento

dos direitos de todas as Leis anteriores, definindo e regrido as medidas de proteção e ampliação dos direitos sociais dos brasileiros com idade igual ou superior a 60 anos.

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade; Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (ESTATUTO DO IDOSO, 2004).

A violação dos direitos, e mais especificamente, a violência que sofre o idoso na atualidade, mobiliza todos os setores da sociedade, pois representa um dos problemas mais relevantes de saúde pública. A família, a sociedade e o Governo possuem o compromisso de evitar as formas de violência, devendo ser promotores de medidas de prevenção e proteção ao idoso. Dada a complexidade do problema, deve haver uma interdisciplinaridade a partir de vários profissionais, bem como uma interinstitucionalidade, abrangendo entidades governamentais e não-governamentais, em prol da defesa desse segmento.

Através do Estatuto do Idoso foram definidas medidas de proteção aos mesmos, comprometendo entidades assistenciais e estabelecendo penalidades para quem desrespeitá-lo e descumprir o que está previsto. Nesse sentido, o idoso dispõe de mecanismos de exigibilidade do Estatuto, que podem ocorrer através da atuação do governo por meio da criação de políticas públicas, bem como do judiciário, através de instrumentos judiciais (ABREU, 2004). Entretanto, a denúncia de situações de violação dos direitos do idoso é um dever de toda a sociedade, sendo que qualquer pessoa que tenha sido testemunha ou tenha tido conhecimento do fato, deve comunicar à autoridade competente ², como a Polícia Civil, o Ministério Público, o Conselho

Estadual e Municipal do Idoso, a Vigilância Sanitária, a Ordem dos Advogados do Brasil, entre outros.

Para as atividades de lazer, culturais e esportivas é assegurado desconto de pelo menos 50% (Art. 20), bem como os meios de comunicação também deverão manter espaços ou horários especiais voltados para o público idoso, com finalidades educativas, informativa, artística e cultural sobre envelhecimento (Art. 24). Está prevista a gratuidade às pessoas com mais de 65 anos em transportes coletivos públicos (Art.39), ficando a critério da legislação local a gratuidade para a idade compreendida entre 60 e 65 anos (ESTATUTO DO IDOSO, 2004).

No sistema de transporte coletivo municipal e interestadual devem ser reservadas duas vagas gratuitas por veículo para idosos com renda igual ou inferior a dois salários mínimos (Art. 40) e desconto de no mínimo 50% para idosos com renda igual ou inferior a dois salários mínimos, que tenham excedido as vagas gratuitas.

É vedada toda forma de discriminação às pessoas com mais de 60 anos, bem como impedir ou dificultar seu acesso às operações bancárias (Art. 96), deixar de prestar assistência às mesmas (Art. 97) em situações iminentes de perigo. São asseguradas medidas de proteção ao idoso (Art. 43), sendo responsabilizados e penalizados, em caso de omissão tanto a sociedade como o Estado, por falta ou abuso da família ou seu responsável, ou ainda em função de sua condição pessoal (ESTATUTO DO IDOSO, 2004).

Atualmente, a gestão da nova PNAS caminha na perspectiva da implementação do SUAS (Sistema Único da Assistência Social), que representa um modelo descentralizado e participativo, responsável pela regulação e organização das ações sócio-assistenciais no Brasil, bem como representa a materialização da LOAS, visando cumprir "a realização dos objetivos e resultados esperados que devem consagrar direitos de cidadania e inclusão social. O foco

prioritário de atenção para implementação dos serviços, programas, projetos e benefícios está concentrado nas famílias, sendo que:

[...]seus membros e indivíduos e o território como base de organização que passam a ser definidos pelas funções que desempenham, pelo número de pessoas que delas necessitam e pela sua complexidade. Pressupõe, ainda, gestão compartilhada, co-financiamento da política pelas três esferas de governo e definição clara das competências técnico-políticas da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com a participação e mobilização da sociedade civil e estes têm o papel efetivo na sua implantação e implementação (PNAS, 2004).

O Estatuto do Idoso representa um grande avanço em termos de garantias legais para o idoso em nosso País, sendo bem mais abrangente que a PNI e a própria Constituição Federal de 1988, instituindo penas severas a quem desrespeitar o idoso e determinando aos Conselhos (Nacional, Estadual e Municipal) o acompanhamento e o zelo para que sejam cumpridos os direitos do idoso (ABREU,2004).

É somente a partir do Estatuto do Idoso que são definidos uma série de crimes contra a pessoa idosa e suas respectivas penas (detenção, reclusão e multas), facilitando a atuação do Ministério Público no combate ao desrespeito, ao abuso, aos maus tratos, à agressão, à violência e ao abandono que constituem as principais queixas dos idosos. Esta, pode-se dizer que é a maior novidade do Estatuto do Idoso, sendo que nosso Código Penal é de 1940, e está muito longe de nossa realidade.

Em termos de direitos adquiridos, a partir da Constituição Federal, da Lei Orgânica da Assistência Social, da Política Nacional do Idoso (PNI), da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e do Estatuto do Idoso, deveria ser possível assegurar às pessoas idosas seus direitos civis, sociais e políticos. Porém, o grande desafio que se coloca atualmente diz respeito à

materialização desses direitos, garantindo aos idosos a possibilidade de exercerem de fato sua cidadania, tendo assegurada uma vida social com dignidade.

O Estatuto ainda é muito novo, motivo pelo qual ainda há muitas dificuldades no sentido de sua efetivação, sendo que o grande desafio atualmente é fazer com que o mesmo seja conhecido pela população, pelos idosos bem como pelos profissionais que necessitam estarem preparados para lidar com o fenômeno do envelhecimento. Esse processo de organização deve ocorrer através da participação do idoso e de toda a sociedade em espaços de estudo, discussão e de liberação, em especial junto aos Conselhos Municipais e Estaduais do Idoso.

É importante que todas as pessoas sintam-se comprometidas com os idosos de nosso País, garantindo o amparo aos mesmos a partir da família, bem como a partir da sociedade sejam denunciados em órgãos competentes, especialmente na Polícia Civil e no Ministério Público, todos os casos que se tiver conhecimento de abandono, crimes e maus tratos contra o idoso. Nesse sentido, os grupos de convivência constituem-se em importantes espaços para a atuação de diversos profissionais, com vistas a contribuir para a publicização dos direitos dos idosos, bem como dos mecanismos de acesso aos mesmos.

A assistência social, a educação, a saúde, a previdência etc., são uma política social pertencente ao gênero política pública. Portanto, uma política social pública (BRAVO; PEREIRA, 2001).

Segundo Bravo e Pereira (2004), política pública significa ação coletiva que tem por função concretizar direitos sociais demandados pela sociedade e previstos nas leis. Ou, em outros termos, os direitos declarados e garantidos nas leis só têm aplicabilidade por meio de políticas públicas correspondentes, as quais, por sua vez, operacionalizaram-se mediante programas, projetos e serviços.

É, pois, por meio das políticas públicas que são formulados, desenvolvidos e postos em prática programas de distribuição de bens e serviços, regulados e providos pelo Estado, com a participação e o controle da sociedade.

Em nível de Estado do Rio Grande do Sul, há o Plano Estadual de Assistência Social - PEAS, no qual são propostas alternativas de atendimento com vistas a "[...] evitar a institucionalização do idoso [...] oportunizam a qualificação e o diagnóstico dos serviços existentes que são requisitos fundamentais para a eficácia da rede de serviços", que consistem nos Grupos de Convivência, Centro de Convivência, Casa-Lar para Idosos e Asilos (PLANO..., 1997).

2.2.1 Grupos de Convivência do Idoso

Os grupos de convivência configuram-se como espaços que oferecem aos idosos múltiplas atividades lúdicas, de lazer e informação, tais como: aulas de canto, dança e coral, teatro e expressão corporal, bailes, palestras e eventos relacionados à terceira idade, enfim atividades que favorecem o desenvolvimento sócio-cultural do idoso, através da participação na sociedade (BULLA, 2005). Estes grupos visam resgatar o exercício da cidadania do idoso.

A Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), da Prefeitura de Porto Alegre, mantém um programa de atenção ao idoso, encarregado de desenvolver ações e criar espaços de convivência para auxiliar na promoção e inclusão social do idoso. Este trabalho é organizado a partir dos grupos de convivência (IDOSO....2001).

Os grupos de convivência foram construídos na década de 1970, na periferia da cidade, com a finalidade de proporcionar contato social àqueles que não tinham condições financeiras de frequentar clubes sociais. A partir de 1994, estes grupos têm estado mais próximos da comunidade para o resgate da cidadania dos indivíduos em diversos níveis.

No ano de 1974 surgiu a iniciativa de atendimento à população idosa, denominada PAI – Programa de Assistência ao Idoso, que permite a origem dos primeiros grupos de aposentados ligados ao Sistema de Previdência Social. O PAI atende diversas solicitações, entre elas: Concessão de óculos, próteses, cadeira de rodas, aparelhos auditivos, bengalas, cama hospitalar, diversos tipos de aparelhos ortopédicos, internamento em asilos conveniados com a FLBA (LARRATÉA, 1980).

No ano de 1978 o PAI, programa que até então era de responsabilidade do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), passou para a LBA, com função de “[...] executar a Política Nacional de Apoio ao Idoso de forma direta através de Unidades Executivas próprias e por meio de ação comunitária; e indireta, mediante a celebração de Convênios/Contratos com Entidades especializadas”. Essa transferência significou a responsabilização da LBA pela execução de uma Política Social voltada para o idoso, tendo como objetivo central a busca do reconhecimento de seus direitos sociais (CADERNOS LBA, s.d.).

A LBA, desde a sua fundação em 1942, caracterizou-se por desenvolver atividade assistencial via prestação de serviços e concessão de recursos a usuários carentes. Progressivamente passou a atuar em praticamente todas as áreas de assistência social, inicialmente para suprir sua atividade básica e em seguida visando a um programa de ação permanente. Nesse sentido se constituiu em mecanismo de grande impacto para a reorganização e

incremento do aparelho assistencial privado e desenvolvimento do Serviço Social como elemento dinamizador e racionalizador da assistência (IAMAMOTO, 2004).

Em 1980, a LBA assumiu integralmente o PAI, iniciando um processo de avaliação do caminho percorrido, bem como a análise das estratégias até então adotadas. Verificando a necessidade de um atendimento mais amplo ao idoso, não apenas em determinadas regiões, decidiu pela descentralização do programa, de forma a ampliar o atendimento do mesmo em toda a área operacional da LBA (MACIEL et al, 2001.).

Nessa perspectiva, criam-se os grupos de convivência de idosos, configurando-se como uma tentativa de retomada da palavra, da vivência de um tempo comum e de compartilhar um mesmo período da história da sociedade.

Conforme informações coletadas a partir de relatório da LBA de Porto Alegre (1980), o trabalho junto aos grupos de convivência de idosos consistia em atividades propostas pelos próprios integrantes, divididas em quatro áreas: artesanal, cultural, social e recreativa.

A área social consistia em atividades de divulgação do grupo em comemorações cívicas e festivas, bem como a realização de chás, objetivando angariar fundos para a realização de passeios e excursões. A área artesanal abrangia atividades voltadas para a confecção de trabalhos manuais e realização de exposições e feiras. A área recreativa voltava-se para a realização de passeios, bailes, jogos, gincanas, campeonatos entre outros.

A área cultural preocupava-se com a realização de palestras educativas, divulgação de notícias através de jornal informativo e exposição em mural, e apresentação de teatro para a comunidade. Segundo relatórios da LBA (1980), em Porto Alegre foi criada a primeira biblioteca organizada por idosos (apud CADERNOS LBA, s.d.).

A LBA para atender às solicitações e necessidades da população idosa da época, foi estabelecendo articulações com outros recursos da comunidade, sendo os primeiros resultados obtidos na área da saúde, mediante o “protocolo de intenções”, assumido pelo INAMPS em parceria com a LBA, que assegurava aos idosos inscritos no programa, bem como seus dependentes, o “Sistema de Consulta Sem Hora Marcada” (CADERNOS LBA,s.d.).

Os grupos de convivência representavam um espaço de convívio entre pessoas da mesma faixa etária, que além de fortalecer a participação dos idosos em programas específicos da LBA, abriam espaço para empreendimentos comunitários mais amplos, através da articulação de recursos e implantação de parcerias. Porém esse avanço do trabalho criou a necessidade de preparar os grupos para se organizarem juridicamente, possibilitando a autogestão dos recursos oriundos da LBA, que já caminhava para uma alteração em sua política de ação, priorizando a linha de execução indireta.

Nessa perspectiva, é criado o Projeto Conviver, que significou “[...] a via juridicamente sancionada pela Instituição para atendimento não asilar à população idosa" Através dele, além de ampliar o trabalho que vinha sendo "realizado na linha de parcerias, buscou-se também investir na qualificação de profissionais e voluntários para atuarem na área” (CADERNOS LBA, s.d.).

Atualmente vários são os grupos espalhados pelas mais diversas regiões da cidade. Essa descentralização facilita o comparecimento do idoso que, além de estar próximo de sua comunidade, não precisa fazer grandes deslocamentos para participar de uma atividade social (IDOSO...2001).

A participação e o envolvimento dos idosos devem ser estimulados nos grupos. Conforme Bulla (2005), participar não significa, somente, usufruir as atividades e programas pensados pelos outros e sim trabalhar coletivamente, incluir-se nas discussões e proposições de

alternativas, no planejamento de ações, na gestão, na concretização de planos, no controle e na avaliação das atividades.

Os grupos de convivência vão desenvolvendo suas próprias ações específicas, a medida que vão se fortalecendo. Uma destas ações podemos verificar no Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas. Segundo Cuty (2005), este Grupo do Centro Regional Noroeste da FASC reuniu-se com a associação de moradores do Bairro Jardim Floresta e com representantes do Posto de Saúde, para discutirem e definirem os eixos temáticos e as principais demandas da comunidade. A Senhora Lúcia Padilha foi eleita a delegada do grupo para a II Conferência Municipal de Assistência Social de Porto Alegre. A prioridade escolhida foi o centro de convivência para idosos.

2.2.2 Centro de Convivência do Idoso

O Centro de Convivência do Idoso é um espaço comunitário e de exercício da cidadania. Destinado à função educativa, na medida em que possibilita ações de apoio, informação e encaminhamento, contribuindo na garantia da inclusão da pessoa idosa na rede de serviços públicos e no convívio comunitário. Com atividades artísticas, sociais, culturais e de lazer, produzidas a partir dos interesses efetivos dos idosos, e que possibilitem a percepção de sujeitos de cultura, quer na situação de produtores, quer na de beneficiários.

Conforme as diretrizes da política Nacional do Idoso (Lei 8842 / 1994 e Decreto 1948 /1996), centro de convivência é uma modalidade não asilar de atendimento, local destinado à

permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania.

O Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol foi inaugurado no dia trinta de dezembro de 2002 com objetivo de oferecer um espaço de convivência, em turno diurno e integral, a idosos em situação de vulnerabilidade pessoal e social, garantindo sua proteção, amparo e promoção, como alternativa de redução dos processos asilares (CUTY, 2005). Além dos eventos pré-programados que tem sua realização em datas e períodos pré-estabelecidos, o centro de convivência tem atividades periódicas em sua agenda semanal (Figura1).



Figura 1: Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol

A iniciativa para criação do centro de convivência surgiu em 1995 pela demanda da comunidade. Após a II Conferência Municipal de Assistência Social de Porto Alegre e durante o período de 1996 a 1998, a senhora Lúcia Padilha continuou a luta pela conquista do centro de convivência nos fóruns de decisões da cidade: Comissão Regional de Assistência Social/Noroeste, Orçamento Participativo, Temática da Assistência Social e Grupos de Convivência. No entanto, somente em 1998 foi aprovada a criação do Centro de Convivência no Orçamento Participativo. Deste período em diante iniciaram-se as discussões e negociações com a comunidade para a viabilização do centro de convivência, elaboração do projeto arquitetônico, formação da equipe de trabalho, construção do prédio e outros (CUTY, 2005).

As ações do Centro de Convivência são articuladas e integradas aos demais programas existentes no Centro Regional de Assistência Social, tais como Grupo de Convivência “Moquinha dos Coroas” e “Vamos Fazer Amigos”, SASE - Serviço de Atendimento Sócio Educativo, NASE - Núcleo de Atendimento Sócio Familiar, PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil e SAJ - Serviço de Assistência Jurídica na promoção da inserção social do idoso e do convívio entre gerações².

Segundo Santos (2005), os nove centros regionais da FASC (Fundação de Assistência Social e Cidadania) contam com um programa, que inclui atendimento de assistentes sociais, psicólogos, oficinas, orientação nutricional, aulas de ginástica e dança. Além dos grupos de convivência, há o Centro de Convivência do Idoso: Nascer do Sol, que atende 25 anciões ao dia, no horário das 8h às 18h. Cuty (2005) complementa dizendo que são oferecidas três refeições

² Constituem-se como serviços de assistência social: Serviço Sócio Educativo Aberto, Núcleo de Apoio Sócio Familiar, Programa para Erradicação do Trabalho Infantil e o Serviço de Assessoria Jurídica.

diárias intercaladas com lanche para os idosos. Os critérios estabelecidos para ingresso dos idosos são: Indivíduo com 60 anos ou mais, com independência, em situação de vulnerabilidade social (risco pessoal e social, violência doméstica, abandono, desnutrição e outros), sem renda ou cuja renda familiar per capita não ultrapasse um salário mínimo, participação sistemática da família e avaliação social para identificação da situação de vulnerabilidade.

O Centro de Convivência para Idosos Nascer do Sol demonstra ter sido uma iniciativa acertada na construção de estratégias e desenvolvimento de ações no resgate da cidadania dos idosos, contribuindo com as políticas nacionais de saúde e assistência social para idosos.

2.3 Interdisciplinariedade na saúde

Ao tratarmos da interdisciplinaridade na saúde nos remetemos a uma série de considerações acerca do seu significado, quer enquanto princípio de produção e de articulação do conhecimento na área, quer como realidade das ações de saúde implementadas pelos vários profissionais. Pensá-la requer entender seus múltiplos significados na medida em que a análise pode partir do aspecto conceitual, relativo a como se revela uma nova dinâmica de integração do conhecimento em geral. Por outro lado, a análise pode se dirigir ao cotidiano das ações de saúde, que estão imersas nas relações sociais existentes e que, portanto, se manifestam frente às interações Estado-sociedade e coletividade-academia, assim como nos remetem aos conflitos inerentes às práticas das equipes multiprofissionais de saúde.

Se a crítica à fragmentação do conhecimento, enquanto racionalidade que impede a comunicação das idéias, inicia sua trajetória no Brasil, ainda que de forma incipiente, na academia nos anos 60/70, sua tradução e incorporação nas ações de saúde sob a forma da

interdisciplinaridade se tornou possível somente em meados dos anos 80/ início dos 90 (MORIN, 1996). A incorporação do princípio da interdisciplinaridade nas práticas cotidianas de saúde, entretanto, não se deu a partir da reflexão de sua importância enquanto princípio articulador.

Foram os movimentos sociais ligados à área da saúde, com suas demandas por habitação, escola, saneamento, atenção à saúde, e sua organização social e política, que vieram cobrar um novo olhar ao diagnóstico de suas necessidades e ao planejamento de novos serviços, atitude que veio romper, pelo menos em parte, com o antigo exercício do poder do especialista. Inúmeros profissionais (trabalhadores sociais e da saúde) vieram participar de forma decisiva no processo, numa postura de militância frente à necessidade de reestruturação do sistema de saúde e de proteção social. A partir desse momento particular da organização social e política do país, que culminou na criação dos conselhos de gestão de políticas, foi possível se criar uma instância supracategorial de discussão e reorganização tanto dos serviços de proteção social como dos de saúde. As chamadas equipes multiprofissionais abriram espaço para incorporar outros princípios no exercício de suas práticas e rumaram, ainda que fragilmente, para ações organizadas em torno de um eixo interdisciplinar.

A Constituição de 1988 redefiniu o modelo de proteção social adotando o conceito de Seguridade Social, integrada pelo conjunto das ações referentes à saúde, previdência e assistência social, representando um avanço na vida dos idosos.

A Política Nacional do Idoso (art.1º) tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. A Lei nº. 8.842/1994 prevê ações governamentais nas áreas de promoção e assistência social, saúde, educação, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça e cultura, esporte e lazer. Entretanto essa legislação não tem sido eficientemente aplicada, contribuindo para isto, dentre outros fatores, as contradições dos próprios textos legais, o desconhecimento do seu conteúdo e a

tradição centralizadora e segmentadora das políticas públicas acarretando a superposição desarticulada de programas e projetos voltados para um mesmo público.

A área de amparo ao idoso é um dos exemplos importantes, que requer a interdisciplinidade na ação pública, para que projetos implantados sejam articulados pelos órgãos de educação, de assistência e de saúde.

No que diz respeito à saúde, é dever do Estado garantir o direito a todos, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (art.196, CF 1988). No Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.741/2003) é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto contínuo e articulado das ações e dos profissionais, para a prevenção, proteção, recuperação e promoção da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam especialmente esse segmento da população.

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde objetiva estabelecer no território nacional uma rede pública regionalizada e hierarquizada, de acordo com os princípios constitucionais de universalização, integralidade da atenção, participação social, descentralização e igualdade no direito de acesso de todos os cidadãos às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade. A rede privada pode participar de forma complementar do SUS, com preferência para entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. A atividade privada é livre, apesar de submetida à regulação, fiscalização e controle do Estado, uma vez que as ações e serviços de saúde são considerados como de relevância pública pelo texto constitucional.

A garantia de saúde para todos, preconizada na Constituição Federal de 1988, está diretamente relacionada à implantação e implementação do SUS e ao cumprimento de seus princípios e diretrizes por todos profissionais e órgãos envolvidos.

Para Castro (2005) a interdisciplinaridade na área da saúde passa pelo conceito de saúde: do latim etimologicamente “salus” quer dizer são, inteiro, salvo e salvação. Dessa palavra derivam salus, solidus e soldus, que significa solda e soldado, quer dizer o que é uma única peça, inteiro, completo. Em suas origens gregas o significado entre outros é de inteiro, intacto, real, em suma, integridade. Portanto saúde não permite fragmentação em física, mental e social.

A interdisciplinaridade parte de uma visão holística que em tese supõe entendê-la na interface de uma grande diversidade de disciplinas. Ela possui como princípios a convivência e as trocas com a sociedade, chegando às equipes de saúde no bojo da discussão dos direitos da cidadania e na busca de modelos de atenção que atendessem às demandas sociais de forma menos fragmentada. Como relata Castro (2005) a polissemia do termo saúde leva a uma questão epistemológica crucial, de que nenhuma disciplina por si só dá conta desse objeto.

Atualmente o Conselho Nacional de Saúde reconhece 14 categorias profissionais que compõem o quadro da saúde, dentre elas, assistente social, enfermeiro, biólogo, fisioterapeuta, médico e psicólogo.

Na condição de prática coletiva no nível da pesquisa propriamente dita, requer desses profissionais que sejam altamente qualificados, abertos ao diálogo, capazes de reconhecer aquilo que lhes falta, e que podem ou devem receber dos outros. Essa atitude de abertura é adquirida no decorrer do trabalho em equipe, onde as diversas interpretações possam interpenetrar-se com vistas a uma melhor compreensão do objeto a ser estudado.

Nicolescu (1997) conceitua interdisciplinaridade como a interação e reciprocidade de diferentes disciplinas cujo propósito é restabelecer o diálogo entre elas através de intercâmbios de

conteúdos e métodos, cooperação esta que pode se manifestar num grau de pura aplicação, como num grau epistemológico ou até de criação de novas disciplinas. Assim, esta prática constitui-se numa forma de melhor atenção à saúde do idoso, visto que a população idosa exige um tratamento concomitante de aspectos individuais e coletivos, subjetivos e objetivos, de condições de educação, de vida, de capacidade de ação e de possibilidades de expressão, de rompimento da exclusão e de mudanças de significado da inclusão. No mundo atual não cabe resolver uma situação isolada e ir somando soluções para resolvê-la, mas promover uma interação entre as partes e desta forma conferir maior integridade, equidade e dignidade ao cuidado de saúde do velho.

2.3.1 Equipe interdisciplinar no atendimento ao idoso

A palavra velhice é carregada de inquietude, de fragilidade e às vezes de angústia. Existem muitas crenças ou estereótipos da velhice que podem variar de cultura para cultura. As transformações decorrentes dessa etapa da vida acrescidas por idéias negativas levam a desvalorização do próprio indivíduo.

A equipe interdisciplinar tem por responsabilidade romper com os estereótipos e barreiras que limitam a participação do idoso no meio em que vive. Os profissionais podem ajudar em muitas situações, seja como modelo, como representante dos valores sociais, seja como relacionamento significativo, já que nem sempre a relação entre profissional e o idoso precisa ser formal e distante.

A interdisciplinariedade pode ser entendida como a relação de reciprocidade, de mutualidade, um regime de co-propriedade, possibilitando o diálogo, onde as diversas disciplinas levam a uma interação, a uma intersubjetividade, condição para a efetivação do trabalho interdisciplinar. Ela tem por finalidade a unidade do saber, caracterizando-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto (SÀ, 2000). Ela exige que cada especialista ultrapasse seus próprios limites, abrindo-se às contribuições dos demais; substituindo a concepção fragmentada pela unitária do ser humano.

Segundo Doll (2004), cada profissão traz sua própria trajetória histórica e necessita desenvolver uma abertura ao diálogo nas formas de comunicação e graus de comunicação. O diálogo é o propulsor para o trabalho em equipe. Santomé (2000) confirma a importância do diálogo para estabelecer uma interação entre dois ou mais profissionais no compromisso de elaborar um contexto mais geral, no qual cada especialista em contato possa depender claramente um do outro, resultando em intercomunicação e enriquecimento recíproco. Assim, a interdisciplinariedade implica na reunião de estudos complementares de diversos especialistas em um contexto mais coletivo.

A relação entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento e com envolvimento na área da gerontologia, tem potencial para a mobilização de idosos e da sociedade para que desenvolvam sua sensibilidade em relação ao contexto histórico e às tendências, para um entendimento crítico da filosofia do Estatuto do Idoso, pela compreensão da concepção de envelhecimento predominante na sociedade, e para que diversos especialistas possam transformá-la, contribuindo para a consciência da necessidade de oportunizar atividades educativas para os idosos.

2.3.2 Contribuições da fisioterapia numa visão gerontológica

A história da humanidade demonstra que tudo se processa dentro de um contexto, que se desenvolve a cada dia e determina fatores de transformações que definem a influência do ser humano no meio em que vive. A fisioterapia, como ciência que lida com o movimento, nos vem dizer que nem tudo para esta profissão é estático, nela tudo se transforma, e que está pronta para se adaptar aos diferentes tipos de situações impostas pelo meio em que vivemos.

Segundo Rebelatto e Botomé (1999), a fisioterapia não é considerada uma área de conhecimento, e sim, um campo de atuação profissional, apesar do objeto de trabalho ser o movimento dos organismos e suas variáveis.

O fisioterapeuta pode ser definido como um profissional de nível superior da área da saúde, autônomo, que atua isoladamente ou em equipe em todos os níveis de assistência à saúde, incluindo a prevenção, desenvolvimento, promoção, recuperação e tratamento da saúde em indivíduos, comunidades ou grupos de pessoas. É considerado o profissional que cuida da saúde da população com ênfase no movimento e na função, tratando, prevenindo e recuperando disfunções e doenças, tendo como seu objeto de trabalho a saúde funcional (BARROS, 2003).

O gerontólogo com formação de base em fisioterapia, é aquele profissional da área da saúde, que estuda os fenômenos fisiológicos, psicológicos e sociais relacionados ao envelhecimento, atuando na saúde funcional do idoso mediante capacitação ética, técnico-científica e política, contribuindo plenamente para a melhoria do processo de envelhecimento da

população brasileira. Ele é um agente da saúde, multiplicador e transformador, de grande relevância nas equipes multidisciplinares e interdisciplinares que atuam junto ao idoso.

Cabe ao fisioterapeuta com formação gerontológica romper com a visão endógena da sua categoria profissional, ampliando seu olhar para o contexto social e para as refrações da questão social. Para Yamamoto (2001), a questão social refere-se ao conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que em suas múltiplas expressões provocam a necessidade da ação profissional do assistente social junto à criança, ao idoso, ao adolescente, às situações de violência contra a mulher, à luta pela terra e etc., e na formulação e gestão das políticas públicas.

O contexto social faz parte do contexto em que os profissionais estão inseridos, entre os quais aqueles vinculados à saúde. No entanto, as formações profissionais fragmentadas e hegemônicas da cada área, muitas vezes o fazem invisível. O profissional acaba por não estar preparado para lidar com as expressões que impõem e condicionam fenômenos que precisam ser enfrentados a partir de uma ótica de atenção integral, da interdisciplinariedade, para criação do vínculo profissional com o conjunto indivíduo/ família/ comunidade.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde e assistência por parte dos idosos é uma das expressões da questão social que requer comprometimento do assistente social e a articulação com outras profissões como o para o atendimento das necessidades integrais da população idosa. Diante das consequências da exclusão social do idoso, que se concretiza nas diferentes expressões da questão social, coloca-se a exigência de um compromisso com a saúde, a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, com garantia dos direitos civis, sociais e políticos dos idosos como preconiza o projeto ético-político do Serviço Social (IAMAMOTO, 2001).

Para Vasconcelos (2006), a realidade brasileira é uma realidade complexa e contraditória que exige um posicionamento ético de todos os cidadãos. Tal realidade “demanda profissionais comprometidos em reforçar a vinculação entre a ética, vida social, política e vida profissional”.

O mundo contemporâneo exige uma mudança no perfil dos profissionais que trabalham com políticas públicas, dentre eles o fisioterapeuta. Iamamoto (2001) argumenta que o profissional do Serviço Social deve ser propositivo e não só executivo, com capacidade de decifrar a realidade, construindo propostas de trabalho criativas e coletivas capazes de contribuir para preservação e ampliação de direitos, a partir de demandas concretas que emergem no cotidiano. O fisioterapeuta também deve ir além da reabilitação, ou do enfoque curativo, mas atuar dentro da prevenção e promoção da saúde, criando planos de atendimento a partir da realidade do sujeito.

No entanto, há necessidade de que se reconheça e consolide a relevância do trabalho de algumas áreas profissionais em ações preventivas de saúde e que se amplie a sua participação em programas de cunho educativo. É o caso da fisioterapia, que preencheria uma grande lacuna, principalmente pela falta de profissionais desta área na equipe interdisciplinar da política de assistência social, no que diz respeito à qualidade de vida das pessoas na terceira idade.

Desde a criação da profissão de fisioterapeuta no Brasil, as ações destes profissionais passaram pelo processo de mudança para acompanhar um novo contexto epidemiológico e o progresso das ciências médicas. Surge então a necessidade deste profissional participar de programas preventivos, em especial os de atenção primária em saúde, contribuindo para preservar a função motora e promover o adiamento da instalação de incapacidades decorrentes do processo de envelhecimento. Sua participação é importante nas equipes interdisciplinares, na medida em

que pode contribuir para a formação educacional no que se refere ao envelhecimento, auxiliando todos a melhor compreenderem os limites e as possibilidades da saúde funcional do idoso, como também a cuidarem da própria saúde, através de ações coletivas e individuais.

3 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Ao abordarmos o assunto deste trabalho nos perguntamos: Como a fisioterapia pode contribuir para a promoção de uma maior autonomia e melhora da saúde dos idosos? A partir do problema de pesquisa apresentado elaboramos as seguintes questões norteadoras:

3.1 Questões norteadoras

Como a equipe profissional compreende o trabalho do fisioterapeuta e o processo de envelhecimento?

Que estratégias a equipe profissional e os idosos do Centro de Convivência Nascer do Sol estão utilizando para melhoria da autonomia e saúde de vida na terceira idade?

Como os idosos avaliam o trabalho do fisioterapeuta e o processo de envelhecimento?

De que forma as características e a trajetória de vida dos idosos que freqüentam o Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol e o Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas influenciam no processo de envelhecimento?

Qual a contribuição do fisioterapeuta na equipe interdisciplinar para autonomia e saúde dos idosos?

4 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado a partir de um enfoque dialético crítico. Neste enfoque, o ser humano é visto como um ser integral, histórico e social, resultante do meio em que vive. Todo ser humano é um sujeito em processo, um sujeito em autoconstrução.

O ser humano é um “ser” sujeito e, por isso, construtor, sendo o seu processo de conhecimento não imediato e, sim gradual, acumulativo e permanente, independente da idade (TRIVIÑOS, 1987). A sociedade contemporânea valoriza a razão e a tecnologia, rotula com facilidade os seres humanos e, principalmente os idosos, pois os considera improdutivos e de alto custo para o sistema capitalista.

O processo de envelhecimento é incessante, contínuo e permeado por diversas contradições. Ele é único a cada sujeito de acordo com o contexto em que está situado, com a totalidade do envelhecimento e dependendo de como é superado os tensionamentos e contradições que compõem esse cenário. Para Ferreira apud Prates (2005), dialética e ou dialético concerne à arte do diálogo, onde todo processo é incessante, progressivo, movido por oposições violentas e que avança por rupturas. Nesse sentido a velhice faz parte desse processo, como todo o desenvolvimento humano e a sociedade.

A abordagem dialética significa o modo de pensar as contradições da realidade, compreendendo-a como essencialmente contraditória e em transformação, tendo como preocupação conhecer a realidade sobre o mundo da aparência e desvelar o mundo real por meio da compreensão do fenômeno, atingindo sua essência (KONDER, 1992). Ela também fornece bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, estabelecendo o entendimento

dos fatos sociais sem abstraí-los de suas influências políticas, econômicas, culturais etc (GIL, 1999). Assim o pesquisador é um descobridor do significado das ações, reações e relações impressas na realidade por ele instigada.

A abordagem em questão, contemplou categorias que compõem o método dialético crítico; são: contradição, historicidade e totalidade.

A contradição na visão de Triviños (2001) é considerada a fonte interior do fenômeno em seu processo de movimento e desenvolvimento. A mudança dos fenômenos e seu desenvolvimento são atribuídos à contradição exterior, oriunda entre os fenômenos, e à contradição interior, primazia no processo de desenvolvimento do fenômeno.

A contradição revela uma condição de conflito real, onde a transformação somente torna-se possível porque, em seu interior, coexistem forças que são antagônicas, interadas constantemente a unidade e a oposição. É nessa sucessão de fenômenos que a contradição mostra-se ou se oculta, constituindo um momento conceitual explicativo mais amplo e propulsor do desenvolvimento.

A categoria historicidade permite entender e acompanhar os processos de transformações históricas. É nela em que o indivíduo descobre-se como produtor e reproduzidor de sua própria história. Conforme Mendiondo (1996), mulheres e homens fazem a história, da qual participam num movimento social permanente. Para cada geração existe um tempo diferente; uma após outra, constrói e reconstrói a história, sendo a superação, uma possibilidade normalmente alcançada. Kosik (1995) estabelece duas premissas: a primeira diz que a história é criada pelo próprio homem; a segunda expressa que nesta criação existe uma continuidade.

Então, podemos dizer que a história e a vida cotidiana se fundem num único processo. Portanto, o indivíduo é responsável pela história que está construindo.

A totalidade utilizada como um instrumento interpretativo visa compreender as diferenças que compõem as partes e sua semelhança com o todo, encontrando a explicação do particular no geral e vice-versa.

Na visão de Oliveira (1990), a totalidade é subentendida como o conjunto de necessidades e possibilidades humanas exercidas de modo integrado, quando o lado sensível e o racional da consciência não comparecem fragmentados. O sujeito é autoconsciente, seja na plenitude ou na adversidade da condição existencial. A articulação das esferas subjetivas e objetivas; das prerrogativas da sensibilidade e da racionalidade, da dupla condição do indivíduo particular, e de ser genérico, implica determinar os parâmetros de sua ação e nesta se autodetermina, se emancipa. Para Kosik (1989) a totalidade significa “realidade como um todo estruturado, dialético, no qual, ou do qual um fato qualquer, pode vir a ser racionalmente compreendido”. A compreensão dialética da totalidade significa um todo articulado e conectado, onde a relação entre as partes altera o sentido do todo e de cada parte. Portanto, analisar um fenômeno, à luz da totalidade conforme Prates (2003), é problematizar os fatos de forma inter-relacionada, buscando as determinações que uns possuem sobre os outros para melhor interpretar a realidade.

Além das categorias teóricas do método, acima referidas, se faz necessário ressaltar as categorias teóricas explicativas da realidade: envelhecimento, interdisciplinaridade, autonomia e saúde; já conceituadas no corpo do trabalho.

4.1 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos entrevistados na pesquisa foram 09 integrantes da equipe profissional, 18 idosos integrantes do Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas e 08 idosos pertencentes ao Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol. Todos pertencentes ao Centro Regional Noroeste da FASC em Porto Alegre - RS, totalizando um universo de 35 sujeitos.

A equipe profissional do Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol é constituída por 01 coordenadora pedagoga e gerontóloga social, 01 assistente social, 01 professora de educação física e gerontóloga social, 02 monitores (masculino e feminino), 01 auxiliar de serviços gerais, 01 cozinheira, 01 auxiliar de cozinha, 01 nutricionista, 01 gerente administrativo, 01 assistente de gerência administrativa, 02 oficineiros (masculino e feminino), 01 secretária e 01 supervisor técnico da FASC. Destes 15 profissionais, somente 13 lidam diretamente com os idosos e os outros 02 com a parte da gerência administrativa e por isso não fizeram parte do processo de entrevista. No entanto, encontrou-se participativos e conscientes de todo o desenvolvimento do projeto mediante reunião técnica semanal.

Dos 13 profissionais foram entrevistados 09, sendo 02 do sexo masculino e 07 do sexo feminino. Os outros 04 não foram entrevistados por motivos diversos, dentre os quais, a falta de tempo em função da grande demanda de trabalho, licença saúde e mudança constante dos recursos humanos.

O Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas é constituído por 25 idosos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, moradores do Bairro Jardim Floresta. Destes 25, foram entrevistados 18 idosos lúcidos orientados e coerentes³, sendo 17 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Os outros 07 não foram entrevistados por motivos diversos, dentre os

quais a falta de interesse em participar da entrevista e a internação hospitalar por motivo de pneumonia e infarto do miocárdio.

O grupo de idosos pertencentes ao Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol conta com 20 anciões cadastrados, embora o Centro tenha capacidade para atender 25 idosos. Destes 20 idosos, 10 faleceram por situações diversificadas, tais como infarto do miocárdio, edema pulmonar, pneumonia e infecção generalizada, e 02 não têm comparecido ao Centro de Convivência. Por conseguinte, foram entrevistados somente 08 idosos, lúcidos orientados e coerentes (LOC) ³, sendo 05 do sexo feminino e 03 do sexo masculino, com idade igual ou superior a 60 anos, compreendendo a totalidade dos idosos.

4.2 Tipo de pesquisa

O estudo foi do tipo pesquisa-ação, de natureza qualitativa, onde todos os entrevistados participaram de todas as etapas do processo da pesquisa juntamente ao pesquisador, partindo das necessidades reais do contexto em que estão inseridos para ações concretas de reflexão, de conscientização e de participação dentro de uma perspectiva de transformação da realidade social. Segundo Thiollent (1998), uma pesquisa pode ser qualificada de pesquisa-ação, quando existir ação por parte das pessoas ou grupos implicados no problema sob observação. Ela é uma

³ O termo lúcido orientado e coerente (LOC) é comumente usado nos prontuários hospitalares para definir um indivíduo em estado claro de consciência em plena posse dos próprios sentidos, com capacidade de determinar a própria relação com o ambiente ou com determinado aspecto do mesmo, como tempo, pessoa ou lugar, com faculdade consciente de conhecer, de adquirir ou ter noção das idéias ou percepções, inclusive de raciocinar (MAYEROVICH, 2001).

estratégia metodológica da pesquisa social que busca resolver ou esclarecer os problemas da situação observada, valorizando não só os resultados da ação, mas todo conhecimento e consciência adquiridos por parte dos pesquisadores e pesquisados.

Na pesquisa-ação ocorre uma interação entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada. Nela, o objeto de investigação não é constituído pelas pessoas, mas pela situação social e pelos problemas de diferentes naturezas encontrados nesta situação. Para Brandão (1988) a pesquisa-ação visa facilitar a aquisição de uma consciência crítica e de um conhecimento do processo de transformação pelo grupo que está vivenciando este processo, para que ele possa assumir seu papel de ator social.

A compreensão do mundo vivencial das pessoas envolvidas no processo social é primordial, uma vez que a finalidade da pesquisa de natureza qualitativa é explorar o espectro de opiniões e as diferentes representações sobre o assunto em pauta para maximizar a oportunidade de compreender as diferentes posições tomadas pelos membros que compõem o meio social em questão (GASKELL, 2002). Quando conhecemos o universo com o qual estamos trabalhando torna-se possível um melhor equacionamento dos problemas de aproximação à realidade social, de inserção dos pesquisadores e suas formas de intervenção. Criam-se oportunidades que favorecem estudar os problemas, as ações, as decisões, os conflitos e as tomadas de consciência que ocorrem entre os agentes durante o processo de transformação da situação.

4.3 Procedimentos, instrumentos e técnicas de coleta de informações

O trabalho foi desenvolvido dentro do método dialético crítico, de pesquisa do tipo pesquisa-ação de natureza qualitativa num processo de construção permanente e não somente com vistas ao produto final.

Para que melhor possa ser entendido, o processo de construção do projeto foi descrito por etapas, como segue:

1ª Etapa: Implantação

A pesquisadora estabeleceu um primeiro contato com a direção do Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol para verificar a possibilidade de realizar a pesquisa de mestrado.

No primeiro momento, fez uma aproximação com o contexto institucional para apreensão das demandas do cotidiano. Participou de reuniões semanais com a equipe profissional e com o grupo de idosos num período de 1 ano e 6 meses. Durante este período, foi discutindo sobre as demandas dos profissionais e dos idosos, conteúdos a serem elaborados no formulário e participando de eventos, dentre eles, o aniversário de trinta anos do Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas e chás de confraternização. Neste contexto o projeto foi sendo elaborado.

O encaminhamento do projeto para autorização da FASC (Fundação de Assistência Social e Cidadania) foi sugestão da sua equipe técnica e da coordenação do Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol para reconhecimento do mesmo. O processo para obtenção da autorização levou 4 (quatro) meses devido a trâmites burocráticos e pelo pioneirismo do trabalho, visto o projeto de pesquisa ser o primeiro a ser executado na Fundação e por profissional não pertencente ao seu quadro de pessoal.

Nesta etapa o projeto passou pela aprovação da Comissão Científica do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (anexo 2) e, posteriormente, do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (anexo 3). Cabe ressaltar a importância do Termo de Consentimento, firmado por acordo escrito pelos participantes da pesquisa, evitando futuros desentendimentos jurídicos e pessoais, bem como da Autorização da FASC (Fundação de Assistência Social e Cidadania) para a realização da pesquisa dentro da Instituição (anexo 1), dos Pareceres da Comissão Científica e do Comitê de Ética aprovados. Após os Pareceres de aprovação do projeto, deu-se início a 2ª etapa da pesquisa.

2ª Etapa: Execução:

1ª Parte: Diagnóstico

A coleta de informações foi realizada por entrevista estruturada através de um formulário com perguntas fechadas e abertas (Apêndice A e B), aplicada individualmente nos idosos e nos membros da equipe profissional. Cada um deles foi submetido a uma só entrevista no período da pesquisa.

As entrevistas individuais foram realizadas durante um período de dez semanas, de segunda a sexta-feira com horário marcado, com duração prevista de 30 minutos nas dependências do Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol e do Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas.

A escolha por essa técnica e instrumento se deve pela interação da pesquisadora com os entrevistados, favorecendo a captação da informação desejada com esclarecimentos imediatos.

Também atinge informantes que não poderiam ser atingidos por outros tipos de investigação, como é o caso dos analfabetos.

A entrevista estruturada é aquela em que o entrevistador segue uma relação fixa de perguntas, cuja ordem e redação permanecem invariáveis para todos os entrevistados. O motivo desta padronização é obter uma comparação entre as respostas às mesmas perguntas, visando identificar semelhanças e diferenças entre os entrevistados. A lista de perguntas é comumente chamada de formulário (Gil, 1999; Lakatos e Marconi, 2002; Dionne e Laville, 1999). As entrevistas foram gravadas e transcritas para melhor fidedignidade das respostas. Cabe salientar que o instrumento (Formulário) passou por uma prova preliminar antes de ser aplicado definitivamente. Segundo Gil (1999), Lakatos e Marconi (2002), essa prova é chamada de pré-teste.

O pré-teste serve para evidenciar possíveis falhas existentes: ambigüidade ou linguagem inacessível; complexidade e inconsistência das questões; constrangimento ao informante, exaustão etc.; com vistas ao aumento da precisão e da validade do instrumento. No entanto, para que sua aplicação seja eficaz é necessário que os elementos selecionados sejam típicos em relação ao universo e que aceitem dispensar um tempo maior que os respondentes definitivos, pois terão que ao final da entrevista expor as dificuldades encontradas.

Ainda nesta etapa do desenvolvimento da pesquisa, foi utilizada história oral na forma de depoimento, tendo em vista os relatos das experiências de vida, expressados durante a entrevista terem sido ricos. Negar as experiências oriundas dos sujeitos atores é deixar de conhecer as necessidades das relações sociais com as quais estamos intervindo.

Dentre as formas de história oral, o depoimento é usado para preencher as lacunas deixadas pelas fontes escritas. Ele favorece o desenvolvimento de processos sociais,

especialmente porque contribui para a recuperação da identidade de grupos e transformação social, principalmente quando trabalhados em processos de memória.

O depoimento, para Rojas (1994), é o conjunto de vivências, emoções e experiências das pessoas que não está nos documentos e que tem um valor inestimável na transmissão, conservação e difusão dos conhecimentos. Ele propicia colocar em palavras as emoções e ações próprias ou alheias vivenciadas por cada indivíduo, que conta suas experiências e vivências como as tem sentido, relata a sua cotidianidade na forma por ele vivenciada ou o legado de antepassados como os entendeu. Cabe lembrar que os depoimentos dos idosos e da equipe profissional fizeram parte dos três momentos da pesquisa (implantação, execução: diagnóstico, intervenção e avaliação).

A história oral, conforme Ferreira (1994), consiste numa técnica que explora as relações entre história e memória. Enquanto história busca produzir um conhecimento racional, uma análise crítica, através da exposição lógica de acontecimentos e experiências do passado, a memória, que também é construção do passado, se pauta em emoções e vivências, portanto é mais flexível, na medida em que os eventos são lembrados a luz das experiências subseqüentes e das necessidades do presente.

Técnica que merece destaque é a observação participante do tipo artificial com uso de diário de campo, pois foi utilizada em todas as etapas da construção do projeto e sem a mesma perderíamos a essência do cotidiano estudado. Segundo Gil (1999), a observação participante do tipo artificial consiste na integração do observador com a comunidade ou grupo com a finalidade de obter informações da realidade mediante o uso do diário de campo. Para Vitoria (2000), o diário é um registro fiel e detalhado de cada visita a campo, independente de terem sido usadas outras técnicas de pesquisa. Nele é possível registrar cronologicamente as atividades

desenvolvidas. Muitas vezes as informações contidas neste instrumento propiciam subsídios para analisar os dados coletados de outra forma.

2ª Parte: Intervenção

Inicialmente houve a devolução do diagnóstico da pesquisa a partir das entrevistas realizadas com os idosos e com a equipe técnica. Partindo do diagnóstico, oportunizou-se a concordância com o mesmo e o agendamento das atividades.

Atividades Previstas:

As atividades previstas foram administradas primeiramente para os idosos e posteriormente para a equipe técnica, visando favorecer a melhor abstração dos conteúdos, com ênfase às necessidades de cada grupo relatadas nas entrevistas previamente efetuadas.

A partir das demandas dos idosos e da equipe profissional foram realizadas palestras e demonstrações práticas com temas relacionados ao estudo (ex: fisioterapia, terceira idade, interdisciplinaridade, saúde) para que os sujeitos envolvidos adquirissem novos conhecimentos e valores, e refletissem sobre novos projetos de vida com saúde.

Os enfoques trabalhados com os idosos e com a equipe profissional constam descritos e analisados no item 5.0 da dissertação. Cabe ressaltar que a intervenção fez parte de todo projeto.

3ª Parte: Avaliação

Na última etapa do estudo foi realizada uma técnica grupal de encerramento e avaliação do trabalho desenvolvido. A técnica “Balão na Roda” foi utilizada para finalizar as atividades, instigando o grupo a refletir sobre o trabalho realizado, avaliando a importância de sua realização para a vida profissional e/ou pessoal. Ela consiste na colocação de mensagens dentro de balões,

que ao som da música são jogados para cima e devem ser tocados por todos na tentativa de não deixá-los cair.

Ao término da dinâmica, solicitou-se que cada integrante pegasse um balão de cor diferente do qual colocou sua mensagem e se posicionasse em círculo. Com uma música relaxante iniciou-se um trabalho respiratório lento para favorecer o descanso e aos poucos os balões foram estourados. As mensagens foram lidas aos participantes, promovendo uma reflexão coletiva dentro do grupo. Também puderam ser escutadas com os olhos fechados, incentivando nesse momento uma breve avaliação. Finalizou-se a execução da técnica, falando da importância do trabalho em equipe e da cooperação de todos os envolvidos no processo, motivando-os à continuidade do trabalho. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2001). Optou-se por utilizar essa técnica, por julgá-la motivadora e facilitadora do processo de abstração dos resultados do trabalho interdisciplinar e com os idosos.

4.4 Procedimento de análise das informações coletadas

Ao término do período de coleta de informações foi iniciado o processo de análise do material. Para análise do material qualitativo, usou-se análise de conteúdo. Segundo Chizzotti (1995), a análise de conteúdo é um método de tratamento e análise de informações, colhidas por meio de técnicas de coleta de informações, consolidadas em um documento. Esta técnica pode ser utilizada para a análise de qualquer texto escrito ou comunicação seja oral, gestual, virtual, desde que sistematizadas em um documento. Com base na análise de conteúdo de Laurence Bardin (1979), o processo se estabeleceu nos seguintes pólos:

1. Pré-análise, que consistiu na operacionalização e sistematização das idéias iniciais, de forma a conduzir a um esquema preciso num plano de análise. Ela consiste na organização propriamente dita;
2. Formulação das questões norteadoras, dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final;
3. Exploração do material, que consiste essencialmente em operações de codificação, enumeração, em função de regras previamente formuladas;
4. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que consistiu em tratar os resultados brutos de maneira a significar a pesquisa. O analista, tendo a sua disposição resultados significativos e fideis, pode, então, propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

Ao término das transcrições das fitas, das intervenções com os idosos e com a equipe profissional, e da avaliação, realizou-se sucessivas leituras, visando aprofundar os conhecimentos para melhor embasar a pesquisa.

Da análise emergiram as categorias: características da equipe profissional; dando voz à equipe profissional: compreensão do processo de envelhecimento; influencia da família na saúde e na autonomia do idoso: percepção da equipe profissional; fisioterapia sob a ótica da equipe profissional; características dos idosos; hábitos dos idosos em relação a saúde; contribuição da fisioterapia na promoção da autonomia e saúde dos idosos; dando voz aos idosos: percepção de processo de envelhecimento; autonomia e saúde; idosos e relações familiares: indícios de

violência; redes sociais; redes sociais na promoção da autonomia e saúde em idosos; acesso à informação sobre direitos dos idosos.

5.0 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO: RESULTADOS DA PESQUISA

5.1 DIAGNÓSTICO (1ª PARTE DA 2ª ETAPA)

Numa tentativa de não identificar as pessoas participantes, utilizou-se a letra E para os sujeitos da equipe profissional e a letra I para os idosos, acompanhadas de números consecuentes ao seguir das entrevistas. Para diferenciar os grupos de idosos usou-se as siglas IG para os integrantes do Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas e IC para os componentes do Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol.

5.1.1 Características dos integrantes da equipe profissional

Dentre os 09 entrevistados, a faixa etária variou de 25 a 54 anos, com uma diversidade no grau de escolaridade; 03 (33,33%) profissionais possuem o ensino superior completo, 01 (11,11%) profissional tem o ensino superior incompleto, 02 (22,22%) profissionais com o ensino fundamental completo e 03 (33,33 %) profissionais com o ensino médio completo.

Quanto à naturalidade, 08 são do Rio Grande do Sul, sendo 07 (77,77%) dos entrevistados naturais de Porto Alegre e 01 (11,11%) natural de Alegrete. O outro profissional é natural da Bahia, mas não lembra o nome da cidade de origem.

Tabela 1

Caracterização da equipe profissional segundo sexo, faixa etária, grau de escolaridade e naturalidade.

CARACTERÍSTICAS		SEXO		TOTAL	
		Feminino	Masculino		
		Nº.	Nº.	Nº.	%
Faixa etária	25 – 34 anos	3	1	4	44,44
	35 – 44 anos	2	1	3	33,33
	45 – 54 anos	2	0	2	22,22
Grau de escolaridade	Ensino fundamental completo	0	0	0	00,00
	Ensino fund. Incompleto	0	0	0	33,33
	Ensino médio completo	2	1	3	33,33
	Ensino médio incompleto	3	0	3	22,22
	Ensino superior completo	2	0	2	11,11
	Ensino superior incompleto	0	1	1	11,11
	Naturalidade	Porto Alegre	5	2	7
	Alegrete	1	0	1	11,11
	Bahia	1	0	1	11,11

5.1.1.1 Dando voz à equipe profissional: compreensão do processo de envelhecimento

O envelhecimento do ser humano é um processo natural, individual e contínuo que inicia na sua concepção e vai até a morte. Para Schaurich (2004), o envelhecimento pode ser definido como um processo que ocorre em cada pessoa, individualmente; que depende de fatores culturais, sociais, históricos e genéticos, que vão influenciar uma sociedade como um todo.

A velhice é uma das fases do ciclo vital do ser humano. Segundo Néri (2006), a velhice é um período fisiológico e comportamental normal e distinto do ciclo vital.

Nas entrevistas realizadas com a equipe profissional foi possível detectar a confusão estabelecida entre os conceitos de velhice e processo de envelhecimento, porém os fatores decorrentes da velhice, como aumento do número de doenças crônicas, diminuição auditiva e visual, diminuição da estatura e outros, são identificados corretamente, bem como, os fatores que aceleram o processo de envelhecimento, dentre eles, o sedentarismo e o consumo exacerbado de álcool e/ou fumo.

A maioria dos depoentes (77,77%) percebe-se como velhos, apesar de nenhum deles encontrar-se na idade cronológica atribuída à velhice. Conforme a Lei n. 10741/2003 do Estatuto do Idoso, a pessoa idosa é aquela com idade igual ou superior a 60 anos (ABREU, 2004).

O modelo médico define os problemas básicos da velhice, tanto biológico como social, associando enfermidade à velhice, fazendo a sociedade manter uma imagem patológica da velhice (NERI et al, 2006). A velhice entendida como sendo a totalidade interativa que inclui as dimensões biológica, psíquica, cultural e existencial, apresenta-se fragmentada, vinculada somente à dimensão biológica, mais especialmente ao corpo doente.

As falas a seguir denunciam a associação entre velhice e doença, onde os atendimentos prestados às pessoas idosas estão correlacionados à condição de enfermidade.

“O idoso precisa de atendimento quando começa a sentir algum problema no corpo. Idoso com doença.” (sujeito 1E)
 “Me sinto velha quando não tenho força para levantar da cama” (sujeito 6E)
 “Acho que necessita de atendimento quando está doente” (sujeito 5E).
 “Todas as fases da vida necessitam de atendimento. As pessoas menos assistidas necessitam muito mais, principalmente quando o corpo adocece” (sujeito 8E).

O envelhecimento provoca no indivíduo a diminuição da plasticidade comportamental, o aumento da vulnerabilidade, o acréscimo de perdas evolutivas e o aumento da probabilidade de morte. No entanto, cabe ressaltar que o envelhecimento não é sinônimo de doença.

O fato de adoecer não está relacionado ao fato de envelhecer, depende muito mais de fatores ambientais, socioeconômicos e psíquicos do que da própria idade cronológica (BALBINOTTI, 2003). Cada indivíduo envelhece à sua maneira, podendo levar uma vida ativa e sadia, ou parar de viver, apenas sobreviver. Desta forma, podemos dizer que saúde e doença estariam relacionadas ao modo de envelhecer de cada cidadão.

Os idosos do Centro necessitam de atendimento quando estão sozinhos, isolados em casa para terem convívio com outras pessoas. Quando o indivíduo deixa de trabalhar fica muito estagnado, precisa tocar sua vida independente dos problemas. Tem que retomar sua vida e tentar manter a mente ocupada, socializando-os ao máximo possível. Também quando não tem saúde. Quando tem limitações físicas (sujeito 2E).

Nesta fala, é salientada a importância de uma ocupação para preencher a mente e ampliar o contato social. Corrêa (2004) afirma essa necessidade dizendo que a ocupação é o

melhor médico, e é essencial para proporcionar a felicidade humana. A mente deve ser distraída eventualmente para que possa oferecer o melhor para pensar. Assim, a inter-relação de trabalho, saúde e lazer foi reconhecida há, pelo menos, 2000 anos atrás, quando a ocupação passou a ser vista como fonte de prazer ou como um requisito de sobrevivência.

O idoso necessita de tudo para ter qualidade de vida. Nós trabalhamos na área da assistência social. Tudo que está dentro da assistência podemos buscar. O que diz respeito a saúde não é conosco, tem que encaminhar para saúde. Temos idosos hoje entrando num processo de dependência que vão precisar da saúde. A saúde é essencial. Tivemos um caso com uma idosa de classe média, classe boa, estando em estado de negligência, de vulnerabilidade muito maior que os que recebem BPC. A negligência não é só porque é pobre e não tem comida. Muitas vezes é melhor estar no Centro de Convivência do que com a família. Nestes casos pensa-se em asilamento... No caso necessita ver toda trajetória de vida da família. A filha cuida do marido doente, filho excepcional e da mãe que não foi boa para essa filha no passado... A vulnerabilidade da idosa tá relacionada a falta de comunicação dentro de casa... Na casa da filha, dorme no chão da sala, mesmo a casa tendo mais cômodos. Falamos com a família e agora ela está ficando uma semana na casa da filha, outra na casa do sobrinho (suj. 3E).

Fica nítida neste relato a perda do espaço de identidade da idosa que fica “pipocando” de um lado para o outro, a negligência afetiva com danos à identidade de sujeito e/ou de membro da família e no seu desenvolvimento como pessoa. Muitos idosos experimentam a solidão pelo isolamento social e emocional oriundos de rompimentos de vínculos afetivos provocados durante a sua própria vida pregressa, Herédia e Casara (2002) afirmam em seus estudos que as pessoas que foram autoritárias, agressivas, não assumiram as responsabilidades e compromissos com seus familiares, correm o risco de serem deixados de lado na terceira idade, principalmente quando se encontram em situação de dependência.

Para Grossi (2005), a violência intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas nas relações que se efetua e constrói. Também ressalta que a maioria

dos maus-tratos emocionais e/ou físicos ocorre na família, sendo a continuação de padrões estabelecidos no próprio seio familiar.

A violência contra o idoso pode ser definida como qualquer ação que cause dano físico, espiritual, emocional, e que em geral ocorre em uma relação de confiança (GABINET, 1996).

Existe uma insatisfação presente no cotidiano dos profissionais da área da assistência social em relação à atenção prestada aos idosos, pois há percepção de que não se dá conta de tudo, e muitas vezes, não se conclui a atenção satisfatoriamente, ou seja, a resposta que se dá aos problemas nem sempre é a melhor, nem sempre é integral. Nesse sentido, vincular à saúde com a assistência é essencial para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, principalmente na atenção primária a saúde. Um trabalho de prevenção evitaria o deslocamento dos idosos aos postos de saúde, hospitais e outros locais que prestam esse tipo de serviço. Certamente os processos de dependência física seriam evitados ou minimizados, prolongando a longevidade com qualidade de vida e reduzindo os custos financeiros com este segmento da população.

A estrutura dos serviços de saúde vem sofrendo constantes mudanças no processo de gerir a atenção aos usuários. Um dos recursos disponíveis no eixo da atenção primária à saúde (APS) é a intersetorialidade, cuja potência confere aos profissionais da saúde novas possibilidades de prestar assistência mais integral e de forma resolutiva, incrementando novas visões paradigmáticas a esses profissionais. A promoção da saúde, centrada na qualidade de vida, passa, assim, a ser desenvolvida com a centralidade no usuário e no seu envolvimento ativo num processo de educação em saúde para o autocuidado.

A intersetorialidade incorre, portanto, em mudanças na organização, tanto dos sistemas e serviços de saúde, como em todos os outros setores da sociedade, além da necessidade de revisão do processo de formação dos profissionais que atuam nessas áreas (JUNQUEIRA,

2000). Dessa forma, a equipe não deve ser mais entendida apenas como um conjunto de saberes que operam compartimentalizados, mas sim a partir de inter-relações que atuam em processos de trabalhos articulados entre si, passando-se a compreender que as inter-relações adquirem um caráter mais amplo, pois extrapolam o setor saúde e buscam novas parcerias com outras instituições em redes de atenção que auxiliem e garantam a eficácia na atenção à saúde dos usuários (JUNQUEIRA, 2000).

Intersetorialidade como eixo estruturante na atenção à saúde, muito se tem debatido acerca de novas propostas estruturantes para obter melhor desempenho em relação a resolutividade das ações de saúde que são ofertadas à população. Diversos autores têm contribuído significativamente para aprimorar o sistema de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. As contribuições vão desde a própria organização do setor de saúde (MENDES, 2002) e sua interlocução com outros setores da sociedade, até discussões sobre o modo de assistir as pessoas, seja pela prática individual ou coletiva, ou mesmo nas inter-relações que são estabelecidas entre os profissionais responsáveis pela atenção à saúde (CAMPOS, 2000).

A possibilidade de mudança é permeada por transformações no eixo filosófico que tem direcionado os sistemas de serviço de saúde, da concepção mecanicista de atenção, conhecido como modelo biomédico, para um referencial amplamente conhecido, a atenção primária à saúde.

Para Starfield (2002), a atenção primária prevê a resolutividade das necessidades de saúde, que extrapolam a esfera de intervenção curativa e reabilitadora individual através da promoção de saúde, prevenção de doenças e educação continuada.

Relativamente ao tipo de atendimento que os profissionais acreditam que os idosos necessitem e que não necessitem, verifica-se nas falas a seguir.

Nunca fazer por ele. Não fazer pelo idoso e sim deixar ele fazer sempre, o máximo possível, mesmo sendo um idoso que teve derrame não deve ser visto como um coitadinho. Ele tem que fazer por si. Ele é igual a gente e precisa fazer para saber que pode melhorar, que tem capacidade para melhorar. (suj. 2E)

“O idoso não precisa de excesso de proteção, de fazerem tudo por ele. O idoso precisa sentir-se valorizado” (suj. 9E).

Essas falas relatam que os idosos não necessitam que os super protejam, realizando as tarefas por eles. Este segmento da população deve ser estimulado como ator de suas próprias tarefas, mesmo que para executá-las possuam alguma dificuldade. Para Monteiro (2003), é importante diferenciar autonomia de independência física. A autonomia dentro de um conceito mais amplo, significa a condição de relação sujeito – sujeito, permitindo o respeito pelas capacidades do outro, enquanto independência física e/ou funcional é o ato de agir com o corpo em todos os sentidos, sem necessitar de auxílio de outrem. Faleiros (1999,2004) conceitua autonomia pelas representações de si mesmo mediadas pelas relações sociais e particularmente, culturais, e vividas contraditoriamente, vinculadas à disputa e a dominação racial, de cultura, de gênero, de visões de mundo, de valores, em que confrontam preconceitos, discriminações, desvalorizações, desmotivações. O desenvolvimento da auto-estima e da autonomia é construído pelo fortalecimento e/ou empowerment dos sujeitos como atores e autores na transformação social.

A falta de valorização pessoal encontra-se ainda presente na velhice. O idoso brasileiro ainda é culturalmente, associado a adjetivos depreciativos, como inútil, incapaz, dependente e doente (BENDER E LIMA, 2002). Os mitos e preconceitos enraizados nessa fase da vida são frutos de uma construção social historicamente instituída pela lógica capitalista. Neri (2001) reafirma que numa sociedade capitalista, o idoso não é visto como produtivo e sim como peso de

alto investimento, sem ter nada para oferecer em troca. Esta imagem negativa da velhice leva a negação da existência deste sujeito que possui um vasto potencial para mudança e de reservas inexploradas.

“Agir como educador e não como assistencialista. Isso é muito importante” (suj. 2E).

Convivência neste e em outros espaços. Nossa clientela necessita benefício salarial. Trabalha-se na formação da cidadania; busca salário, carteira de identidade... Se faz um plano de ação com eles. Cada um tem seu plano. Ao conquistarem tudo saem e são direcionados para outros fins. Trabalhar na comunidade, na associação para fazer parte da secretaria de esporte... Eles não ficarão aqui para sempre. Na real, o idoso precisa estar em convivência com outros idosos. Pela convivência, eles vão descobrir outros status (suj. 3E).

As falas mostram o envolvimento do idoso no processo de aprendizagem, onde ele é estimulado e instrumentalizado para assumir o papel de protagonista na busca de seu espaço social. Conforme Bruno (2003), educar para cidadania é estabelecer o desenvolvimento de um processo de aprendizado social na construção de novas formas de relação, contribuindo para a formação e a constituição de cidadãos como sujeitos sociais ativos. A educação para cidadania deve incentivar os sujeitos a conciliarem seus projetos individuais a projetos coletivos, na construção do significado de algo maior.

O processo de elaboração da Constituição de 1988 possibilitou a participação efetiva da sociedade e culminou na garantia da elaboração de diversas leis que vieram atender expectativas demandadas pelos mais diversos segmentos.

A Constituição de 1988 redefiniu o modelo de proteção social adotando o conceito de Seguridade Social, integrada pelo conjunto das ações referentes à saúde, previdência e assistência social, representando um avanço na vida dos idosos (COUTO, 2004).

A Política Nacional do Idoso (artigo 1º) tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. O idoso é reconhecido como sujeito portador de direitos, com princípios e diretrizes que asseguram seus direitos sociais e as condições para promover sua autonomia, integração e participação dentro da sociedade, na perspectiva da intersetorialidade e compromisso entre poder público e sociedade civil. A Lei nº. 8.842/1994 prevê ações governamentais nas áreas de promoção e assistência social, saúde, educação, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça e cultura, esporte e lazer.

Não se passa em vão pela pessoa, não é porque estou aqui prestando um serviço que vou ser indiferente com eles. Quando me chamam, eu os escuto, dou atenção e acabo estabelecendo um vínculo de amizade com eles, independente da classe social (suj. 4E).

O vínculo estabelecido entre profissional e idoso é de grande valia no fortalecimento da auto-estima, pois respeitar o próximo é gerar respeito a si próprio. Para Moraes (2003), ouvir histórias não é apenas um meio de exercer a paciência com os que estão na faixa dos 60 anos ou acima desta idade. É uma forma de conhecer o passado e manter valores pela voz de protagonistas.

“Acredito que conversando com eles, dando atenção, tendo amizade, atendendo quando solicitam” (suj. 5E).

“Conversa e carinho” (suj. 1E).

Nas respostas constatamos a importância dada à afetividade e ao diálogo. A auto-estima é primordial para a satisfação e o sucesso do indivíduo na sua inclusão social. Uma vez

que o processo de auto-afirmação é estabelecido desde o nosso nascimento, se faz necessário a manifestação do afeto como mensagem de reconhecimento, bem como do diálogo como afirmação desta identidade. Heuser (2001) lembra que não se aprende apenas a caminhar, vestir e comer; mas registramos aprendizados de carinho, violência, auto-estima e inferioridade. O crescimento de uma flor só é possível quando regada. Assim, uma criança educada sob forte carga de críticas e repressões, apresentará manifestações de uma baixa auto-estima e complexo de inferioridade, e só poderá atingir o equilíbrio através de um processo de reaprendizado.

Toda a pessoa é dotada de capacidades que lhe permitem aprender sobre algo de forma diferente da já aprendida, porém, quando os processos afetivos estão abalados, é comum o indivíduo não acreditar em seu próprio potencial, por ele se encontrar sufocado e encoberto, e, nesse caso, é necessário o apoio e o auxílio de um profissional que vá cultivando junto àquela pessoa uma nova forma de apreciar recursos e utilizá-los adequadamente, reintegrando-o ao seu meio de modo mais saudável e equilibrado (HEUSER, 2001).

O diálogo é uma forma de comunicação que se estabelece por meio da conversa. Para Luft (1974), o diálogo é a fala entre duas ou mais pessoas, podendo se apresentar de forma escrita e/ou verbal.

“Estimular os aspectos culturais adormecidos, resgatar a criatividade interna presente em cada um” (suj. 8E).

Nessa fala é ressaltada a necessidade do resgate do eu interior, que é reafirmada pelo escritor Hermógenes, em entrevista (CASTILHO, 2006), ao dizer que o homem procura a felicidade, mas o encontro muitas vezes não acontece, pois a felicidade não se encontra lá fora. Ela está dentro de cada um de nós.

O eu de cada pessoa é um eterno aprendiz, e essa aprendizagem não tem época para acontecer. A busca por entender novos pensamentos fortalece nossa sabedoria, nossa empatia, nossa individualidade, tão necessárias a criatividade e independência afetiva. Ser criativo é transcender, porque mediante modelos identificatórios deixaremos a mais valiosa herança, o segredo da longevidade, que é viver se renovando a cada dia com plenitude e felicidade (BALBINOTTI, 2003).

“Conduzir e mostrar a ele a importância de envelhecer saudável” (suj. 9E).

A fala salienta a necessidade da orientação para uma vida mais saudável. A velhice é um período de declínio e perdas, mas também de muitas mudanças positivas. Um envelhecer saudável requer equilíbrio entre as limitações e potencialidades dos indivíduos. Neri e Freire (2000) confirmam esta idéia, dizendo que a velhice satisfatória é o resultado da interação do indivíduo em transformação vivendo numa sociedade também em transformação. O envelhecer não é seguir um caminho já traçado, mas construí-lo permanentemente.

Segundo Zaché (2003), é necessário para um envelhecimento saudável manter a mente ocupada, cuidar do corpo, ter momentos de lazer para relaxar e extravasar o stress e outros. A realização de exames periódicos para checar a saúde é imprescindível, assim como manter metas e objetivos no percurso da vida. Cabe ressaltar que muitos idosos precisam de um profissional para conduzi-los dentro deste processo, ampliando suas visões no campo da gerontologia.

Questão do educador. Tentar ajudar na questão da saúde, adaptação na sociedade, questão de higiene. Na condição de funcionário, às vezes os ensinamos a lavar a chapa na pia, puxar a descarga do banheiro. Só que esse idoso não tem banheiro em casa. Algumas coisas não são necessárias. Entendeu. A vida deles é diferente de muitos. É necessário avaliar o que é importante para aquele idoso, vai depender dos seus hábitos (suj.2E).

A realidade dos idosos nem sempre é levada em consideração, gerando uma intervenção profissional de pouca relevância. É no potencial transformador da vida cotidiana que é possível promover a qualidade de vida e autonomia do ancião. No entanto a vida cotidiana sofre as refrações dos processos de exclusão, precarização, vulnerabilização e discriminação que, não raramente, se materializam em violências de diversas ordens contra os sujeitos.

A vida diária contempla aspectos relacionados à vida privada, ao lazer, ao trabalho e ao descanso. É a compreensão destes aspectos que permite ampliar a visão crítica e reflexiva do grupo, de cada idoso em sua particularidade. Na condição de seres humanos trazemos enraizados preconceitos, que nos impedem de fazer uma leitura da verdadeira realidade do mundo que nos cerca. Muitas vezes olhamos, mas não enxergamos o que está bem na nossa frente, como também ouvimos, mas não escutamos. Segundo Faustini (2004), a busca de uma visão crítica da realidade é o caminho sem o qual não haveria um processo de conscientização essencial ao compromisso com a transformação da realidade. Isto também implica no trabalho direcionado ao fortalecimento do idoso, estimulando sua autonomia e voltando o agir profissional a práticas emancipáveis.

“Ajudando a ter consciência de suas capacidades” (suj.5E).

“Ajudar o idoso a caminhar com as próprias pernas” (suj.4E).

Trabalhar o idoso para ser ator de sua vida se não o for.
Principalmente as mulheres idosas por serem submissas. Mostrar as leis e direitos

que tem, aumentar a auto-estima. Trabalhamos isso através do grupo, pela atividade física que desenvolve ir e vir, aumentar acesso à cultura. Quando idoso descobre os locais para ir e sente seguro para ir. Ninguém o segura, mesmo os locais sendo longe. Quando os idosos descobriram que musculação era bom para osteoporose se deslocavam para academia e deixavam de vir nos grupos de convivência. Perdemos o idoso neste caso? Não e sim o ganhamos, pois descobriu outros sentidos na vida. O objetivo do grupo é abrir caminho a esses idosos. O idoso é como um filho que após aprender a caminhar, vai por si só. “O passarinho ganhou vôo”. É muito legal, principalmente as mulheres idosas que foram muito reprimidas (suj.3E).

Os relatos explicitam a necessidade de trabalhar a valorização da identidade pessoal, otimizando o potencial de experiência de vida que esses idosos possuem. Conforme Neri (1999), o requisito fundamental para aquisição de uma boa velhice é a preservação do potencial para o desenvolvimento do indivíduo. Para Neri (2000), a atuação preventiva é socialmente relevante para a melhoria da qualidade de vida dos idosos e está alicerçada em três tipos de intervenção: educacional, nos fatores humanos e nos fatores relativos à saúde física. A intervenção educacional está voltada para o desenvolvimento de condutas que permitam aos idosos atuar sobre o meio de maneira a transformá-lo em uma direção positiva, promovendo modificações benéficas ao estilo de vida. Atuação nos fatores humanos significa planejar e/ou replanejar o mobiliário, os equipamentos, os edifícios, o transporte público, pedestre e de automóveis, a iluminação de ambientes, dentre outros, de maneira a proporcionar conforto, segurança e satisfação aos idosos. Cuidados e atividades físicas atuam como mecanismos preventivos.

A interação dos fatores individuais e sociais na terceira idade pode levar a um ciclo negativo de desempoderamento, resultando na necessidade de reverter esse ciclo através do reempoderamento do qual participa a fisioterapia atuando na prevenção e bem-estar. Cabe ressaltar que para trabalhar com empoderamento de idosos é essencial que eles façam parte do ponto

central do processo de ajuda, como também é imprescindível evidenciarmos e estabelecermos quais os seus desejos reais e da comunidade a que pertencem. Devemos almejar a imagem do sujeito participativo do mundo e inserido no meio social.

Vasconcellos (2001) define empoderamento como “aumento do poder pessoal e coletivo de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão e dominação social”. Já Gutiérrez (1991) conceitua empowerment como “o processo de aumento de poder pessoal, interpessoal ou político de forma que os indivíduos possam atuar de forma a melhorar suas vidas”. O ganho de poder traduz a idéia da habilidade de agir e criar mudanças dentro de uma direção desejada.

Para que o empoderamento ocorra é necessário o desenvolvimento de uma consciência crítica, a redução da auto-culpabilização, o desenvolvimento da eficiência pessoal e a aceitação pessoal da responsabilidade por mudança (Gutierrez apud Grossi, 1999). Freire (1980) afirma que mediante o desenvolvimento de uma consciência crítica é possível entender como as relações de poder na sociedade moldam as experiências e percepções de cada pessoa.

Posso auxiliar o idoso a fazer com que esteja bem com seu interior, favorecer a relação saúde emocional com saúde física. O eu interior deve sempre ser resgatado como base de uma trajetória futura positiva na aquisição de autonomia e qualidade de vida (suj.8E).

A depoente salienta o cultivo da espiritualidade, que muitas vezes pode estar negligenciada na vida do idoso por não ser possível quantificar ou provar matematicamente. No entanto nunca é tarde para um cultivo profundo do “eu”.

O ser humano não deixa de ser inteiro em momento algum da vida, e certamente ao olhar os idosos na sua integridade, se estará contribuindo e auxiliando para a construção de suas aprendizagens. Guella (2002) se refere à espiritualidade como sendo um fator de integração da personalidade do idoso, consigo e com o seu ambiente. Ela é uma experiência universal, intransferível e íntima. Restaurar a simplicidade das expressões mais íntimas e comuns da vida espiritual, individuais ou comunitárias, auxiliaria na melhoria de vida, proporcionando ao idoso a elaboração mais facilmente das perdas e dos ganhos decorrentes da velhice.

A vida espiritual, como a vida afetiva e a vida intelectual, necessita de cultivo. A busca pela espiritualidade, muitas vezes, se manifesta pela contemplação da natureza ou de um por do sol; a magnificência da música erudita; os sabores de uma boa obra literária. Estas expressões lançam o espírito humano para fora de si, não apenas ao diálogo com seu semelhante, mas ainda com o belo e absoluto (GUELLA, 2002).

5.1.1.2 A influência da família na saúde e na autonomia do idoso: percepção da equipe profissional

“Os idosos do Centro têm família muito ausente... Não pensa no idoso. Ele é um estorvo. Acho importante a família ter respeito pelo idoso” (suj.1E).

Os estereótipos e preconceitos associados às pressões sociais e do mercado capitalista reforçam nos indivíduos da terceira idade, o sentimento de invalidez para o mundo, obstruindo as possibilidades de uma participativa e continuada convivência social. O desprezo e/ou a incredulidade por parte da família, se faz vigente ao juízo que o idoso já cumpriu todas as fases do desenvolvimento e do papel produtivo. Desta forma ele passa a ser visto como um peso e/ou

estorvo para família. Segundo Gaiger (2002), é na família que se verifica as primeiras censuras e a redução de espaço de expressão, lazer, responsabilidades, trabalho e afazeres dos idosos, às vezes simples e pequenos, mas fundamentalmente conquistados ao longo da vida, em nome da saúde e preservação. Também é nela que se detecta a maioria dos maus-tratos emocionais.

A família deve ter um entendimento que o idoso não é um coitadinho que precise que façam tudo por ele. Tentar deixá-lo fazer por si. Permitir autonomia do idoso. Deixar conviver com a família, nem que um profissional precise intervir para qualidade de vida de o idoso ser boa. Quando o convívio faz bem para o idoso, o amor é muito importante (suj.2E).

A imagem do ancião construída na sociedade contempla credices que reforçam a fragilidade e a dependência do idoso. Este acaba por considerar-se vítima de uma sociedade excludente, pois acredita na veracidade dos mitos e preconceitos estabelecidos para esse tempo de vida. A família enfatiza a visão negativa da sociedade por desconhecer as potencialidades de seus velhos, por medo de perderem seus heróis e por temerem o próprio envelhecimento. Desta forma, acabam estimulando a falta de autonomia e vitimização do seu idoso. Para Neri (2006), a principal causa de atitudes e crenças distorcidas da velhice reside no fato das pessoas presenciarem cotidianamente as experiências negativas vividas pelos indivíduos mais velhos nos domínios da saúde física e mental, dos direitos e da vida social.

A família precisa exercer transformações em sua intimidade para adaptar-se às exigências sócio-culturais da vida contemporânea. O respeito e entendimento da autonomia do outro implica em relações igualitárias e democráticas que envolvem o sentido de si e do outro.

A família deveria se entregar mais ao Centro de Convivência do Idoso. Eles são deixados aqui e largados de mão. A família deveria se integrar

mais com a assistência. Muitos idosos se queixam, dizendo que são deixados de lado por serem velhos e por não prestarem para nada (suj.4E).

A situação referida evidencia negligência afetiva através da desvalorização do sujeito idoso e do seu abandono parcial. Conforme Grossi (2006), o abandono é uma das formas mais expressivas de negligência. Consiste na ausência da pessoa responsável pelo idoso a prestação dos cuidados necessários. Isto se constitui numa violência de caráter emocional.

Nos dias de hoje a família não se enxerga a si mesma e nem enxerga o idoso. A família perdeu a referência de núcleo de convivência intergeracional. Ela é de vital importância ao idoso, no entanto também desconhece seu valor na sociedade e para com o seu velho. Estão todos carentes de convivência (suj.8E).

Na sociedade de consumo, na qual tudo tem uma vida útil efêmera, o conceito de descartável se estende às pessoas, e principalmente ao idoso, que perde papéis sociais. Além disso, Moraes (2003) lembra que as famílias antigamente eram ampliadas, todos moravam na mesma casa e as crianças cresciam cercadas de pessoas de todas as idades. Hoje, poucas são as crianças que convivem com os avôs, ouvem suas histórias e acompanham seu dia-a-dia. O convívio se restringe as visitas nem sempre frequentes. Existe uma ruptura na relação familiar, desencadeando desrespeito pela falta de convivência.

A carência de modelos estáveis gera insegurança, conflitos e dúvidas na forma de viver do grupo familiar. A falta de convívio e de participação intergeracional no processo de crescimento familiar contribui para uma geração individualista e fria.

A família é de grande responsabilidade, independente de classe social. Idoso sem salário, a família tem que auxiliar em toda manutenção, como moradia,

vestimenta, alimentação. Quando o idoso tem salário da aposentadoria ou do BPC (benefício de prestação continuada) deixa de ser um peso para família. A família tem dever de manter a qualidade de convivência, bem-estar na saúde, de levar seu velho no médico. Essa é uma briga feia que temos e nem sempre se consegue. Muitos filhos não querem saber dos pais por motivos do passado. Necessário saber toda trajetória da família e trabalhar toda. Algumas relações são difíceis (suj.3E).

A família é fonte primária de suporte social informal, onde se almeja uma atmosfera afetiva comum, de aquisição de competência e de interação entre os membros (TORRES et al,2006). Sanicola (1994) compartilha a idéia de Nogueira (1996) de que rede primária, ou informal, é formada por laços de família do próprio idoso e também pela vizinhança, amizade e trabalho, conforme a condição social e as circunstâncias marcadas pelas relações afetivas e de reciprocidade entre os membros, não se fundamentando em pagamentos monetários.

A fragilidade e/ou dependência do idoso acarretam desentendimentos e desavenças entre os membros da família, pois exacerba os conflitos familiares de épocas anteriores à doença, fazendo ressurgir mágoas antigas ou gerando novas crises (TORRES, 2006).

As relações familiares são marcadas por conflitos, independentes de classe social. Os valores e costumes modificam-se de uma geração para a outra, bem como as trajetórias de vida intergeracionais. As complexas relações de dominação-submissão perpassam a rede de convivência familiar e nos levam a estudar os arranjos estabelecidos neste núcleo. Nesse sentido é necessário atender o idoso em relação à família e vice-versa.

A Lei n. 10.741/2003 (Art. 3) do Estatuto do Idoso diz ser obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à cidadania, à dignidade, à liberdade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (ABREU, 2004). Esta Lei vêm reforçar o que já estava previsto na Constituição Federal de 1988 e na própria Política Nacional do Idoso.

5.1.1.3 Fisioterapia sob a ótica da equipe profissional

Todos os entrevistados da equipe profissional disseram já ter ouvido falar em fisioterapia. No entanto, as falas a seguir refletem a não compreensão exata dos conceitos de fisioterapia e fisioterapeuta, mas uma noção adequada de como esse profissional pode contribuir com a equipe profissional.

“Fisioterapeuta para mim é um médico clínico geral com especialidade em fisioterapia, pois sabe cada detalhezinho do corpo humano” (suj.3E).

Nesta fala percebe-se a confusão estabelecida entre as funções exercidas pelos profissionais da medicina e da fisioterapia. Cabe então ressaltar quem é o fisioterapeuta.

O fisioterapeuta é um profissional da saúde, de nível superior, com formação humanista, reflexiva, generalista e crítica, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com uma visão global e ampla, respeitando os princípios éticos/bioéticos, culturais e morais do indivíduo e da coletividade com o objetivo de preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, funções e sistemas, sendo um profissional voltado ao desenvolvimento científico e apto a adquirir por iniciativa própria conhecimentos que possam garantir uma educação continuada e permanente (CREFITO 5, 2002).

“Profissional da área da fisioterapia que atua recompondo a pessoa lesionada” (suj.7E)

“Profissional que ajuda no ganho do movimento do corpo no dia a dia. Quando o corpo da pessoa tá doente, com problema.” (suj.4E)

“Indivíduo de grande ajuda a quem precisa, principalmente para os idosos que têm o corpo travado” (suj.5E).

Nas falas evidencia-se o fisioterapeuta como um reabilitador. Para Ploszaj (2002), o estigma de que fisioterapeutas são reabilitadores deve ser mudado, pois são profissionais da saúde, voltados para promoção da saúde, seja de forma preventiva, curativa e reabilitadora.

A reabilitação é um processo de consolidação de objetivos terapêuticos, não caracterizando área de exclusividade profissional, e sim uma proposta de atuação multiprofissional voltada para a recuperação e o bem-estar bio-psico-social do indivíduo (PLOSZAJ, 2002).

A participação política dos fisioterapeutas é essencial para mostrar aos usuários do SUS, dentre outros, que não são apenas reparadores, mas sim que podem contribuir de forma resolutiva à saúde funcional de cada cidadão. São profissionais aptos a prestar atendimento de forma preventiva, inclusive propiciando uma diminuição de internamentos e conseqüentemente esvaziando leitos e reduzindo os custos para o tratamento do cidadão.

A maioria das decisões políticas é tomada devido à necessidade e à exigência da população. No entanto, como é possível exigir algo que não se conhece. Os próprios profissionais que lidam com o idoso desconhecem as atribuições do fisioterapeuta.

Desta forma, fica nítido a necessidade do fisioterapeuta ficar mais próximo da população, mostrando o quanto seu trabalho pode auxiliar na saúde funcional de cada indivíduo. Ele é um agente de saúde, transformador e multiplicador, que junto à equipe técnica possui um compromisso social com a população idosa. Segundo o Crefito 5 (2002), compete ao Fisioterapeuta se inserir profissionalmente nos diversos níveis de atenção à saúde, atuando em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o .

Em relação à definição de fisioterapia, verificou-se uma falta de compreensão parcial por parte de alguns integrantes da equipe profissional. Como consta nas falas que seguem.

“Melhorar os problemas que a pessoa apresenta no corpo” (suj.1E).

“Ajuda retomar nossa mobilidade, nossa motricidade fina, né. Acho que é isso aí.” (suj.2E)

“Não sei definir bem. É um tratamento ou reabilitação de uma pessoa doente, que usou gesso e a perna não mexe ou não dobra direito. Sempre ouvi falar na fisioterapia quando o caso já estourou e foi tratado. Nunca em prevenção” (suj.3E)

“Pelo que sei é a relação com o corpo, formas de usar o corpo no dia a dia sem prejudicá-lo. Tenho um parente que ficou com os músculos atrofiados e a gente vê a diferença dele hoje após ter feito fisioterapia” (suj. 4E).

“É o auxílio ao indivíduo que precisa retomar os movimentos do corpo” (suj.5E).

“Não sei me expressar bem. Quando eu comecei a fazer fisioterapia não caminhava, na terceira sessão já estava melhor. Acho fundamental no restabelecimento da saúde.” (suj.6E).

“Atividade da área da biomédica que recompõe a pessoa após alguma lesão corporal” (Suj.7E).

“Não sei ao certo. Seria o trabalho do corpo em movimento” (suj.8E).

“Ciência da saúde que trata da recuperação física das pessoas vítimas de acidentes de natureza diversa, que lhe impossibilitam os movimentos, bem como da correção da postura dessas pessoas” (suj.9E).

A fisioterapia é uma profissão de nível superior reconhecida pelo Decreto-Lei 938, de 13 de outubro de 1969, sendo este o dia do Fisioterapeuta. Portanto, o livre exercício da profissão em todo território nacional somente é permitido ao filiado e portador da carteira profissional expedida pelos órgãos competentes (CREFITOs – Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), que regulamentam e fiscalizam a profissão no país, sendo subordinados ao COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e este ao Ministério do Trabalho.

É atividade privada e exclusiva do profissional da fisioterapia. É o tratamento de pacientes por diferentes meios físicos, dentre eles, luz, calor, frio, água, eletricidade, massagem, exercícios e técnicas de manipulação (sem uso de aparelhos), com a finalidade de restaurar,

desenvolver, e conservar ao máximo a capacidade física, buscando uma melhor qualidade de vida, frente às disfunções intercorrentes.

A fisioterapia inclui avaliação das condições iniciais do paciente e prognóstico como parte essencial de um programa terapêutico, que alcança o nível de auxílio para a subsistência e re-emprego (Moreira, 2000).

O diagnóstico cinesiológico funcional consiste na qualificação das disfunções do movimento humano. Não deve ser confundido com diagnóstico médico (GUILAMELON, 2005). A elaboração deste diagnóstico é compreendido como avaliação físico-funcional, sendo esta um processo pelo qual, através de metodologias científicas e técnicas fisioterápicas, são analisados e estudados os desvios físicos-funcionais intercorrentes, na sua estrutura e seu funcionamento, com a finalidade de detectar e parâmentar as alterações apresentadas, considerando os desvios dos graus de normalidade para os de anormalidade; baseado no constatado na avaliação as técnicas próprias da fisioterapia, quantificando-as e qualificando-as.

Em relação a algumas contribuições do fisioterapeuta, foi possível detectar que a equipe profissional possui uma noção.

Participando da rotina do serviço, observando as coisas erradas que estão acontecendo, o que os profissionais e os idosos estão fazendo errado para poder ensinar, prevenindo esses erros; principalmente no que diz respeito a prevenção, ação preventiva (suj.2E).

A partir de uma experiência que temos na família. Meu cunhado teve isquemia e suas seqüelas e foi levado para o hospital em Brasília. Quando veio de lá, minha irmã aprendeu a manusear o marido. E eu comecei a questionar algumas coisas aqui com os idosos, principalmente no que diz respeito ao manuseio. Às vezes eu tinha que usar meu peso para levantar o idoso daqui, mas não tinha essa força. Com atividades físicas no Centro, o idoso foi sendo induzido a se levantar sozinho, a fazer por si...O que pode nos ajudar é ensinar a fazer esse manuseio correto sem prejudicar nossas colunas. Verificar problemas domiciliares que interferem na saúde. Tivemos um caso que a dor de coluna da idosa estava relacionada ao tipo de colchão. Nesses casos, buscamos recursos para ajudar na aquisição de um novo colchão. O idoso tem que entender o porquê de trocar o colchão. E pela troca de informações com outro profissional (Suj. 3E).

“Ensinar a cuidar e usar o corpo no dia a dia, independente da idade” (suj. 4E).

“Ensinar a usar o corpo corretamente” (suj.5E).

Fornecendo dicas de como cuidar da saúde. Fazendo uma pré-avaliação dos idosos para posterior tratamento fisioterápico ou não. Acho fundamental aprender a usar o corpo de forma correta para evitar se lesionar. Como já foi o meu caso (suj. 6E).

“Orientando como conduzir, carregar alguma coisa ou transportar o idoso para a van” (suj.7E).

“É importante o fisioterapeuta nas equipes que lidam com os idosos pelo conhecimento especializado que possui na área da saúde. Pode contribuir orientando como usar o corpo no trato com os idosos e no dia a dia” (suj.9E).

Nas falas é transmitido a grande preocupação por parte dos profissionais que lidam com os idosos no que diz respeito ao uso adequado do corpo nas atividades por eles prestadas. Acreditamos que esta preocupação esteja relacionada com o fato da maioria dos entrevistados (77,77%) referirem apresentar dor no corpo com piora da intensidade no uso de peso, aliviando momentaneamente com a utilização de medicamentos. Dentre os problemas mencionados relataram tendinites, dores de cabeça e da região lombar, com crises piores no decorrer do tempo. Tais crises já fizeram com que estes trabalhadores tivessem que se afastar do emprego para cuidar da saúde, pois a incapacitação do movimento corporal os restringia ao leito.

Segundo Goldenberg (2005), a dor lombar atinge 80% das pessoas afetando o rendimento profissional com repercussão na auto-estima. Dos indivíduos afastados por lombalgia (dor lombar) 50% só voltam ao trabalho seis meses depois de uma crise forte e 20% após um ano.

Para Ferro (2004), a atuação do fisioterapeuta no programa de gerenciamento ergonômico é de suma importância nas diminuições dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), melhorando as condições de trabalho aos quais os funcionários são submetidos, diminuindo as faltas no trabalho e os custos com despesas médicas. Este programa possui caráter preventivo mediante avaliações ergonômicas do

trabalho, implantação de atividades de ginástica ocupacional, palestras e orientações diretamente relacionadas com a saúde do operário e do grupo.

Quando refere-se às atividades de ginástica ocupacional, deve ficar claro que anteriormente o fisioterapeuta deve avaliar cada funcionário de forma individual para poder traçar os exercícios mais adequados àquele cidadão e para àquele grupo. Muitas vezes trabalha-se com a necessidade daquele grupo e se esquece que dentro do grupo existem diversidades pessoais. A visão a estas diversidades deve ser constante para atender com eficácia as necessidades de cada indivíduo e desta forma contribuir para uma cultura saudável de consciência corporal e postural, gerando um bem-estar físico e emocional no ambiente de trabalho.

Alongamentos musculares administrados ao grupo, nem sempre são os mais adequados para um certo funcionário, pois podem acabar comprometendo ainda mais o seu quadro algico (dor). Estaturas corporais diferentes devem utilizar o corpo humano de forma diferente.

A ergonomia é o estudo da adaptação do trabalho às características dos indivíduos, de modo a lhes proporcionar um máximo de conforto, segurança e bom desempenho de suas atividades no trabalho (IIDA, 1990). Também é definida como o estudo científico da relação entre o homem e seus meios, métodos e espaço de trabalho. Seu objetivo é elaborar, mediante a contribuição de diversas disciplinas científicas que a compõem, um corpo de conhecimentos que, dentro de uma perspectiva de aplicação, deve resultar numa melhor adaptação ao homem dos meios tecnológicos e dos ambientes de trabalho e de vida (GONTIJO, 2004).

Os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), mais comumente chamados de lesões por esforços repetitivos (LER), tratam-se de alterações patológicas do

sistema músculo-esquelético como bursites, lombalgias, tendinites e outros, decorrentes da cumulatividade de microtraumatismos, em razão do uso da força, da repetitividade de movimentos e/ou manutenção de posturas inadequadas.

A denominação DORT é a mais aceita, porque nos primeiros sintomas da doença ainda não existem lesões propriamente ditas, ou se elas existem, ainda não são visíveis através dos exames complementares (Raio-X, eletroneuromiografia, etc.).

A presença do profissional da fisioterapia dentro do Centro de Convivência do Idoso ou assessorando facilita as ações preventivas e curativas dos funcionários e dos idosos. Quando os profissionais aprendem a utilizar o próprio corpo no espaço, ocorre uma melhor interação com os demais corpos que habitam este mesmo espaço.

No que diz respeito às ações preventivas, o profissional da fisioterapia atua incentivando e orientando os funcionários a novos hábitos de vida, desenvolvendo dentro do ambiente de trabalho uma nova cultura para a saúde física e emocional. Em relação ao processo de cura, age tratando os funcionários que apresentam patologias osteomusculares diversas, inclusive as ocupacionais. Assim, é oferecido ao empregado uma maior interação entre tratamento e trabalho, gerando maiores condições de uma recuperação mais rápida, tendo em vista que o tratamento será realizado no próprio local de trabalho, evitando que o empregado apresente alguma dificuldade em iniciá-lo ou até mesmo concluí-lo por situações diversas (falta de tempo, transporte difícil, clínicas afastadas de casa ou do trabalho, etc.).

5.1.2 Características dos idosos

Dos 26 entrevistados, a faixa etária variou de 60 a 87 anos, sendo a maioria natural do interior do Estado. Dentre as localidades citadas encontramos Uruguaiana, Bagé, Don Pedrito, São Jerônimo, Pelotas, Estrela, Taquari, Farroupilha, Venâncio Aires, Campo Novo e Camaquã. Também observa-se uma diversidade no grau de escolaridade: 03 (16,66%) idosos possuem o ensino médio completo, 14 (53,84%) idosos tem o ensino fundamental incompleto, tendo cursado até 3ª e 4ª séries, 04 (15,38%) idosos com o ensino médio incompleto e 05 (19,23%) nunca estudaram. Cabe ressaltar que os 05 (19,23 %) idosos analfabetos fazem parte do grupo que freqüenta o Centro de Convivência Nascer do Sol. Segundo Silva (2006) no Brasil são considerados analfabetos funcionais todos os que tenham menos de quatro anos de estudo, isto é àquela pessoa que apesar de conhecer as letras e saber escrever o próprio nome, é incapaz de redigir um bilhete simples ou compreender um texto.

Todos os entrevistados estão aposentados, sendo que os 08 (30,76%) pertencentes ao Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol recebem um salário mínimo (BPC - Benefício de Prestação Continuada), enquanto os 18 (69,23%) integrantes do Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas recebem acima de um salário mínimo e contam com a ajuda dos familiares. Das profissões exercidas no passado encontramos: auxiliar de serviços gerais, costureira, doméstica, pedreiro, pescador, secretária, vigilante, servente de obras, Professora de bordado, balconista, borracheiro, do lar, trabalho na roça e carpinteiro. Estas ocupações são próprias de pessoas de baixa instrução escolar.

Dos 26 entrevistados de ambos os sexos, 08 (30,76%) são casados e residem com seus cônjuges, 18 (69,23%) são viúvos. Destes 18 idosos, 04 (22,22%) residem sozinhos e os outros 14 (77,77%) residem com os filhos e os netos. Dos quatro homens entrevistados, 03 deles já haviam casado novamente após terem enviuvado e o outro perdeu a esposa a poucos meses,

porém não descarta a possibilidade de um novo matrimônio no futuro. As mulheres viúvas não voltaram a casar.

A moradia é própria de 18 (69,23%) dos idosos, e de familiares (30,76%). Cabe lembrar que predomina o gênero feminino entre 26 idosos, somente 04 (15,38%) são do sexo masculino e 22 (84,61%) do sexo feminino, configurando numa feminização da velhice.

Tabela 2

Caracterização dos idosos integrantes do Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol e do Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas, segundo sexo, faixa etária, grau de escolaridade, estado conjugal, coabitação e naturalidade.

CARACTERÍSTICAS		IDOSOS		TOTAL	
		Centro de Convivência	Grupo de Convivência		
		Nº.	Nº.	Nº.	%
Sexo	Masculino	3	1	4	15,38
	Feminino	5	17	22	84,61
Faixa etária	60 – 69 anos	2	3	5	19,23
	70 – 79 anos	4	6	10	38,46
	80 – 87 anos	2	9	11	42,30
Grau de escolaridade	Ensino fund. completo	0	0	0	0,00
	Ensino fund. incompleto	3	11	14	53,84
	Ensino médio completo	0	3	3	11,53
	Ensino médio incompleto	0	4	4	15,38
	Ensino superior completo	0	0	0	0,00
	Ensino superior incompleto	0	0	0	0,00
	Nunca estudou	5	2	5	19,23
Estado conjugal	Casado(a)/unido(a)	0	8	8	30,76
	Viúvo(a)	8	10	18	69,23
	Solteiro(a)	0	0	0	0,00
	Separado(a)/divorciado(a)	0	0	0	0,00
Coabitação	Vive só	2	2	4	15,38
	Com cônjuge	0	8	8	30,76
	Com outros familiares	6	8	14	53,84

Naturalidade	Com outras pessoas	0	0	0	0,00
	Moradia própria	1	16	17	65,38
	Moradia de familiares	6	2	8	30,76
	Moradia cedida	1	0	1	3,84
	Moradia alugada	0	0	0	0,00
	Outras	0	0	0	0,00
	Uruguaiana	1	1	2	7,69
	Bagé	1	1	2	7,69
	Dom Pedrito	1	0	1	3,84
	São Jerônimo	1	0	1	3,84
	Pelotas	1	0	1	3,84
	Estrela	1	0	1	3,84
	Taquari	1	0	1	3,84
	Farroupilha	2	0	2	7,69
	Venâncio Aires	1	0	1	3,84
	Campo Novo	0	1	1	3,84
	Camaquã	1	1	2	7,69
	Itaqui	1	0	1	3,84
	Imaroi(SC)	2	0	2	7,69
	Cachoeirinha	1	0	1	3,84
	Porto Alegre	4	1	5	19,23
	Montenegro	1	0	1	3,84
	Gravataí	1	0	1	3,84

Sánchez (2001) relata a existência de uma desigualdade de gênero na expectativa de vida. As mulheres vivem, aproximadamente, sete anos mais que os homens. Esta situação pode ser explicada pela tradição das mulheres casarem com homens mais velhos do que elas, o que, associado a uma mortalidade masculina maior que a feminina, aumenta a probabilidade de sobrevivência da mulher sobre o cônjuge. Outra explicação pode ser atribuída a um número maior de viúvas nesta faixa etária, pois os viúvos voltam, mais que as viúvas, a se casar depois de enviudar.

A população idosa é predominantemente feminina e este fato é verificado diariamente nos atendimentos fisioterápicos, nos hospitais, nas praças, nas ruas, nos grupos de convivência,

no Centro de Convivência Nascer do Sol e outros locais públicos. As mulheres idosas, em sua maioria viúvas, enfrentam uma problemática muito particular na sociedade atual, o que as coloca numa condição de fragilidade e de vulnerabilidade. Elas se diferem de outros grupos etários pelo nível de escolaridade, tendo na sua maioria menos anos completos de escola, conseqüentemente apresentam menor qualificação profissional.

Muitas idosas relataram durante o transcorrer das entrevistas, que não puderam estudar devido a criações rígidas e a falta de recursos financeiros no lar; passaram a trabalhar desde crianças para ajudar no orçamento doméstico; casaram-se muito jovens com homens machistas e dedicaram-se à criação dos filhos.

A velhice apresenta-se de forma diferente para homens e mulheres. Para Valle (2006) as desigualdades de gênero e especificamente aquela que a mulher tem sido submetida trazem, a idéia de manter a mulher como procriadora, dona de casa, dedicada à criação e educação dos filhos, pelos quais é responsável imediata, define um papel de que isto é feminino. Em virtude dessa submissão, a mulher tende a se considerar um ser incompleto, inferior que busca sua completude nos outros.

Muitas vezes e ainda jovens, vão em busca da figura masculina e mesmo sendo elas a base do sustento da família, buscam a tutela do homem, mostrando a necessidade ilusória de proteção masculina e sua insegurança (VALLE, 2006). Elas acabam vivendo a vida que os outros as deixam viver, padecendo com limitações impostas pelas crenças e condicionamentos sócio-culturais que favorecem a imagem e atividades do homem.

A tomada de consciência, por parte das mulheres, de seu lugar no mundo, supõe a convicção de que essa situação pode e deve ser mudada por elas próprias, rompendo com o processo de dominação muitas vezes auto imposto por um modelo interno. Para tanto há a

exigência de refazer conceitos e práticas, passar da submissão e subserviência para assertividade e objetividade. Assim, seria possível modificar a si própria, encontrando condições necessárias para chegar a uma re-transformação nas relações de gênero.

5.1.2.1 Hábitos dos idosos em relação à saúde

Atividade física retarda a degeneração natural dos músculos, tendões, ligamentos e ossos, proporcionando músculos mais fortes, articulações flexíveis, mantendo o equilíbrio e a coordenação motora, permitindo maior mobilidade e independência. Os exercícios ajudam a combater obesidade, colesterol, pressão alta, reduzindo o risco de doenças do coração. Fazem bem para o corpo e a alma, pois aumentam a segurança nas tarefas do dia a dia e combate a depressão.

Dos 18 idosos pertencentes ao Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas, somente uma idosa parou de realizar atividade física no ano de 2006 devido a 02 infartos sucessivos. A idosa referiu ter receio de voltar às aulas de ginástica, pois um dos infartos ocorreu durante a aula. Também realizou cirurgia de quadril, estando privada de exercícios até liberação médica. No Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol, 03 dos 08 idosos não realizam atividade física devido a seqüelas de derrame cerebral.

Podemos perceber que a atividade física é uma constante na vida dos idosos. A maioria deles faz caminhada diária, natação e hidrogenástica no período do verão, ginástica, musculação, dança, alongamentos e esteira de massagem com frequência variando de 2 a 5 vezes na semana. Também praticam outras atividades, como lida da casa, costura, bordado, tricô, culinária, leitura, canto, composição de músicas, jardinagem, jogo de damas, desenho,

pintura e tocar instrumento musical. Estas atividades e o convívio com os outros são vistas com muito gosto no dia a dia dos idosos.

A realização de caminhadas diárias, passeios a pé ou outras atividades podem ser realizadas de forma individual ou coletiva, proporcionando uma melhoria na condição física e psicológica dos indivíduos. Além disso, um estilo de vida ativa promove uma maior participação social do idoso, tornando-o mais prestativo em seu meio e mais consciente de sua cidadania (TERRA et al, 2005).

Dos depoentes, 22 (84,61%) disseram nunca ter fumado e/ou ter ingerido bebida alcoólica; e 04 (15,38 %) referiram consumir bebidas alcoólicas 1 a 2 vezes na semana e já terem fumado no passado. O baixo consumo de bebidas alcoólicas por idosos também foi evidenciado na pesquisa realizada com 239 idosos não institucionalizados em Porto Alegre (GROSSI et al, 2003). Como este dado é baseado nos depoimentos de idosos, a realidade do consumo alcoólico pode estar mascarada.

Os idosos entrevistados procuram manter uma vida saudável, pois o consumo de bebida alcoólica é moderado e de tabaco é nulo, enquanto a atividade física é permanente para a grande maioria. Grandes campanhas de saúde enfatizam os riscos de danos aos órgãos internos, ataque cardíaco ou derrames decorrentes do consumo em alta frequência destas substâncias, o que poderia levar os idosos a negarem o uso de álcool. Ao mesmo tempo a mídia incentiva o consumo de bebida alcoólica mediante meios de comunicação, como a televisão, jornais e outros. O vinho tinto é a bebida alcoólica mais propagada como preventiva nas doenças do coração e para uma vida com longevidade, desde que consumido na quantidade correspondente a uma taça diária.

Todos os 26 (100%) idosos apresentam doenças crônicas. Destes, 17 (65,38%) apresentam uma doença crônica e 09 (34,61%) referem ter mais de uma enfermidade. Das

doenças crônicas encontradas podemos citar: artrite, artrose, hipertensão arterial, problemas cardíacos (sopro e angina), tendinites, osteoporose e diabete. A presença de uma ou mais doenças crônicas não interfere na capacidade dos idosos de conservar sua autonomia.

Estudos populacionais realizados no País têm mostrado que não menos que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, e cerca de 10% apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades (RAMOS, 1993). Para Camarano apud Guia Serasa (2006), as mulheres são mais suscetíveis do que os homens a experimentarem as doenças comumente presentes na terceira idade, tais como: artrite, diabete, depressão, problemas no coração e hipertensão arterial.

A Política Nacional de Saúde do Idoso apresenta como propósito basilar a promoção de envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL apud SILVESTRE et al, 2003).

Para o alcance da Política Nacional de Saúde do Idoso, foram definidas como diretrizes essenciais a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas.

Todas as ações em saúde do idoso, como o previsto na referida Política, devem objetivar ao máximo manter o idoso na comunidade, junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível. Seu deslocamento para um serviço de longa permanência, seja ele um

hospital de longa estadia, asilo e outros, pode ser considerada uma alternativa, somente quando falharem todos os esforços anteriores (SILVESTRE et al,2003).

Dos 26 entrevistados, 21 idosos (80,76%) referem ter dor e/ou problema no corpo e 05 anciões (19,23%) não apresentam. Os idosos referiram sentir dor derivada dos problemas apresentados no corpo, como déficit circulatório dos membros inferiores (pernas) acompanhado de edema (inchaço), prótese de quadril, hérnia de disco na região cervical, tendinite de punho, esporão calcâneo, rigidez nas articulações dos dedos da mão e do pé, déficit na deambulação (ato de caminhar) proveniente de seqüela de derrame cerebral, coluna cervical e lombar “travada”, edema de joelho e câimbras noturnas. Também constatou-se que 09 idosos (34,61%) apresentam diminuição auditiva; 15 (57,69%) redução da acuidade visual, estando todos fazendo uso de óculos; e 03 (11,53%) com déficit na fala por motivo de derrame cerebral. A respiração encontra-se comprometida em 06 idosos (23,07%) devido à bronquite, angina e rinite, fazendo com que usem medicação para evitar crises.

Com relação à intervenção cirúrgica constatou-se que 05 (19,23%) nunca foram submetidos a processos cirúrgicos e 21 (80,76%) idosos já haviam se submetido à cirurgia, como retirada de coágulo cerebral, ligamento de trompas, úlcera gástrica, abscesso no peito, hérnia de disco da região lombar, catarata, cesariana, varizes, hérnia inguinal, implante de lente em um dos olhos, colocação de prótese de quadril e joelho, bexiga e desvio de septo.

Dos 21 idosos que referiram sentir dor, 04 (15,38%) disseram que a intensidade da dor é maior ao movimento, 05 (19,23%) relataram ser pior no repouso e 12 (46,15%) afirmaram ser muito forte no uso de peso.

Para alívio da dor, 20 idosos (76,92%) utilizam aplicação de calor local, 06 anciões (23,07) fazem ginástica, 15 (57,69%) usufruem de medicamentos e 08 (30,76%) recorrem a massagem local.

A aplicação de calor local deve ser extremamente cautelosa, tendo em vista que nos processos de origem inflamatória, a dor tende a aumentar após 24 horas da aplicação. As famosas bolsinhas de água quente, quando colocadas diretamente sobre a pele, provocam queimaduras, principalmente nos indivíduos da terceira idade que possuem alteração de sensibilidade e espessura da pele mais fina pela perda de colágeno.

O ideal é aplicação de gelo local por 20 minutos, desde que se utilize uma toalhinha sobre a pele evitando o contato direto, já que o gelo também queima. As pessoas em sua maioria usam a crioterapia (terapia por uso de gelo) para a lesão imediata e esquecem dos efeitos benéficos proporcionados pelo gelo. O gelo é antiinflamatório, analgésico e regulador do metabolismo local após atividade física. No entanto, nenhum dos entrevistados citou esse recurso nas suas práticas diárias para alívio da dor, o que denota um desconhecimento deste maravilhoso recurso, reforçando a importância da fisioterapia.

A medicação traz alívio imediato da dor e mantém sob controle muitas enfermidades, como, por exemplo, a hipertensão arterial. A sua administração só deve ser feita por indicação médica, de forma a evitar conseqüências desastrosas no futuro.

A massagem e a ginástica estimulam o organismo a produzir substâncias como as endorfinas, responsáveis pela sensação de bem-estar, e, conseqüentemente, melhoram a auto-estima individual. Estas endorfinas são hormônios semelhantes entre si e que possuem uma ação similar à da morfina da farmácia, mas com notável diferença: não são tóxicas.

Em relação às dificuldades encontradas pelos idosos no seu dia a dia, referiram: 10 velhos (38,46%) têm dificuldade para abaixar, 01(3,84%) possui dificuldade para vestir-se e fazer a higiene pessoal, 05 (19,23%) anciões têm dificuldade para pegar objetos do chão, 03 (11,53%) dizem ter dificuldade para pegar objetos acima da cabeça, 02 (7,69%) em levantar da cama e do sofá. Os outros 05 (19,23%) idosos não apresentam dificuldade para movimentar-se.

A maioria destas dificuldades podem ser revertidas mediante orientações direcionadas a cada indivíduo oriundas de um profissional qualificado, como é o caso do fisioterapeuta.

5.1.2.2 A contribuição da fisioterapia na promoção da autonomia e saúde dos idosos

“Um amigo da área da saúde” (suj.6IG).

Nesta pequena fala, percebe-se o vínculo afetivo estabelecido entre idoso e fisioterapeuta e o valor da amizade atribuído a este profissional. Acredita-se que esta proximidade esteja relacionada com o fato deste profissional usar o toque físico fornecido pelas suas mãos como recurso terapêutico, aumentando desta forma seu contato direto com o idoso. Este fato é esclarecido por Guilamelon (2007) ao referir que o toque físico fornecido pelas mãos do fisioterapeuta é uma forma de comunicação não verbal estabelecida entre terapeuta-paciente. Em muitas técnicas fisioterápicas de manipulação, o profissional se utiliza do ato de abraçar para executar uma manobra. Conseqüentemente ocorre a existência de um contato muscular, caloroso e epidermicamente gratificante, fornecendo esperança para quem o recebe. Castilho e Santos apud Guilamelon (2007) constataram em sua experiência, que as mãos dos fisioterapeutas como meio de tratamento são tão eficientes quanto os aparelhos. E que estas mãos podem garantir o bem-estar do paciente, apenas com um pouco mais de esforço físico, criatividade, dedicação e amor pelo mesmo.

“O fisioterapeuta é o profissional que melhora os defeitos do corpo” (suj.7IG).

“Pessoa capacitada para conduzir o tratamento, ensinando a fazer a coisa certa...Usar correto o corpo para não machucar mais” (suj. 10IG).

Nas referências, a atuação do fisioterapeuta é vista como reabilitadora. No entanto, a atuação deste profissional vai além das fronteiras estabelecidas na doença. Ele é capaz de compreender a saúde em seu sentido mais abrangente, criando estratégias para atuar nos fatores que alteram o equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente, por meio do trabalho interdisciplinar.

Para Teixeira (2006), a interdisciplinaridade abre espaço para um trabalho coletivo, que perpassa o limite das estruturas institucionais governamentais e públicas. Este trabalho é verificado no programa de saúde da família, que entra não só nas residências familiares, como também penetra nas igrejas, nas escolas públicas e privadas, nas associações de moradores, isto é, nas instituições formadoras de sujeitos históricos e coletivos.

Para que seja possível atender estes sujeitos é necessário buscar articulação entre os saberes, fundamentada em uma base teórica que a sustente para, a partir desta prática, transformar ou criar novas teorias, novos conhecimentos e saberes (TEIXEIRA, 2006).

As falas que seguem se remetem ao conceito de fisioterapia instituído pelo idoso, no sentido de reabilitação do corpo já envelhecido pelos anos.

“É uma terapia que estimula a melhoria do corpo” (suj.12IG).
“Resolve os problema s da dor das pessoas” (suj.8IG).

Uma das diretrizes da Política Nacional do Idoso recomenda que o atendimento ao idoso deva ser feito por intermédio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar. Para assumir esta responsabilidade, a família necessita de uma rede social e de saúde que constitua um suporte para lidar com o seu familiar idoso à medida que este se torna dependente. Um dos aspectos importantes desta rede é a formação de recursos humanos preparados para lidar com a família do idoso.

A Política Nacional do Idoso reconhece a importância da parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos, apontando que esta parceria possibilitará a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção de saúde, à prevenção de incapacidades e a manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, asilamento, hospitalização e outras formas de segregação e isolamento (ALMEIDA et al, 2006).

No Nordeste, embora a inclusão do profissional da fisioterapia no Programa de Saúde da Família avance a passos lentos, o Município de Sobral, Ceará, entre outros, desponta como uma possibilidade de efetivação desta rede social e de saúde, onde os fisioterapeutas, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, executam junto com outros profissionais, um atendimento integral à saúde da criança, mulher e idoso (ALMEIDA et al, 2006).

Surge, neste contexto, uma nova forma de atuar e pensar na área da fisioterapia, segundo a qual fatores políticos, econômicos, culturais e sociais convertem em prioridades como meios para promover melhores condições de vida e saúde, sendo a coletividade seu principal foco de interesse (DOMINGUEZ e HAMANN apud ALMEIDA et al, 2006).

Assim, urge a necessidade do profissional da fisioterapia inserir-se no ambiente domiciliar para o cuidado à saúde, tanto quanto a formação de parcerias com os familiares na tentativa de incorporação dos hábitos culturais e costumes do ambiente que se quer intervir. Cabe salientar que o atendimento a domicílio é um dentre outros serviços voltados ao idoso.

A interlocução entre a fisioterapia e outras áreas, não necessariamente só da saúde, como a assistencial, por exemplo, permitem prestar ao idoso um envelhecimento com qualidade de vida.

A intersectorialidade está relacionada à prática, ao enfrentamento de problemas reais. Ela é uma nova prática social, reconstruída a partir da reflexão e do exercício democrático.

A ação intersectorial não é um processo espontâneo, mas é um processo organizado e coletivo. Ela depende de uma ação deliberada, que pressupõe o respeito à diversidade e as particularidades de cada setor ou participante. Envolve a criação de espaços comunicativos, a capacidade de negociação e de trabalhar os conflitos para chegar às ações com maior potência. As ações que não necessariamente implicam na resolução ou enfrentamento final do problema principal, mas que implicam na acumulação de forças, na construção de sujeitos, na descoberta da possibilidade de agir (CAMPOS, 2000).

A intersectorialidade como processo permite uma articulação de diferentes setores sociais e a descoberta de caminhos para a ação, podendo transformar-se numa construção coletiva de um novo modo de estar no mundo. Essa capacidade de reconhecer o lugar do outro, compartilhar, de ser tolerante, de articular fragmentações é em si mesma um ganho fundamental e é capaz de alimentar a vontade de seguir participando de muitas das pessoas e coletivos.

A intersectorialidade envolve também a expectativa de maior capacidade de resolver situações, de efetividade e de eficácia, pois, em todas as experiências reconhece-se que ela se constrói sobre a necessidade das pessoas e setores de enfrentar problemas concretos. As questões concretas são as responsáveis por mobilizarem as pessoas, criarem espaço possível de interação e de ação. Assim, apesar do processo ser em si importante, é fundamental também que se produzam resultados parciais, palpáveis, perceptíveis para retroalimentar pessoas e setores participantes (ORGANIZAÇÃO, 2005).

Para desencadear uma atuação intersectorial, é necessário que o objeto proposto da ação seja uma questão que de fato mobilize e diga respeito a muitos outros setores, muito embora

alguns dos resultados concretos da ação intersetorial possam ser medidos através de indicadores de saúde. O que define a possibilidade de ação intersetorial é o tema, como por exemplo: qualidade de vida, violência, exclusão social, longevidade e etc.

Muitas das iniciativas intersetoriais têm partido ou contam com uma participação ativa importante dos atores oriundos do setor saúde. A compreensão da determinação social do processo saúde-doença, a percepção muito clara do impacto de ações não especificamente setoriais sobre a saúde, por exemplo, urbanização, saneamento básico e etc. e da impotência setorial diante de certos problemas como a morbidade e mortalidade por causas externas, fazem com que o setor saúde esteja mais mobilizado em propor a ação e a articulação intersetorial.

Um outro elemento que muitas vezes contribui para que a saúde provoque mais enfaticamente as articulações intersetoriais é a constatação cotidiana dos limites do setor para enfrentar os problemas de saúde, bem como o acúmulo do setor desde a base e na esfera municipal, tendo em vista a história do processo de Reforma Sanitária Brasileira, a constituição e funcionamento dos Conselhos e a presença ativa de múltiplos atores “da base” na definição das políticas de saúde são exemplos dessa hipótese. Há no entanto muito o que avançar em todos esses aspectos dentro da própria saúde e de sua articulação com os demais setores.

A qualidade de vida na terceira idade depende da interação de vários elementos da vida do idoso, dentre outros: da existência de redes de relações de amizade e de parentesco; das condições biológicas propiciadas pela genética; das condições físicas do ambiente; das condições oferecidas pela sociedade referentes à saúde, renda, educação formal e informal; do grau de urbanização; e pelo estilo de vida.

Nas falas que seguem, transparece a grande preocupação por parte dos idosos no que diz respeito ao uso adequado do corpo e a recuperação deste quando lesionado. Acreditamos

que esta preocupação esteja relacionada com o fato de todos os idosos, que fizeram parte da pesquisa, apresentarem doenças crônicas. Estas se não tratadas devidamente podem ocasionar a mortalidade e/ou a diminuição da capacidade funcional do cidadão, comprometendo sua autonomia e qualidade de vida, com conseqüente elevação do custo econômico e social. Cabe ressaltar que dos 26 entrevistados, somente 12 (46,15%) já ouviram falar em fisioterapia e dentre estes, 05 (19,23%) já fizeram tratamento fisioterápico em clínicas e 03 (11,53%) encontram-se em atendimento fisioterápico na Clínica Porto Alegre.

“Melhorar as condições das pessoas. Até antes, a pessoa que tinha derrame acabava ficando numa cadeira de rodas. Hoje, a pessoa sai da cadeira. É um grande avanço” (suj. 10IG).

“Orientando os exercícios certos para quem tem artrite” (suj.14IG).

“Estimulando a usar o corpo corretamente para não ficar travado e não ter dor” (suj.8IG).

Nas últimas décadas, a preservação e a recuperação da capacidade funcional, associada às melhorias na qualidade de vida, tornaram-se objetivos centrais na saúde do idoso. A transição epidemiológica brasileira, de um período com alta prevalência de doenças infecciosas para o predomínio de doenças crônicas degenerativas, instiga a implementação de programas de saúde eficazes com profissionais qualificados para atender os idosos.

5.1.2.3 Dando voz aos idosos: percepção do processo de envelhecimento, autonomia e saúde

Dos 26 entrevistados, 21(80,76%) definiram sua saúde como boa, 04 (15,38%) como ótima e 01(3,84%) como ruim. Quanto ao estado de saúde comparado a outras pessoas da

mesma idade, 20 (76,92%) disseram estar melhor, 04 (15,38%) igual, 01 (3,84%) pior e 01 (3,84%) não sabe.

O significado de saúde vem sofrendo alterações, principalmente no modelo de saúde adotado, passando do hospitalocêntrico, curativo e reabilitador para um assistencial promotor de saúde, preventivo e com participação popular e de diferentes profissionais da saúde. Assim, entende-se por saúde não como o avesso da doença, mas como equilíbrio do ser humano.

A Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madri, 2002, considerou como critério de saúde, para idosos, o completo bem-estar físico, psíquico, social, e não somente a ausência de enfermidade ou acidente, como era concedida a saúde anteriormente (BALBINOTTI, 2003). Para Caillard (1991), saúde é a capacidade de viver ou manter o equilíbrio psíquico, físico e social.

Isto implica a concretização de metas, projetos de vida que contribuam para o bem-estar psicológico e sentimento de realização pessoal.

Quando era jovem não realizei meu sonho, que era a música. Aos 70anos fui aprender a tocar órgão. Sempre tive paixão pela música, mas tinha que trabalhar e cuidar dos filhos, não tinha como estudar...Hoje aos 87 anos sou uma pessoa realizada, mas nunca fiquei parada, sempre corri atrás do queria. Quando estou em casa sem ter o que fazer ou me sentindo sozinha, começo a tocar e perco a hora. Também componho as letras e escrevo poesia (suj.2IG).

Nesta fala constata-se a existência do otimismo, transformando o período da velhice numa experiência positiva de vida. A música permitiu a elaboração dos seus conteúdos internos, emocionais e afetivos, num processo contínuo de estruturação e ordenação associadas a grandes descobertas.

A música é um produto da inteligência humana. Ela vincula a capacidade de criar e recriar do indivíduo. A música é o elo da superfície e da profundidade de nós mesmos. É um canal de comunicação, direto, de nossos sentimentos e expressões, estabelecendo nossas diferenças e semelhanças com o outro (SOUZA, 2002).

O idoso, muitas vezes, tem conceitos cristalizados e opiniões formadas, levando-o ao descrédito de suas potencialidades e capacidades, que podem ser desenvolvidas, como é o caso do relato que segue.

“Gostava de cozinhar, após o derrame não pude mais...Minha mão direita não funciona e com a esquerda não consigo” (suj.19IC).

O relato deixa clara a negligência da mão afetada pelo derrame cerebral, a descrença de novas potencialidades e adaptações à nova realidade corporal. Tal conduta muitas vezes está associada à falta de acesso à informação. Segundo Ryerson (1994), as pessoas após sofrerem um AVC (acidente vascular cerebral) consideram-se impotentes para a vida, negando a existência do lado do corpo afetado para o movimento.

Esta negligência corporal estaria associada à falta de conscientização corporal e aos preconceitos impostos numa sociedade capitalista e excludente, onde tudo que foge dos padrões normais ou ditos normais são rejeitados. Os idosos que apresentam seqüela pós- derrame cerebral não são diferentes do indivíduo destro que ficou com imobilização do punho direito por meses ou àquele que teve sua mão direita amputada, no que tange a vontade de vencer obstáculos e se readaptar a nova realidade imposta. O indivíduo que teve sua mão imobilizada e/ou amputada é obrigado a usar a mão esquerda para escrever, escovar os dentes, etc. Este cidadão adaptou-se a necessidade do momento, criou estratégias, desenvolveu uma nova

consciência corporal para poder manter sua autonomia de vida. Cabe salientar que a falta de informação quanto à patologia presente gera insegurança, descrença e desenvolve na maioria das vezes quadros depressivos. A orientação nestes casos por parte de um profissional da saúde é imprescindível na busca de uma melhor qualidade de vida e autonomia. O fisioterapeuta pode auxiliar no ganho do movimento e na readaptação deste indivíduo à sociedade.

“Minha paixão é voltar a ter um pedacinho de terra para plantar e fazer uma casa para não chover dentro. Moro na vila e a parede da casa é o muro; quando chove molha dentro” (suj. 201C).

A fala traz indícios das condições precárias de habitação, produtos de uma violência estrutural que nega ao idoso o acesso ao exercício de uma cidadania plena. Sposati (1996) retrata o caráter estrutural da exclusão, dizendo que a desigualdade social, econômica e política da sociedade brasileira, é incompatível com a democratização da sociedade.

A exclusão é uma impossibilidade de poder partilhar; leva à vivência da privação, do abandono, da recusa e da expulsão, inclusive com violência, de um conjunto significativo da população. Assim, a privação coletiva é o que se entende por exclusão social. Ela inclui discriminação, pobreza, não equidade, não acessibilidade, subalternidade e não representação pública (SPOSATI,1996).

A pobreza contemporânea tem sido percebida como fenômeno multidimensional, não sendo apenas resultante da falta de renda, mas associada a outros fatores, como o precário acesso aos serviços públicos e a ausência de poder (WANDERLEY, 1997).

Para Wanderley (1997), o novo conceito de pobreza se associa ao de exclusão, vinculando-se às desigualdades existentes, a privação de poder de ação e representação.

Os integrantes do Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas não se consideram velhos, apesar de terem idade cronológica atribuída à velhice. Enquanto, 03 dos idosos pertencentes ao Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol se consideram velhos, por julgarem sua aparência física desgastada e por estarem com problemas de saúde. A visão positiva do envelhecimento é observada na maioria (88,46%) dos entrevistados.

“Acho que envelhecer é ser igual à árvore...igual ao maracujá, vai ficando muito por fora, amadurecendo por dentro e não é ruim, pois a essência é muito melhor” (suj. 11G).

“Envelhecer é recordar o que a gente já viveu, procurando viver cada dia melhor” (suj.10IG).

“Envelhecer é chegar no fim da vida porque não me acho velha. Cada etapa da vida deve ser bem vivida, sempre buscando fazer com que cada dia seja melhor” (suj. 2IC).

“Envelhecer não tem a ver com idade e sim com interesses de vida. Quando a pessoa não tem mais interesse por nada, ela envelhece” (suj.7IG).

“O corpo envelhece, a cabeça não, porque se determina ainda” (suj.16IG).

Conforme envelhecemos, mudanças físicas vão acontecendo. Elas resultam de alterações nos sistemas e órgãos do corpo em ritmos diferentes numa mesma pessoa e entre pessoas diferentes, mas isso não precisa implicar em perda da saúde ou da vitalidade.

A velhice como etapa do ciclo de vida não é feita só de declínios e perdas, porém abriga oportunidades de mudanças positivas e de um funcionamento produtivo. Acreditamos que os idosos participantes da pesquisa, possuem uma imagem boa da velhice, porque conseguiram adaptar novos objetivos a cada nova realidade. Estes indivíduos integram-se ao seu meio, mas não perderam a sua essência individual; empenham-se no alcance de metas significativas de vida e na manutenção ou no restabelecimento do bem-estar psicológico. Para

Novaes (1995), o envelhecimento não se restringe a seguir um caminho já traçado, mas construí-lo permanentemente.

5.1.2.4 Idoso e relações familiares: indícios de violência

Tomar remédio demais. Os médicos enchem a gente de remédio. Já perdi as contas de quantos eu tomo por dia... Teve um tempo que de tanto remédio passei a ter tonturas e fraqueza, caía com freqüência e comecei a ficar com medo de sair de dentro de casa....tirei o diurético por conta e estou bem melhor, não cai mais (suj. 3IG).

A fala retrata o descontentamento com a ingestão de um número elevado de medicamentos. Ishizuka e Filho (2006) relatam em estudos, haver uma associação entre as quedas e o número de medicamentos tomados; quanto mais medicamentos, maior é o risco de queda. Sabe-se também, que os psicotrópicos, diuréticos, antidepressivos e antiparkinsonianos especialmente em doses inapropriadas, podem contribuir para as quedas nos idosos pela diminuição de alerta, depressão da função psicomotora, ou ainda causar fraqueza, fadiga, tontura ou hipotensão postural. Esses efeitos adversos podem refletir num frágil estado de saúde de um idoso. Cabe aqui ressaltar que o assunto medicação surgiu do questionamento quanto ao tipo de atendimento que a pessoa idosa acredita não necessitar na velhice. A violência emergiu das falas dos idosos por isso tornou-se uma categoria a ser relevante dentro do contexto em que se insere o idoso.

“Depois que infartei vivem mandando eu sentar ou deitar, mas eu não sou cachorro. Até meus netos ficam controlando para eu não fazer nada; já enchi o saco.”(suj.1I).

“Gosto de limpar a minha própria casa, fazer comida, mas meus filhos não querem que eu faça e sim que alguém faça por mim” (suj.2I).

“Incheção de saco. Filho se metendo nos meus afazeres” (suj.71).

Nestas falas, denotam-se a indignação dos idosos com o excesso de proteção por parte dos familiares, principalmente no que se refere à autonomia.

O grupo familiar constitui-se num campo dinâmico, no qual agem tanto fatores conscientes como inconscientes, presentes e passados, e exerce uma profunda e decisiva importância na estruturação do psiquismo, tanto dos pais como dos filhos. Os filhos são poderosos agentes ativos nas transformações dos pais e na estrutura da totalidade da família (BALBINOTTI, 2003).

A idade avançada traz consigo perdas e mudanças em situações que se sucedem rapidamente. Muitas destas perdas vão minando a imagem reforçada pela sociedade de parecerem jovens, saudáveis e imortais. Algumas destas mudanças são de natureza física, tais como doenças ou agravos de saúde. A chegada da idade avançada se associa com saúde debilitada, e se estima que as mulheres enfrentam maiores problemas de saúde e doenças crônicas do que os homens (MEHDIZADEH, 2002), tendo em vista que as mulheres vivem mais do que os homens.

Com a perda do pai, as regras e leis familiares começam a ser transmitidas pelos filhos compondo a herança transgeracional. Os filhos se colocam no papel de protetores e controladores das mães; visam dar-lhes estabilidade e segurança. No entanto, acabam oprimindo-as à liberdade de escolha, fortalecendo os mitos e os preconceitos pessimistas de uma visão errônea da velhice, derivados de uma construção social historicamente instituída na lógica capitalista. Os idosos do sexo masculino também sofrem com esses estereótipos.

A perda de um dos cônjuges urge a necessidade de adaptações que os filhos julgam primordiais ao seu idoso, porém não questionam se ele precisa desses mecanismos de adaptação. As mulheres idosas em sua maioria aceitam essa submissão de forma passiva. Para Narvaz e Koller (2004), a opressão tem se mantido através da perpetuação da estrutura patriarcal, pela reprodução dos valores e normas ditadas pelo masculino e admitidas pelo feminino, mediante diferentes gerações culturais. Neri (2000) relata que as mulheres sempre exerceram um papel central na estrutura familiar. A identidade feminina era determinada pelos papéis de esposa e de mãe comprometidas com o lar, o casamento, a educação dos filhos e o cuidado dos mais velhos e os doentes. O requisito básico a estes papéis impele a mulher idosa a submeter-se e tomar conta dos demais, discurso que é assimilado na sua socialização dentro da família, forçando uma subjetividade não independente e/ou autônoma.

Neste contexto, existem algumas violências que tendem a ser invisibilizadas, como a falta de privacidade dos idosos na sua própria casa, ocasionada com o retorno ou permanência dos filhos, netos, funcionários; isolamento social; controle rigoroso sob sua autonomia e outros.

A violência pode possuir várias faces, pode ser aquela percebida pela identificação do sujeito violento e do sujeito-objeto violento e pode ser aquela que envolve ações de sujeitos invisíveis, onde não se percebe o ato concreto da violência, mas apenas os resultados, como por exemplo, a privação de autonomia, gerando a irritabilidade nos idosos associada a quadros posteriores de isolamento social intencional com conseqüente depressão.

A violência nem sempre é identificada, principalmente a emocional, mas pode se manifestar em adoecimentos freqüentes, ansiedade, dores de cabeça, comportamento agressivo, distúrbios alimentares e do sono, depressão, irritação, entre outros. A violência emocional é toda omissão ou ação que causa ou visa causar danos à auto-estima, à identidade ou desenvolvimento do indivíduo. Tal violência pode ser exemplificada por insultos constantes, humilhação,

chantagem, ridiculização, manipulação afetiva, isolamento de amigos e familiares, privação arbitrária da liberdade, desvalorização, confinamento doméstico, rechaço, ameaças e outras (Grossi, 2006). Percebe-se este tipo de violência nas falas dos idosos.

Muitos dos sintomas apresentados pelos idosos, tais como a depressão e a irritabilidade, são naturalizados e reforçados pelas crenças populares de que esses sintomas são crônicos na velhice (IBIAS e GROSSI, 2001). As mulheres idosas sofrem muito mais que os homens, no que se refere ao autogerenciamento de suas vidas, já que culturalmente as regras ditadas no lar provêm do marido; sendo elas dependentes não possuem capacidade de governar suas ações e sua própria vida, o que reflete numa auto-estima baixa com decréscimo do sujeito ativo.

A invisibilidade das mulheres e de seus direitos humanos, e conseqüentemente a invisibilidade da violência contra a mulher, são processos culturais e históricos, portanto passíveis de reversão (STREY E WERBA, 2001). Strey (2004) sustenta dizendo que o patriarcado fabrica pessoas em referência as significações imaginárias sociais, impondo na sociedade o código patriarcal, onde a violência contra a mulher é parte de um sistema simbólico dado.

Todos os idosos referem que a família é de grande importância na sua qualidade de vida e definem suas relações familiares como boa e muito boa. No entanto, durante as entrevistas é possível observar certa contradição nas referências sobre a família, como mostra as falas que seguem.

Meu filho é muito bonzinho, mas não quis estudar...agora tá preso, mas ele não tem culpa tava alcoolizado e com “pedra” na cabeça quando matou o cara no bar. Os amigos acho que usam pedra...todos aqui da rua usam...Eu sigo o que minha mãe dizia: beber faz mal, mas as minhas gurias enchem a cara...O meu

falecido um dia ficou tão bêbado que vendeu o terreno da nossa casa..ele era ruim para mim, pois me batia e botava muita mulher dentro de casa, mas eu não deixei por menos, na época trai ele com um vizinho solteiro e fugi com o vizinho.Todo mundo falava e ele ficou pau da vida.... vinha atrás e ameaçava de me matar...Eu não deixava barato. Se ele podia fazer..eu também podia (Suj. 20IC).

No relato, evidencia-se a proteção à imagem da família mediante a justificativa para o ato praticado pelo filho; verifica-se abuso emocional por intermédio de ameaças de morte, violência física manifestada por lesão corporal e violência sexual por adultério consumado dentro do próprio lar. Para Grossi (2005), a violência física ocorre quando uma pessoa está em uma relação de poder em relação à outra, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode causar ou não lesões externas e internas. Enquanto a violência sexual é toda ação, na qual a pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga outra ao ato sexual contra sua vontade, ou que exponha em interações sexuais que propiciem sua vitimização, da qual o agressor tenta obter satisfação.

A forma que a idosa reagiu para confrontar o comportamento do agressor foi por meio da traição conjugal, visando desvalorizar e humilhar seu machismo cultural. Podemos constatar que ambos exerceram o abuso emocional como forma de violência psicológica. Também se averigua esta violência na fala que segue:

Os meus netos são queridos...mas falta respeito...é brabo... a gente fica velha e eles nos dizem horrores...minha filha não recrimina eles. No meu tempo a gente era educada para respeitar os pais e os avôs, agora essa geração não tem limite (suj. 3IG).

A violência psicológica pode ser entendida como toda a ação ou omissão que causa ou visa causar danos à auto-estima, à identidade ou desenvolvimento da pessoa. Exemplos:

agressão verbal crônica, humilhação constante, chantagem, desvalorização, ameaças, confinamento doméstico, isolamento de amigos e familiares, manipulação afetiva e outros (GROSSI, 2001).

“A família é tudo legal...Meu filho mais novo, quando ta bêbado incomoda por causa do dinheiro que ganhou. Ele quer que eu dê dinheiro. O que ganhou do Benefício é muito pouco...” (suj.211C).

Nesta fala denota-se a exploração econômica por parte do filho. A violência econômica é muito freqüente, porém menos visível. Para Grossi et al (2003), a violência financeira consiste no uso inadequado do dinheiro da pensão do idoso para utilização pessoal sem autorização prévia do idoso, retirada da pensão do idoso, forçando ou coagindo o idoso a dar o dinheiro e assinar procuração de plenos poderes, entre outras. A mesma autora (2002) pontua a presença de pessoas dependentes químicas no meio familiar como sendo fator de risco para a ocorrência de abuso contra o idoso. Gabinet (1996) considera que, quando a pessoa que cuida do idoso apresenta problemas de alcoolismo, dependência de drogas ou dificuldades emocionais, aumenta o risco de ocorrência de maltrato.

A violência contra a pessoa idosa não é fenômeno recente em nossa sociedade, mas tem sido dada maior visibilidade com a implantação da Delegacia de Polícia de Proteção ao Idoso. Dados registrados na Delegacia especializada para o atendimento à pessoa idosa em Porto Alegre em 1999, revelam que houve 69 casos registrados de lesão corporal, 108 casos de maus-tratos, 77 casos de abandono material e 389 fatos não especificados como violação de direitos contra os idosos. Pesquisa do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais revelou que 40% das ocorrências registradas pela polícia pelos idosos são contra os filhos, netos ou cônjuges e 7%

contra outros familiares. Os conflitos domésticos, que constituem em quase metade das ocorrências registradas, ultrapassam os conflitos com os vizinhos.

Entre os motivos alegados para os conflitos estão: disputa pelos bens do idoso, e dificuldades da família em sustentá-lo, entre outros (ZERO HORA, 2000).

“Podia ter sido alguém na vida. Não tive oportunidade de estudar. Quando casei piorou, pois o meu marido não deixava eu ir nem no quintal da casa” (suj.11G).

Esta fala evidencia a dominação masculina sobre a mulher, denota a privação arbitrária de liberdade por meio de confinamento doméstico e impedimento de estudar. A falta de escolaridade é considerada um fator de risco para os maus-tratos em idosos, que se vêem com opções limitadas de enfrentamento à violência, principalmente no que se refere à autonomia financeira.

Na convivência diária entre homens e mulheres emergem alguns modelos de masculinidade que são seguidos por meninos, adolescentes e homens de qualquer idade na construção de uma identidade machista..

O senso comum de quase qualquer cultura ou sociedade, relata que os homens devem ser agressivos ou mesmo violentos para expressarem sua masculinidade. Desta forma masculinidade requer uma dose de violência. A prevalência cultural da masculinidade leva à violência contra mulheres e meninas de várias idades colocando em risco o desenvolvimento saudável da próxima geração (STREY, 2004).

Segundo Haward (2001), os maiores predadores de seres vulneráveis continuam sendo e foram os homens. Para Strey (2004), o movimento predatório sobre as mulheres vem da

concepção historicamente baseada e sustentada por filosofia, teorias científicas e humanísticas e outros apoios ideológicos patriarcais, de que os homens são seres superiores, construtores de cultura e da história, enquanto que as mulheres são seres inferiores, próximas à natureza, devendo, por tanto serem submetidas exatamente como tem sido a natureza, ou por ordem divina ou por direito conquistado pelos seres humanos de sexo masculino.

A superioridade masculina tem sido contestada ao longo dos tempos e segue até os dias de hoje, tanto por mulheres como por alguns homens e também pela filosofia e teorias, com resultados pouco alentadores, como é o caso das mulheres mulçumanas, que após casarem são submetidas a um confinamento doméstico, uso do véu em exposição pública e a maioria só sai à rua ou a qualquer outro evento na companhia do marido. Estas questões têm sido levantadas nas agendas acadêmicas, políticas e governamentais de maneira geral.

A resistência de uma mulher a opressão está ligada ao processo de conscientização e fortalecimento. Isto implica que ela não apenas compreende sua sociedade e o lugar que nela ocupa, mas que ela realiza esforços para modificar relações sociais (STROMQUIST apud GROSSI, 2001). A mulher deve, inicialmente, reconhecer as forças sistêmicas que a oprimem, para poder desafiar a imagem de si própria como cidadã sem poder.

5.1.2.5 Redes sociais na promoção da autonomia e saúde dos idosos

As redes sociais implicam no processo de construção permanente, tanto individual como coletivo (DABAS, 1995). Dessa forma, redes sociais são grupos de pessoas, significativas umas para as outras, que, ao realizarem intercâmbios entre si e com outros grupos

significativos, podem potencializar os recursos que possuem, havendo uma articulação entre relação, solidariedade e autonomia (GIONGO, 2001).

Para Elkaim (1995), rede social é definida como um grupo de indivíduos, membros da família, vizinhos, amigos e outras pessoas, capaz de oferecer ajuda e apoio real e duradouro a um indivíduo ou uma família.

A formação de redes sociais assume uma qualificação específica na articulação dos recursos disponíveis para atender as demandas sociais. Seu objetivo é a construção de uma práxis interdisciplinar no atendimento a situações individuais e/ou coletivas que emergem em um determinado contexto social, visando a geração de soluções para os problemas que emergem em uma determinada comunidade (TURCK apud GUILAMELON e HILLEBRAND,2007). Então podemos dizer que as redes sociais são ligações humanas que se estruturam como sistemas de apoio para manutenção e promoção da saúde das pessoas, tendo os recursos partilhados entre os membros desse sistema. O conhecimento da rede de recursos da comunidade é essencial para o atendimento das demandas sociais dos idosos (GUILAMELON e HILLEBRAND, 2007).

Nas literaturas que abordam redes, é freqüente encontrarmos termos diversos, mas que pretendem significar aspectos semelhantes, porém nem sempre são usados na forma mais adequada. Dentre estes termos podemos citar: rede social, rede de suporte formal ou informal, rede natural de ajuda e serviços de suportes.

A rede social refere-se às relações sociais e às características transacionais e morfológicas. A forma como as relações sociais estruturam os comportamentos cotidianos e são mobilizadas em cada circunstância específica, caracteriza a integração social da pessoa. A rede de suporte, ou apoio, refere-se a uma ajuda concreta às pessoas, divide-se em rede de apoio

informal, ou primária, e rede de apoio formal, ou secundária (PAÚL, 1991; GIONDO, 2001). Rede primária, ou informal, é aquela formada por laços de família do próprio idoso e também pela vizinhança, amizade e trabalho, estando marcadas pelas relações afetivas e de reciprocidade entre os membros, assim como a condição social na qual se encontram (SANICOLA,1994).

A rede secundária, ou formal, inclui serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local (lares para terceira idade, serviços de apoio domiciliar, centros dia e outros), formada para desenvolver funções específicas e comuns, como nos sindicatos, clubes sociais e cooperativas, onde seus integrantes cumprem papéis determinados e suas relações se dão a partir do direito ou do dinheiro (SANICOLA apud GUILAMELON e HILLEBRAND,2007).

As redes sociais de apoio possuem uma importância crucial na vida dos idosos, pois permitem que o velho pertença a grupos de comunicação e obrigações recíprocas, levando-os a escapar do isolamento e do anonimato.

Na opinião de Thoís (1995), Matos e Ferreira (2000), o apoio social não deve ser simplesmente uma construção teórica, mas antes um processo dinâmico e complexo, que envolve transações entre indivíduos e as suas redes sociais, no sentido de satisfazer necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem no enfrentamento das exigências para atingirem novos objetivos. Desta forma, podemos dizer que o apoio refere-se às atividades dos domínios expressivo e instrumental, enquanto o social condiz com o vínculo da pessoa ao meio social que pode ser comunitário, de relacionamento íntimo e de rede social.

O apoio social terá um efeito direto sobre o bem-estar do idoso, favorecendo a saúde. Quanto maior for o apoio social menor será a incidência dos transtornos físicos e psicológicos neste segmento da população.

No Brasil, existe uma carência de redes de suporte formal ao idoso, ficando claro que a tarefa de amparar as pessoas velhas está quase que exclusivamente, sob a responsabilidade das famílias, já que as organizações comunitárias também se mostram bastante incipientes (LEITE et. al, 2006).

Os Grupos de Convivência fazem parte da rede de suporte formal ao idoso. As contribuições derivadas destas redes podem ser visualizadas nos depoimentos dos idosos, reforçando a importância desta modalidade de atendimento aos cidadãos da terceira idade, prevista na Política Nacional do Idoso.

No grupo o ambiente é muito agradável. Se as pessoas participassem mais não estariam dentro do caramujo... não morreriam. No grupo é possível trocar idéias, aprender com os professores sobre tomadas medicinais. É tudo muito bom (suj.2IG).

O grupo mudou totalmente a qualidade da minha vida. Dá estímulo pelas amizades. Conheci bastante gente e hoje não fico em casa sem fazer nada, tenho o compromisso de vir toda a semana...minha saúde e mente melhoraram. Antes ficava em casa pensando besteira e já tava ficando doente da cabeça..assim deprimida (suj.10IG).

Aprendi muito no grupo. Criei amizades e adquiri informações para a vida. Eu não tinha trato social, fui criada muito presa e depois que casei piorou. Quando meu marido faleceu, fiquei mais bicho do mato, até que encontrei o grupo (suj.11G).

Nas falas é possível perceber a importância dos grupos de convivência na vida dos idosos. Tal importância é salientada por Giustina (2003) ao se referir ao grupo, como uma forma de superar o isolamento, o tédio, a superação dos problemas de saúde, a falta do que fazer, a forma de realizar o saber, de retomar a alegria e o entusiasmo de viver. Por intermédio do grupo é possível que o idoso possa se redescobrir.

O Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas comemorou no dia 22 de outubro de 2006, seus 30 anos de existência. Para tamanho festejo foi realizado um almoço de

confraternização entre os idosos (figura 2), seus familiares e amigos, que se estendeu com sorteios, apresentação musical, palestras e parabéns contemplado com bolo (figura 3).

O evento contou com a participação das primeiras coordenadoras do Grupo, que prestaram suas homenagens e descreveram a trajetória desenvolvida ao longo destes 30 anos de existência.



Figura 2: Almoço de confraternização

A criação dos grupos de idosos pode ser iniciativa das prefeituras, das paróquias e igrejas de várias denominações, das escolas, sindicatos, associações de bairro, clubes de serviço e outras instituições. Portanto, os grupos podem ser organizados em comunidades urbanas e rurais, bairros e/ou onde quer que exista um número de idosos suficiente, em condições de serem agrupados, independente de serem muitos ou poucos (GIUSTINA, 2003). Esta afirmação condiz com o fato da maioria dos idosos participarem de mais de um grupo de convivência.



Figura 3: Bolo do aniversário do Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas

O Grupo Calêndula, constituído por alguns idosos do Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas (figura 4), desenvolve um trabalho voltado para a música, com encontros semanais. As afinidades com o canto é que fazem com que integrantes do grupo permaneçam unidos, sendo uma das idosas que compõe as letras. Consta, no anexo 4, uma das composições musicais.



Figura 4 - Grupo Calêndula

A música reativa o processo de ressocialização do indivíduo, potencializando a força criativa do mesmo a partir do prazer de improvisar, criar, cantar, tocar, movimentar-se ao som das canções, partilhando experiências. A música, atuando como suporte de caráter preventivo-social, visa, inicialmente, estabelecer um elo entre os participantes do grupo, no compartilhar de experiências sonoro-musicais (SOUZA, 2002).

As experiências desenvolvidas dentro dos grupos permitem a criação de novos valores, novas maneiras de pensar e agir. Neles se estabelecem redes de amigos, representando uma alternativa de apoio social.

5.1.2.6 Acesso à informação sobre direitos dos idosos

Dos 26 idosos, 03 (11,53%) conhecem a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, enquanto a grande maioria, 23 idosos (88,46%) não os conhecem. Esta situação é vergonhosa pelo contraste que se estabelece numa sociedade globalizada, onde os avanços tecnológicos são surpreendentemente rápidos. A informação via meio de comunicação chega numa velocidade surpreendente, no entanto parece não atingir esta parcela estudada da população.

Já vi alguma coisa na televisão sobre o Estatuto , mas como não sei ler não prestei muita atenção. Já me disseram que tenho direito a pensão do meu falecido marido. Ele tinha carteira assinada. Como não sei ler tenho medo de sair sozinha e me perder, só ando aqui por perto. Graças à antiga assistente social que foi me buscar em casa, hoje eu ganho meu salário todo o mês. Ela foi comigo e providenciou a papelada toda. Agora não tenho quem vá comigo e eu tenho medo de ir sozinha. Uma vizinha disse que eu vou acabar perdendo o dinheiro bom que viria do meu falecido...Que vou fazer ? (suj.24IC).

Neste relato evidencia-se a perda de autonomia no ir e vir oriunda do analfabetismo. A insegurança de lançar-se na busca de seus direitos garantidos por lei é um indício claro da falta de informação, privando a inserção social deste cidadão. Ao mesmo tempo em que o analfabetismo é um sintoma da pobreza, é também causa da mesma. Silva (2003) reporta os prejuízos do analfabetismo para a cidadania. Os indivíduos que não sabem ler apresentam maiores dificuldades para fazer valer os seus direitos, comprometendo a própria mobilidade social.

Esta narrativa também evidencia a necessidade do serviço social no acesso aos direitos, reforçando a importância do compromisso ético-político com a igualdade social.

O reconhecimento de ter direito e o exercício pleno da cidadania é limitado por condicionantes estruturais, como o analfabetismo e a pobreza entre outras.

O contingente de analfabetos é enorme em pleno século XXI. Os brasileiros que não sabem ler e escrever atingem 16 milhões, enquanto os que tem menos do que a 4ª série do ensino fundamental, os analfabetos funcionais, são mais de 34 milhões. No total são 50 milhões de analfabetos brasileiros. A distinção entre estes dois conceitos é plenamente acadêmica (SANTOS, 2003).

A pobreza, exclusão e subalternidade configuram-se como indicadores de uma forma de inserção na vida social, de uma condição de classe e de outras condições reinteradoras da desigualdade, expressando as relações vigentes na sociedade. São os produtos destas relações que produzem e reproduzem a desigualdade no plano social, político, econômico e cultural, definindo para os pobres um lugar na sociedade (YAZBEK, 2001).

Os impactos destrutivos das transformações em andamento no capitalismo contemporâneo vão deixando suas marcas sobre a população empobrecida: o desconforto da moradia precária e insalubre, a alimentação insuficiente, a fome, a fadiga, a debilidade da saúde, a resignação, a revolta, a ignorância, a tensão e o medo são sinais que muitas vezes anunciam os limites da condição de vida dos excluídos e subalternizados na sociedade (YAZBEK, 2001). Os idosos pobres são duplamente vulneráveis na sociedade contemporânea, pois sofrem os preconceitos estabelecidos pela sua condição de velhos, imagem associada a um sapato gasto que não serve para mais nada e são marginalizados pela miséria.

5.2 INTERVENÇÃO (2ª PARTE DA 2ª ETAPA)

5.2.1 Com a equipe profissional

A palestra e as demonstrações práticas da pesquisadora para a equipe profissional contaram com o seu improviso, para que fossem realizadas com sucesso, visto os recursos materiais (data show e projetor de tela) solicitados com antecedência não terem sido disponibilizados no dia previsto.

A pesquisadora utilizou-se de um esqueleto anatômico (figura 5), de sua propriedade, para ilustrar a coluna vertebral, explicando a constituição anatômica, limites de movimentos por região (cervical, dorsal, lombar, sacral), reação da coluna a carga de peso, cuidados com a coluna vertebral, cuidados no manuseio dos idosos, perdas decorrentes do processo de envelhecimento, estimulação respiratória e outros. Os assuntos abordados foram decididos previamente pelos profissionais com a pesquisadora, conforme a necessidade levantada pelo grupo.



Fig. 5 : Esqueleto Anatômico



Fig. 6: Demonstração prática: estimulação respiratória

Na figura 6, vê-se que a pesquisadora utilizou-se de um colchonete, para substituir um travesseiro, e uma escrivaninha no lugar de uma cama, a fim de executar uma representação prática. Cabe aqui ressaltar que outros materiais também foram adaptados para suprir a falta dos aludidos recursos materiais não disponibilizados.

Foi aberto espaço para trocas de experiências, retirada de dúvidas, gerando ocasionalmente estudos de casos, como por exemplo: Idosa X com artrose joelho, apresentando dificuldade para caminhar, sair e entrar na Van (transporte fornecido pela instituição para idosos semi-independentes), em condições de moradia precária e outros fatores. Discutiu-se os limites e possibilidades decorrentes da patologia “artrose”, formas para todos poderem auxiliar na independência desta cidadã sem prejuízos à sua própria saúde e etc.

Pelos componentes da equipe profissional, foi destacada a necessidade de um fisioterapeuta na equipe. Disseram que a sua presença é imprescindível para a melhoria dos serviços prestados aos idosos.

No decorrer das informações transmitidas pela pesquisadora, emergiu a nova proposta do Centro de Convivência do Idoso que vem ao encontro do nosso projeto. O ano de 2007 iniciou com mudanças da coordenação da FASC e transformações no que se refere ao novo perfil dos idosos a serem inseridos no programa do Centro de Convivência, bem como o quadro de profissionais.

Quando o Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol foi criado, tinha-se por objetivo trabalhar a inserção social dos idosos, fortalecer as relações familiares e prevenir o asilamento, garantindo assim a valorização deles na sociedade. Desta forma implantava-se a proteção social básica de pequena complexidade.

Com o passar dos anos percebeu-se que os idosos da comunidade eram na sua maioria mais carentes do que inicialmente havia-se previsto na implantação do Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol e que os membros que compõem a equipe profissional não tinham condições e conhecimentos adequados para suprir as necessidades dos idosos, necessitando de adaptações a esta realidade.

Hoje a idéia é deixar de atender a rede de proteção social básica e passar para a rede de proteção social especial, tendo em vista a necessidade da comunidade. A necessidade de agregar profissionais da área da saúde com os da assistência urge na esfera do cotidiano.

Constituem proteção social o enfrentamento das situações de vitimização, fragilidades, vulnerabilidades, contingências e riscos a partir de ações, atenções, cuidados, auxílios e benefícios. Para sua efetivação, o SUAS orienta-se pelos princípios sócio-territorialização, proteção pró-ativa, integração à seguridade social, da matricialidade sócio-familiar, integração às políticas sociais e econômicas. Tem por objetivo as seguintes garantias: segurança de renda, acolhida, de vivência ou convívio familiar, comunitária e social, de desenvolvimento da

autonomia familiar, social e individual, de sobrevivência a riscos circunstâncias (PRATES, 2006).

A rede de proteção social básica, rede de proteção social de baixa complexidade, da FASC é a rede de serviços que executa programa e serviços destinados à população que mantém laços familiares e comunitários, mas que está economicamente e socialmente vulnerável. Oferece atendimento regionalizado, descentralizando os serviços e aproximando-os das comunidades que precisam deles (FASC, 2007). Dentro do público atendido estão as pessoas idosas.

A proteção básica pode ser complementada por convênios que ampliem vagas, como por exemplo, para serviços sócio-educativos, para complementar as necessidades demandadas pela população, no entanto, as funções de monitoramento da rede sócio-assistencial, devem ser exercidas diretamente pelo município, de modo a garantir a primazia do Estado na condição da política, conforme determinam a PNAS (2004) e a LOAS (1993).

O novo modelo de gestão supõe um pacto federativo, com definição de competências dos entes das esferas de governo. Está sendo construído por meio de uma lógica de organização das ações: com a definição de níveis de complexidade, na área da proteção social básica e proteção social especial, com referência no território, considerando regiões e portes de municípios e com centralidade na família. É, finalmente, uma forma de operacionalização da Lei Orgânica de Assistência Social, LOAS, que viabiliza o sistema descentralizado e participativo e a sua regulação, em todo o território nacional (NOB-SUAS, 2007).

A proteção social especial compreende a de média complexidade e alta complexidade. Os serviços de proteção social especial de alta complexidade são aqueles que oferecem atendimento às famílias e indivíduos com uma grave violação de direitos, sem vínculos familiares e comunitários e se inscrevem na necessidade de proteção integral a seus usuários

(NOB-SUAS, 2007). Serviços voltados para indivíduos que, por uma série de fatores não contam mais com a proteção e o cuidado de seus familiares.

Os serviços de proteção social especial de média complexidade são aqueles que oferecem atendimento às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos (NOB-SUAS, 2007).

Os serviços de proteção social de média e alta complexidade, também conhecidos como rede especializada, atendem à população que se encontra em maior grau de vulnerabilidade social, como crianças e adolescentes em situação de rua, adultos moradores de rua, idosos em sistema asilar e pessoa com deficiência (FASC, 2007).

As ações de proteção social especial, destinam-se ao enfrentamento do trabalho infantil, situações de negligência, maus tratos e violência, ao atendimento de usuários de substâncias psico-ativas, processos de rualização e outros. Para tanto, o sistema prevê unidades como albergues, moradias provisórias e abrigos, para idosos e adultos; repúblicas, abrigos e casa de acolhida, para crianças e adolescentes; serviços especiais de referência para pessoas com deficiência, abandono, vítimas de negligência, abusos e outras formas de violência, além de ações de apoio a situações de riscos circunstanciais em decorrência de calamidades e emergências (PRATES, 2006).

Durante todo o processo interventivo houve participação ativa dos membros da equipe profissional, desencadeando operações de reflexão, decisão, ação e revisão. Para Baptista (1981, 2003), o ser humano sempre analisou seus problemas, estudou as diferentes alternativas para solucioná-los, e organizou sua ação de maneira lógica, efetivando uma prática de planejamento.

Toda prática de planejamento requer as seguintes operações: Reflexão - condiz ao conhecimento dos dados, à análise e estudo de alternativas, à adaptação e combinação de

conceitos e técnicas de diversas disciplinas relacionadas com a explicação e quantificação dos fatos sociais, e outros; Decisão - refere-se à escolha de alternativas, à determinação de meios, à definição de prazos; Ação - relaciona-se à execução das decisões, sendo o foco central do planejamento. Realiza-se por etapas preestabelecidas na operação anterior, a partir de instituições e de pessoal especializado; Revisão ou Retomada da Reflexão - diz respeito à operação de crítica dos efeitos da ação planejada, com vistas ao embasamento de ações posteriores (BAPTISTA, 1981/ 2003).

Como podemos perceber as quatro operações se inter-relacionam em um processo dinâmico e contínuo, condizendo com o fato do projeto desenvolvido ter sido construído dentro de um processo de tomada de decisões. Os momentos específicos de tomada de decisão ocorreram por ocasião da definição de objetivos e metas, da escolha das prioridades e alternativas de intervenção, de modificações nos níveis e/ou na composição de recursos, e de distribuição de responsabilidades.

A revisão é indispensável no poder decisório em relação às mudanças propostas pelo grupo, gerando novas reflexões no alcance de uma atitude favorável.

5.2.2 Com os idosos

A palestra e as demonstrações práticas da pesquisadora para os idosos, requereram o seu improviso e a colaboração de alguns profissionais (Figura 7), para que fossem realizadas com sucesso, uma vez que os recursos materiais (aparelho de som e data show), embora tivessem sido reservados com vinte dias de antecedência, não foram disponibilizados no dia previsto.



Figura 7: Demonstração prática: levantar da cama sem sobrecarga na coluna

A pesquisadora alternou sua palestra com vivências corporais. Explicou, por exemplo, a forma correta de levantar da cama, sofá ou cadeira. Em seguida os idosos retiraram seus sapatos para vivenciarem o uso dos dedos dos pés como alavanca para efetuar o ato de levantar da cadeira, sem forçar a coluna e evitando possíveis quedas ao solo (Figura 8).



Figura 8: Vivência corporal: ato de levantar mediante uso dos dedos dos pés.

A pesquisadora orientou e auxiliou cada idoso na execução do movimento de levantar da cadeira, dentre outras vivências corporais. A intervenção com os idosos foi realizada com todos os participantes dispostos em um grande círculo.

No transcorrer do processo interventivo houve participação ativa de todos os idosos presentes, sem exceção. Eles esclareceram suas dúvidas, trocaram experiências, vivenciaram

algumas atividades no corpo, refletiram e analisaram os acontecimentos daquela tarde. Ressaltaram também a necessidade da presença do fisioterapeuta na equipe profissional.

Ao término desta intervenção todos seguiram para um chá de confraternização, cuja bebida, por ser quente, foi substituída por um suco de uva na temperatura natural, face ao calor que fazia naquele dia (Figura 9).



Figura 9: Momento de confraternização

Acredita-se que os idosos que estiveram presentes na reunião, possam ser multiplicadores dos conhecimentos obtidos, levando-os ao grupo, à família e a comunidade a que pertencem.

5.3 AVALIAÇÃO (3ª ETAPA DO PROJETO)

Quando se trabalha dentro de um enfoque dialético crítico, se faz necessário abandonar o enfoque fragmentário e pensar a proposta a partir das premissas metodológicas da dialética que ponham ênfase na totalidade, no caráter histórico dos processos sociais e no objetivo transformador e não meramente no produto final desta proposta.

A avaliação encontrou-se presente em todas as etapas do desenvolvimento do projeto, pois quando se iniciou a ação planejada, iniciou-se concomitantemente sua avaliação, independentemente de sua formalização em documentos.

Utilizou-se a avaliação na última etapa do projeto, como uma retomada, não por ser momento final, mas aquele em que o processo ascende a outro patamar, reconstruindo dinamicamente seu objeto, objetivos e procedimentos. A idéia de fechamento do trabalho mediante um feedback dialético foi para prover um debate reflexivo entre os idosos e a equipe profissional, gerando uma importante articulação teórica e integração entre os grupos.

Esta etapa do projeto teve início com a aplicação de uma dinâmica grupal, chamada Balão na roda, que consta descrita na página 65 da dissertação. A aplicação desta técnica proporcionou uma situação que favoreceu o diálogo, a discussão e a análise crítica sobre as conseqüências das intervenções no cotidiano dos idosos e da equipe profissional. A conscientização da importância da fisioterapia se manifestou através da adoção dos ensinamentos que foram conferidos lá nas palestras, nas demonstrações práticas e nas vivências corporais.

A pesquisadora assumiu um papel de coordenadora e de orientadora da dinâmica grupal e de todo processo avaliativo, de forma a gerar uma organização que permitisse que todos os participantes pudessem ser ouvidos e respeitados em suas opiniões. Nesta etapa do projeto não foi solicitado a disponibilização de recursos materiais, visto não terem sido postos à disposição quando requeridos para as intervenções. Os recursos materiais usados como

aparelho de som, balões, bomba para inflar balões, CD, canetas e outros foram fornecidos pela pesquisadora.

Durante toda a 3ª etapa do projeto (avaliação) foi sendo acionada a retomada dinâmica do processo, permitindo à pesquisadora garantir a perspectiva dialética de reflexão e permanente confronto com a realidade, por ocasião de novas tomadas de decisões.

Avaliar é tomar partido em relação à realidade analisada. No processo do projeto, a avaliação refere-se ao momento em que as decisões, os procedimentos de implementação e de implantação, o desempenho e os resultados da ação são colocados em questão visando à emissão de juízos. Para que a avaliação se realize é necessário comparar as informações obtidas antes e depois das operações do projeto (RIOS, 1999).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões iniciadas nesta pesquisa não são concluídas aqui, uma vez que a construção do conhecimento como processo é sempre algo que pode ser ampliado, complementado e até redefinido. A pesquisa conclui que a promoção da autonomia e da saúde na terceira idade é objetivo a ser alcançado, assim como demonstra ser também uma construção de uma vida toda, ou seja, precisa-se desta consciência para poder obter um envelhecimento digno e bem-sucedido.

É possível perceber que os idosos, em sua maioria, continuam dinâmicos, atuantes, construindo suas histórias, gerenciando suas vidas, deixando seus familiares sem saberem muito bem o que fazerem.

Existe uma ligação entre velhice saudável e vida independente. A maioria dos idosos quer ter a capacidade de decidir e escolher seus próprios caminhos, mesmo para as atividades de vida diária. Também não querem depender de ninguém para garantir o seu bem-estar (PASCHOAL, 1999). Esta afirmação condiz com os depoimentos dos participantes da pesquisa. Eles salientam que o excesso de zelo familiar prejudica a autonomia do idoso, com conseqüentes agravos à saúde. A família tende a querer privar o idoso até das atividades mais corriqueiras como, por exemplo, arrumar a própria cama.

Os integrantes da equipe profissional julgam-se velhos, mesmo não estando na idade cronológica atribuída à velhice. As justificativas atribuídas para tal denominação encontram-se centradas na presença de algumas doenças crônicas, como hipertensão arterial, artrose, problemas na coluna e por dificuldades de movimento corporal. Muito embora as doenças crônicas serem mais presentes na terceira idade, não são exclusivas da velhice.

A imagem da velhice associada à doença é evidente nas narrativas dos profissionais entrevistados. A visão negativa desta fase do ciclo vital reforça credences enraizadas numa sociedade capitalista. No entanto, os profissionais incentivam a autonomia, mesmo naqueles portadores de seqüelas neurológicas, mediante o desenvolvimento das capacidades adaptativas do idoso frente às novas vivências, às modificações sociais e familiares, e às realizações das atividades laborais.

Ao contrário da equipe profissional, os idosos integrantes do Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas e do Centro de Convivência do Idoso Nascer do Sol não se consideram velhos. Embora apresentem uma alta prevalência de doenças crônicas, a maioria deles, ainda preserva uma boa capacidade funcional.

“Para quem só pensa nos desencantos da maturidade, eu falo no encanto da maturidade. Para quem só sabe da resignação da velhice, eu lembro a possível sabedoria da velhice” (LUFT, 2004.)

Os idosos participantes da pesquisa conhecem as limitações decorrentes da velhice, mas valorizam a mente e não o corpo desgastado pelo tempo. Sabem que o segredo de viver bem é aprender a conviver com as limitações, entender, aceitar e lutar para que estes problemas sejam resolvidos ou diminuídos mediante exercícios físicos, otimismo, participação em grupos e outros cuidados.

A imagem positiva da velhice faz com que as experiências vividas nesta etapa da vida, transformem-se em um novo aprendizado para uma melhor qualidade de vida. Para Cardoso (2001), a doença e a renovação passam a fazer parte da vida diária.

Existe toda uma configuração social, onde é esperado que os idosos vivam sua velhice dentro dos esquemas normalizados pela sociedade. Desta forma, a velhice é percebida como marginalizada, perdendo, por isto, o seu valor social.

A população tem vivido mais e com isso as incertezas crescem, pois não sabe como controlar o tempo. No entanto é possível usá-lo para se favorecer ou para se aniquilar. Luft (2004) afirma que a velhice não é decadência, mas transformação. É necessário preparar as pessoas para encararem suas existências como um todo, com diversos estágios, variadas formas de beleza e até felicidade.

As pessoas ainda temem e detestam a velhice pela sua marca de incapacidade e isolamento. É algo a ser evitado como uma doença, uma praga.

As desigualdades sociais em nosso país têm gerado um número crescente de idosos incapacitados funcionalmente e com saúde precária. Os idosos sofrem de doenças crônicas degenerativas, o que implica em redefinições nas políticas de saúde voltadas para este segmento. A esse respeito Veras e Camargo (1995) ainda chamam atenção para o aumento de custos com internação, medicamentos, tratamento e equipamentos que atendam de modo adequado às demandas dos idosos, tendo em vista que o envelhecimento da população tem sido permeado por carência geral de recursos que garantam programas públicos de qualidade.

Porém, numa sociedade em que sucesso e felicidade se reduzem a dinheiro, aparência e sexo, ser maduro ou velho é ser descartado. “Cada dia será o dia do desencanto. Em lugar de viver se é consumido. Em vez de conquistar se está sendo literalmente devorado pelos fantasmas - na medida em que se permite isso” (LUFT, 2004).

Tradicionalmente o desempenho dos fisioterapeutas tem se concentrado, de modo quase exclusivo, na atenção clínica e hospitalar, limitando as oportunidades para a realização de investigações, a realização de trabalho social nas comunidades e a produção de conhecimento científico em geral. Porém, a fisioterapia coletiva tem surgido como uma possível resposta aos desafios apresentados pela realidade do mundo atual, como o avanço da ciência e tecnologia em saúde, novas necessidades das coletividades e os imperativos da natureza epistemológica.

As transformações dos quadros de mortalidade e morbidade ocorridas nos últimos vinte anos em muitos países – relacionados diretamente com práticas preventivas e com mudanças nos hábitos de vida têm colocado em pauta discussões que valorizam a produção social do conhecimento em saúde, gerando tensão epistêmica ou crise do paradigma terapêutico-curativo vigente durante boa parte do século XX (DOMINGUEZ & HARMANN, 2004).

Prestar um cuidado ao indivíduo de forma integral, visando-o como ser humano único formando um todo complexo, membro de uma família que interage com os outros grupos sociais, vivendo em uma comunidade e em um determinado ambiente, é um objetivo que os profissionais de fisioterapia têm se proposto a alcançar, apesar de grandes dificuldades e correntes opostas ao seu alcance.

O governo brasileiro instituiu a Política Nacional do Idoso, regulamentada pelo Decreto nº. 1948, de 13/07/96. Uma das diretrizes desta política recomenda que o atendimento ao idoso deva ser feito por intermédio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar. Para assumir esta responsabilidade, a família necessita de uma rede social e de saúde que constitua um suporte para lidar com o seu familiar idoso à medida que este se torna mais dependente. Um dos aspectos importantes desta rede é a formação de recursos humanos preparados para lidar com o idoso e sua família.

Surge, neste contexto, uma nova forma de pensar e atuar na área da fisioterapia, segundo a qual fatores políticos, econômicos, sociais e culturais se convertem em prioridades como meios para promover melhores condições de vida e saúde, sendo as coletividades seu principal foco de interesse (DOMINGUEZ e HAMANN, 2004).

A articulação do profissional de saúde é fundamental para a igualdade e diferença no ambiente comunitário, a base cultural comum e expressões de pluralidade social e cultural. As peculiaridades de cada cultura e as multiculturas presentes em cada comunidade têm apontado uma gama infinita de possibilidades e de elementos que fundamentam essa reflexão.

Vive-se um momento de transição em que se procura estruturar os serviços de saúde de acordo com princípios que auxiliem na direção de um modelo de atenção que seja mais equânime, buscando dividir, com os outros setores que mantêm relações com o setor saúde, a atenção e as responsabilidades pelas mudanças necessárias. A reorganização implica não somente mudança de atenção, mas também reorientação da formação dos profissionais de saúde e dos demais setores que contemple uma abordagem sistêmica em que as partes são estudadas profundamente em suas interações.

Nenhum setor da sociedade consegue resolver sozinho todos os problemas e é por isso que propostas que tomam o eixo da intersetorialidade tem surgido como alternativas para a resolução dos problemas das populações. Discutir intersetorialidade é muito mais amplo que as relações interdisciplinares.

A crítica à fragmentação produzida pela racionalidade cientificista, predominante na maneira de pensar e organizar o mundo, persiste no tempo. No entanto, as evidências de esgotamento desse paradigma têm sido cada vez maiores. Essa crítica atualmente tem maior

capacidade de estimular alternativas porque o mundo encontra-se em transformação permanente, produzindo problemas e situações novos que o conhecimento especializado e fragmentado não tem capacidade para explicar e resolver (AKERMAN, 1998). Este fato é visível na população idosa, que exige um tratamento concomitante de aspectos individuais e coletivos, subjetivos e objetivos, de condições de educação, de vida, de capacidade de ação e de possibilidades de expressão, de rompimento da exclusão e de mudança de significado da inclusão. No mundo atual não cabe resolver uma situação isolada e ir somando soluções para resolvê-la, mas promover uma interação entre as partes e desta forma conferir maior integridade, equidade e dignidade ao cuidado de saúde do velho.

Segundo Lobato (2004), as políticas públicas voltadas para o idoso só serão implementadas se houver mobilização dos profissionais e idosos numa parceria de concidadania participativa.

Finaliza-se o estudo, salientando a importância do trabalho do fisioterapeuta articulado com os profissionais do serviço social para atender integralmente às necessidades dos idosos. Urge que o profissional da fisioterapia una esforços com outros profissionais que tenham compromisso com a causa do idoso, no desenvolvimento de programas e projetos que busquem garantir melhores condições de saúde e autonomia na velhice.

Precisa-se recuperar o sentido da promoção da saúde em sua dimensão coletiva, reforçando a ação comunitária, envolvendo e capacitando os idosos para sua autonomia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Hélio Filho (org.). **Comentários sobre o Estatuto do Idoso**. Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos, 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Adolescer: compreender, atuar, acolher:** Projeto Acolher, Brasília: ABEn, 2001

AKRMAN, M. A construção de indicadores compostos para os projetos de cidades saudáveis: um convite para um pacto trans-setorial. In: MENDES, E. V. **A organização da saúde em nível local**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ALMEIDA, Leila et al. **Promover a Vida: Uma modalidade da fisioterapia no cuidado à saúde de idosos na família e na comunidade**. Disponível em <<http://www.uesb.br/revista/rsc/v2/v2m1a6.pdf>> Acesso em 28 nov. 2006.

BALBINOTTI, Helena Beatriz Finimundi. **Adulto Maduro: O pulsar da vida**. Porto Alegre: WS editor, 2003.

BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento: Introdução à metodologia do planejamento social**. São Paulo: Moraes, 1981.

-----**Planejamento Social: Intencionalidade e instrumentação**. São Paulo: Veras, 2003.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROS, Fábio Batalha Monteiro de. Autonomia Profissional do Fisioterapeuta ao longo da História. **Fisiobrasil**, Rio de Janeiro, mai. – jun. 2003

BENDER, Odete Maria K.; LIMA, Tatiana Araújo de. Diálogo/ cartografia de um grupo de terceira idade. In: Annual Bulletin of the talis network, n.12, Brazil. **Anais**. Rio Grande do Sul: s.e. out.2001.

BRANDÃO, C. R. (org.) **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1998

----- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome –MSD. **NOB-SUAS**. Brasília, MDS, 2007. Disponível em < [http:// www.mds.gov.br/programas/rede-suas](http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas) > Acesso em 27 jan. 2007.

----- **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília /DF:Ministério do desenvolvimento social e combate a fome – Secretaria nacional de assistência social, 2004.

BRAVO, Maria I. S; PEREIRA, Potyara A. **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, 2001.

BRUNO, Marta R.P. Autonomia e Cidadania: Caminhos e possibilidades para ser idoso. **Kairós**, São Paulo: Gerontologia- PUCSP, n.1, 2001.

-----Cidadania não tem idade. **Serviço social e sociedade**. Cortez, n.75, ano XXIV, 2003.

BULLA,Leonia; KUNZLER,Rosilaine Brasil. Envelhecimento e Gênero: distintas formas de lazer no cotidiano. In:DORNELLES, Beatriz; COSTA, Gilberto José Corrêa. **Lazer, Realização do Ser Humano: Uma abordagem para além dos 60 anos**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto,2005.

CADERNOS LBA. **Série terceira idade**. [s.d: n.19].

CAMPOS, G.W.S. **Uma análise e Co-gestão de Coletivos**. São Paulo: Hucites, 2000.

CARDOSO, Silva Helena. The impact of internet on the neuroscienses. **Brain e Mind magazine**: s.e, 2001.

CARVALHO, José M..**Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de janeiro: Civilização brasileira, 2004.

CASTRO, José Roberto Siqueira. Psicossomática: Uma Atividade Interdisciplinar. Disponível em < [http:// www.hc.ufmg.br/gids/psicossomatica.doc.htm](http://www.hc.ufmg.br/gids/psicossomatica.doc.htm) > Acesso em 13 out. 2005

CASTRO, Odair P. **Velhice que idade é essa? Uma construção psicossocial do envelhecimento**. Porto Alegre: Síntese, 1998.

CASTILHO, Inês. Hermógenes: Deus me livre de ser Normal. **Planeta**, São Paulo, out.2006.

CREFITO 5 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª Região. Notificação Pública. **Zero Hora**, Porto Alegre, 29 de jan. 2002.

CORRÊA, Martha Medeiros de Faria. Caminhando pela variedade de materiais expressivos, no atendimento de pacientes adultos, portadores de sofrimento psíquico crônico. In: DUCAN, Adriana et al. **Compreendendo e aplicando a terapia ocupacional: relatos de experiências**. Porto Alegre: Conceito, 2004.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

CUTY, Anira. **Conhecendo o Centro de Convivência do Idoso: “Nascer do Sol”**. Porto Alegre, FASC, 14 JUL.2005, Viabilizar a realização de projeto. Entrevista concedida a Lucimari Frankenberg Guilamelon

DABAS, E. N. **Red de Redes: Lãs prácticas de la intervención en redes sociales**. Buenos Aires: Paidós, 1995.

DIONE, Jean; LAVILLE, Christian. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciencias humanas**. Porto Alegre: artes médicas, 1999.

DOLL, Johannes. **Formação de Gerontólogo; Disciplinar ou Interdisciplinar**. Porto Alegre, ANG, 7 ago. 2004. Registro da II Jornada da Associação Nacional de Gerontologia. “Palestra concedida a”.

DOMINGUEZ, A G.D; HAMANN, E.M. Kinesioterapia Coletiva: repensando el papel del kinesiólogo em la sociedad brasileña. **Revista cubana salud pública**. n.30, 2004.

ELKAIM, M. et al. **Las practicas de la terapia de red: salud mental y contexto social**. Barcelona: Gedisa, 1995.

Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741/2003. Brasília: Senado, 2004

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1999.

-----A Questão da Violência. In: Sousa, Jr. José Geraldo et al(org.) **Educação para os Direitos Humanos**. Porto Alegre: Síntese, 2004.

FASC- Fundação de Assistência Social e Cidadania. Atendimento regionalizado e em rede. Disponível em < http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?p_secao=15 > acesso em 19 jan. 2007.

FAUSTINI, Márcia S. A. **O Ensino no Serviço Social**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

FERREIRA, Marieta de M.(org.) **Entrevistas: abordagens e usos da história oral**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1994.

FERRO, Eduardo dos Santos; OLIVEIRA, Karine Borges. Gerenciamento Ergonômico. **Fisiobrasil**, Rio de Janeiro, jul.-ago. 2004.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: Teoria e Prática da Libertação**. São Paulo: Moraes, 1980.

GASKELL, George. Entrevistas Individuais e Grupais. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Manual Prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

GARBINET, Irene St. **Joseph's Health Centre: Woman Abuse Protocol**. Toronto, ON, 1996.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIONDO, C. D. Dissertação de Mestrado apresentada no congresso Brasileiro de Serviço Social, Rio de Janeiro, 2001.

GIUSTINA, Aurora C. D. **Manual de Organização e Funcionamento de Grupos de Idosos**. Brasília: Senado Federal, 2003.

GUELLA, P. Eloy Oswaldo. Educação espiritual permanente na terceira idade. In: Annual Bulletin of the Talis network, 12, 2002. Brazil. **Anais**. Rio Grande do Sul: s.e., out. 2001.

Guia Serana de Orientação ao Cidadão: Envelhecimento da População Brasileira. Disponível em <<http://www.serasa.com.br/guiaidoso/09.htm>> acesso em 27 nov. 2006.

GUILAMELON, Lucimari F. A Tal RPG: Reeducação Postural Global. In: KOETZ, Agnes. **Fisioterapia: Informações Científicas para o Leigo**. São Borja: Conceito, 2005.

GUILAMELON, Lucimari. A influencia da diminuição da mobilidade do ombro no ato de abraçar do idoso. In: LAFIN, Sílvia H. F.; GUILAMELON, Lucimari F; HILLEBRAND, Marinez D. **Pelos Caminhos da Gerontologia**. Porto Alegre: Evangraf, 2007.

GUILAMELON, Luicmari F.; HILLEBRAND, Marines D. Redes de saúde : sua importancia na saúde do idoso. In: LAFIN, Sílvia H. F.; GUILAMELON, Lucimari F.; HILLEBRAND, Marinez D. **Pelos caminhos da gerontologia**. Porto Alegre: Evangraf, 2007.

GUTIEREZ, Lorraine . Empowering Womem of Color In: JENKINS, Mary Briday; GOTTLIEB, Naomi; HOOYMANN, Nancy R. **Feminist Social Work Practice in Clinical Settings**. Londo: Sage, 1991.

GOLDENBERG, Evelin. DORT: Doenças Relacionadas ao Trabalho. **Saúde é Vital**, Rio de Janeiro, jul. 2005.

GONTIJO, Leila Amaral. Evolução das Condições Ergonômicas no Posto de Trabalho do Motorista de ônibus Urbano. **Fisiobrasil**, Rio de Janeiro, jul.-ago. 2004.

GROSSI, Patrícia Krieger. Polígrafo Didático sobre Concepções de Violência: Coletânea de Textos mimeo, Porto Alegre: s.n, 2005.

- Polígrafo didático sobre Empowerment : Coletânea de textos. Mimeo, Porto Alegre: 1999.
- ;IBIAS, Clara Izabel. Violência contra a mulher não tem idade. In: GROSSI, Patrícia K.; WERBA, Graziela C. **Violência e gênero: Cosas que a gente não gostaria de saber**. Porto Alegre, EDIPUCRS, 2001.
- et al. **Idosos e Violência Familiar: Aspectos Éticos, Antropológicos e Sociais**. Relatório Final da Pesquisa. Texto mimeo, Porto Alegre: s.n, 2002.
- et al. Por uma nova ótica e uma nova ética na abordagem da violência contra a mulher nas relações conjugais. In:GROSSI, Patrícia K; WERBA, Graziela C.**Violência e Gênero: Coisas que a gente não gostaria de saber**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.
- Dialética da violência : entre o visível e o invisível. Porto Alegre: pucrs, 15 de maio 2006 - registro programa sentinela “palestra concedida a”.
- HAYWARD, Ruth F. Needed: A culture of masculinity for the fulfilment of human rights. **Development**. N.3, v. 44, 2001.
- HERÉDIA, V.B.M.; CASARA M.B. **Tempos vividos: identidade, memória e cultura do idoso**. Caxias do Sul: EDUCS, 2002.
- HEUSER, Magali H. M.Auto- estima e Complexo de Inferioridade. In: MISSEL, Sinara Tozzi. **Psicologia para Leigo**. Porto Alegre: Conceito, 2001.
- HELLER, Agnes. Sociologia de la vida cotidiana. Barcelona, Espanha:Península, 1994.
- IAMAMOTO, Marilda V.**O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional**. São Paulo: Cortez, 2001.
- A Questão Social no Capitalismo. **Revista Temporalis**, Brasília: ABEPSS, ano II, n. 3, 2004.
- IDOSO resgata a cidadania na sua comunidade. **De Bordo do Seletivo – Lotação**, Porto Alegre, Ago.2001.
- IIDA, Itiro. **Ergonomia: Projeto e Produção**. São Paulo: Edgard Blücher, 1990
- ISHIZUKA,Marise; FILHO, Wilson Jacob.Fatores de Risco para Quedas em Idosos.In: Diogo,Maria J. D. et al I(orgs).**Saúde e Qualidade de Vida na Velhice**. Campinas, SP: Alínea, 2006.

KENDALL, Florence Peterson; McCREARY, Kendall; PROVANCE, Patrícia. **Músculos Provas e Funções com Postura e dor**. São Paulo: Manole, 1995.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995

JUNQUEIRA, L. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na Saúde. **Adm Pública**. nº. especial. 2000.

LAKATOS, Eva; MARCONI, Marina de A. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

LARRATÉA, Sandra V.(org.) **Relatório do Programa de Assistência ao Idoso**. Porto Alegre: Fundação Legião Brasileira, 1980.

LEGIÃO BRASILEIRA DE ASSISTENCIA. Relatório anual - 1980/1989.

Lei 8842, de 4 de janeiro de 1994. Lei Orgânica da Assistência Social, Legislação Suplementar. 2ed. Brasília: MPAS, SEAS, ago. 2001.

LEITE, Marines Tambara et al. **Motivos e Aspirações de Familiares em Busca de um asilo para a pessoa idosa morar**. Disponível em : <<http://www.madres.org/asp/contenido.asp?clave=1494>>. Acesso em : 16 fev. 2006.

LOBATO, Alzira T. G. Serviço Social e Envelhecimento: Perspectivas de trabalho do assistente social na área da saúde. In: BRAVO, Maria I. S. et al (orgs.) **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2006.

LOIZOS, Peter. Vídeo, Filme e Fotografias como Documentos de Pesquisa. In: BAUER, Martin W.; GASKEL, George. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um Manual Prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

LORDA, Raúl C. **Recreação na terceira idade**. Rio de Janeiro: Sprint, 2001.

LUFT, Celso P. **Novo guia ortográfico**. Porto Alegre: Globo, 1974.

LUFT, Lya. **Perdas e ganhos**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

MACIEL, Heloísa H. M; TEPEDINO, Maria, Lúcia da Rocha; CAMPELO, Sônia M. L. LBA – Trajetória de Uma Instituição no contexto das políticas públicas. **Debates Sociais**, prêmio CBCISS - Araxá - 30anos, n.59, ano XXXVI, 2001.

MAYEROVICH, Benjamin; MOURA, Joaquim Clemente de Almeida et al. **Dicionário Médico Blakiston**. São Paulo: Andrei, 2001.

MATOS, A. P; FERREIRA, A. A. Desenvolvimento da Escala de Apoio Social: Alguns dados sobre a sua fiabilidade. **Psiquiatria Clínica**. n. 21, março. 2000.

MEHDIZADEH,S. Health and Long-Term Care Use Trajectories of Older Disabled Womem. **The Gerontologia**, Washington, DV, v. 42, n.3, 2002.

MENDES, E.V. **Atenção Primária a Saúde no SUS**. Fortaleza: escola de saúde pública do Ceará, 2002.

MENDIONDO, Marisa S. L. d. **Os costumes na vida cotidiana dos idosos: possibilidades e limites**. POA;PUCRS, 1996. Dissertação (Mestrado em serviço social), Faculdade de serviço social, Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1996.

MONTEIRO, Pedro Paulo. Espaços Interno e Externos do Corpo: Envelhecimento e Autonomia. **Serviço Social & Sociedade**. Cortez, n. 75, ano XXIV, 2003.

MORAES, Rita. Respeite meus cabelos brancos. **Isto é**. São Paulo: s.e.,maio 2003.

MOREIRA, Leandro. Polígrafo Didático Sobre Administração Aplicada à Fisioterapia: Coletânea de textos mimeo, Porto Alegre: s.n, 2000.

MORIN, Edgar. Epistemologia da Complexidade. In: SCHNIT MAN, D. F. **Novos Paradigmas, Cultural e Subjetividade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

NARVAZ, Martha G; KOLLER, Silvia H. Famílias, Gêneros e Violências: Desvelando as tramas da transmissão transgeracional da violência de gênero. In: STREY, Marlene N. et alli. **Violência, Gênero e Políticas Públicas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

NERI, Anita Liberalesso; FREIRE, Aparecida Sueli.(Org.). **E Por Falar em boa Velhice**.São Paulo: Papyrus,2000.

----- DEBERT, Guita Gin (org.).**Velhice e Sociedade**. Campinas, SP: Papyrus,1999.

-----**Palavras – chave em Gerontologia**. Campinas, SP: Alínea, 2001.

-----**Velhice bem Sucedida**. Campinas, SP: Papyrus, 2001.

-----et al.Biomedicalização da velhice na pesquisa. In: DIOGO, Maria J.D.; NERI, Anita L.; CACHIONI, Meire.**Saúde e qualidade de vida na velhice**.Campinas, SP: Alínea, 2006.

NICOLESCU, B. Evolução Transdisciplinar da Universidade. Projeto CIRET – UNESCO, 1997. Disponível em:<[http:// www.perso.club-internet.fr/nicol/ciret/locarno/locapor4.htm](http://www.perso.club-internet.fr/nicol/ciret/locarno/locapor4.htm) >Acesso em 10 out. 2005.

NOVAES, Maria H. **Conquistas possíveis e rupturas necessárias: Psicologia da terceira idade**. Rio de Janeiro: Grypho, 1995.

OLIVEIRA, Rosiska Darcy de.; OLIVEIRA, Miguel Darcy de. Pesquisa Social e Ação Educativa: Conhecer a Realidade para Poder Transforma-la. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Pesquisa Participante**. 8.ed. São Paulo: Brasiliense, 1990.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. Envelhecimento Ativo: projeto de política de saúde, 2002. Disponível em :<[http:// www.unati.uerj.br/doc_gov/destaque/madri.doc](http://www.unati.uerj.br/doc_gov/destaque/madri.doc)>. Acesso em 10 out. 2004.

PAPALÉO, Matheus N. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, Elisabete V. et al **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PASCHOAL, Sérgio M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, Elisabete V.et all.**Tratado de geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PAUL, M. C. **Recursos pela velhice: uma perspectiva ecológica em psicogerontologia**. Tese de doutorado apresentada ao Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto,1991.

Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso. Brasília: MPAS, SAS, 1997.

PLOSZAJ, Aline. SUS: Fisioterapia ou Reabilitação? **FisioBrasil**, Rio de Janeiro, nov.- dez. 2002.

PRATES, Jane Cruz. Polígrafo Didático Sobre Teoria de Pesquisa: Coletânea de Textos Mimeo, Porto Alegre:s.n.,2005

-----Gestão como processo social e o processo de gestão da política de assistência social. In: MENDES, Jussara M. Rosa; PRATES, Jane C.; AGUINSKY, Beatriz. **Capacitação sobre PNAS e SUAS: no caminho da implantação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

-----Polígrafo didático sobre roteiro de projeto de pesquisa: Coletânea de textos mimeo. Porto Alegre: s.e, 2003.

RAMOS, L.R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. **Gerontologia**.São Paulo: s.e.,1993.

REBELATTO, José; BOTOMÉ, Sílvio Paulo. **Fisioterapia no Brasil**. São Paulo: Manole,1999.

RIOS, Terzinha Azeredo. Avaliar: ver mais claro para caminhar mais longe. In: RICO, Elizabeth Melo et all.**Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais,1999.

ROJAS, Juana. O indizível e do dizível na história oral. In: Martinelli (org.)**O uso da abordagens qualotativas na pesquisa em serviço social**. São Paulo: PUCSP, 1994.

SÁ, Jeanete Martins de (org.) Serviço Social e Interdisciplinaridade. São Paulo:Cortez, 2000.

SÁNCHEZ, Carmem Delia S. **Gerontologia Social**. Buenos Aires: Espacio Editorial, 2000.

SANICOLA, L.(org.) **L'Intervento di Rete**. Napoli: Liguori,1994.

SANTOMÈ, Jurjo Torres. **Globalização e Interdisciplinariedade: O Currículo Integrado**. Porto Alegre: Artes Médicas,2000.

SANTOS, Beatriz. **Idoso homenageado no seu dia**. Porto Alegre, FASC, 27 jul. 2005, Comemoração do Dia do Avós. Entrevista concedida ao Jornal Correio do Povo.

SCHAURICH, Rosangela Mori. **Autonomia x Dependência no Idoso com Idade Avançada: influência do ambiente familiar**. Porto Alegre: PUCRS, 2004. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul,2004.

SILVA,Eloy Ferreira. O Contingente de Analfabetos ainda Insuportavelmente Grande, 2003. Disponível em <[http:// www.cedefes.org.br/new/index.php?conteudo =materias/index&seção =7&tema=34&materia=643](http://www.cedefes.org.br/new/index.php?conteudo=materias/index&seção=7&tema=34&materia=643)>. Acesso em 27 nov. 2006.

SILVESTRE,Jorge A; NETO, Milton M. da Costa. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de saúde pública**. V.19, n.3 , Rio de Janeiro jun. 2003.

SOUZA,Márcia Godinho C. Musicoterapia e a Clínica do Envelhecimento. In: FREITAS, Elizabete V. et alli. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

SPOSATI, et.al. **A Assistência na Trajetória das Políticas Sociais Brasileiras: Uma Questão de Análise**. São Paulo: Cortez, 1996.

STARFIELD,B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília; Unesco /Ministério da Saúde, 2002.

STREY,Marlene Neves.Violência de Gênero: Uma questão complexa e interminável. In: STREY, Marlene Neves et al (orgs). **Violência, Gênero e Políticas Públicas**. Porto Alegre:EDIPUCRS,2004.

-----;WERBA, Graziela C. Longe dos olhos, longe do coração: ainda a invisibilidade da violência contra a mulher. In: GROSSI, Patrícia K.; WERBA, Graziela. **Violência e Gênero : Coisas que a gente não gostaria de saber**. Porto Alegre:EDIPUCRS,2001.

SUSANA,Ryerson D. Hemiplegia resultante de dano ou doença vascular.In: UMPHRED,Darcy A. **Fisioterapia Neurológica**. São Paulo: Manole,1994.

TERRA,Newton L.; RAMOS, Adriana M.; FERNANDES, Marilia L. Atividade física como forma de lazer para idosos, In: DORNELLES, Beatriz; COSTA, Gilberto J. C. **Lazer, realização do ser humano: uma abordagem para além dos 60 anos**. Porto Alegre: Dora luzatto, 2005.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. São Paulo: Cortez, 1998.

TORRES, Stella Vidal de Souza; SÉ, Elisandra Villela Gasparetto; QUEROZ, Nelma Caíres. Fragilidade, dependência e cuidado: desafios ao bem-estar dos idosos e suas famílias. In: DIOGO, Maria J. D.; NERI, Anita L.; CACHIONI, Meire. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas, SP: Alínea, 2006.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Bases Teórico – Metodológica da Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais: Idéias Gerais para a Elaboração de um Projeto de Pesquisa. **Cadernos de Pesquisa Ritter dos Reis**, Porto Alegre, 4 nov. 2001.

-----**Introdução à pesquisa em ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo:Atlas, 1987.

THOIT, P. A . Social Support as Coping Assistance. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 1995.

VALLE, Hilda Dalla. **Lugar de mulher é na cozinha e onde ela quiser**. Porto Alegre: Evangraf, 2006.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. A proposta de Empowerment e sua complexidade: Uma revisão Histórica na Perspectiva do Serviço Social e da áude Mental. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XXII, n..65, março 2001.

VASCONCELOS, Ana Maria de et al. Profissões de Saúde, Ética Profissional e Seguridade Social In: BRAVO, Maria I. S. et al.**Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2006.

VERAS,R. P. et al. Novos fatos e alguns pontos de vista a terceira idade. **História, Ciência, saúde**. Rio de janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, v.II, 1995.

WANDERLEY, Mariângela B. Refletindo sobre a noção de exclusão. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XVIII, n.55, nov.1997.

VÍCTORIA, Ceres Gomes. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo, 2000.

ZERO HORA. As queixas dos idosos. **Opinião ZH**. 13 de setembro de 2000.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza e Exclusão Social: Expressões da Questão Social no Brasil. **Temporalis**. Porto Alegre: ABEPSS, 2001.

OBRAS CONSULTADAS

DESLANDES, Suely Ferreira.**Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**.

FURASTÈ, Pedro Augusto. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico: Explicação das Normas da ABNT.** Porto Alegre:s.n.,2005.

ISKANDAR, Jamil I. **Normas da ABNT Comentadas para Trabalhos Científicos.** Curitiba:Juruá, 2006.

KILL, Rosana. **Elaboração de Projetos e Propostas para Organizações da Sociedade Civil.** São Paulo: Global, 2002

PRATES, Jane Cruz. O Planejamento da Pesquisa. **Temporalis.** Porto Alegre: ABEPSS,2003.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **Refletindo a Pesquisa Participante.** São Paulo:

VILLAS-BOAS, Magda. **Terceira Idade: Uma experiência da Amor: Terapia Corporal para Idosos.** São Paulo: Paulinas, 1994.

TEUBAL, Ruth et all. **Violencia familiar, trabajo social e instituciones.** Paidós: Buenos Aires, 2001.

APÊNDICES

**APÊNDICE A: FORMULÁRIO COM PERGUNTAS ABERTAS E FECHADAS A SER
APLICADO AO IDOSO**

CAMPO I: Dados Pessoais.

1. Idade:.....
2. Gênero:
 Feminino Masculino
3. Naturalidade:.....
4. Alguma vez estudou?
 Sim Não
 Quantos anos estudou?.....
- 5- Que grau de escolaridade concluiu?
 Nenhum
 Ensino fundamental completo Ensino fundamental incompleto
 Ensino médio completo Ensino médio incompleto
 Ensino superior completo Ensino superior incompleto
 Outros.....
6. Profissão:.....
7. Estado Conjugal
 Nunca casou ou morou com companheiro
 Mora com esposo(a) ou companheiro(a)
 Viúvo
 Separado, Desquitado ou Divorciado
8. Moradia:
 Própria do entrevistado ou cônjuge
 Própria de familiares que moram juntos
 Alugada
 Cedida
 Outras Qual?.....
9. Reside:
 Com filhos
 Sozinho
 Com o cônjuge
 Outros Qual?.....

CAMPO II: Hábitos

10. Você pratica alguma atividade física?

- () Sim () Não
11. Qual?
 () Caminhada () Corrida () Natação () Hidroginástica
 () Futebol () Musculação () Ciclismo () Dança
 () Outras
12. Quantas vezes na semana?.....
13. Você realiza alguma outra atividade?
 () Sim () Não
14. Qual ?
 () Pintura () Jardinagem () Bordado () Palavras cruzadas
 () Culinária () Tricô () Outros. Qual?
15. O que você mais gosta de fazer?.....
16. Você: () Nunca fumou
 () Fumou no passado
 () Fuma às vezes
 () Fuma diariamente
17. Com que frequência você ingere bebidas alcoólicas?
 () Nunca
 () 1-2 vezes/ semana
 () 3-5 vezes/ semana
 () > 5 dias /semana

CAMPO III: Investigação da saúde funcional.

18. Você apresenta problema e/ou dor no corpo?
 () Sim () Não
 Qual?
19. Quando a intensidade da dor é maior?
 () Em repouso () No movimento () No uso de peso () Outros
20. O que você utiliza para alívio da dor?
 () Medicação
 () Massagem
 () Aplicação de calor local
 () Aplicação de gelo local
 () Outros Qual?.....
21. Você apresenta dificuldade para:
 () Abaixar
 () Levantar da cama

- Levantar da cadeira ou sofá
- Pegar objetos acima da cabeça
- Pegar objetos do chão
- Vestir-se
- Realizar sua higiene pessoal
- Caminhar
- Outras.....

Você acredita que esta dificuldade esteja relacionada ao quê?.....

22. Você apresenta alguma destas doenças crônicas?

- Artrose
- Artrite
- Osteoporose
- Diabete
- Hipertensão Arterial
- Colesterol Alto
- Problema cardíaco
- Outra..Qual?.....

23. Você apresenta algum problema auditivo, visual ou de fala?

- Sim Não
- Qual?.....

24. Você sente dificuldade para respirar?

- sim Não
- Em qual momento piora?.....

25. Você já foi submetido a uma intervenção cirúrgica ?

- Sim Não
- Qual?.....

26. Você já realizou ou está realizando tratamento fisioterápico ?

- Sim Não
- Onde e há quanto tempo realiza tratamento fisioterápico?.....

27. Você já ouviu falar de fisioterapia?

- Sim Não
- Como você define a fisioterapia?.....

Como você define o profissional da fisioterapia ou fisioterapeuta?.....

Como o fisioterapeuta pode contribuir para a melhoria de sua autonomia e qualidade de vida?.....

CAMPO IV: Velhice/ Autonomia

28. Em geral sua saúde é:

- Ruim
- Boa

- () ótima
 () Não sabe

29. Comparado a outras pessoas de sua idade, você considera que seu estado de saúde é:

- () Pior
 () Igual
 () Melhor
 () Não sabe

30. Existe alguma coisa que gostaria de realizar atualmente que deixou de fazer?

Justifique.

31. Quando necessita buscar algum atendimento na área da saúde vai :

- () Sozinho
 () Acompanhado por familiar
 () Acompanhado por vizinho / amigo(a)
 () Outro Qual?.....

32. Que tipo de atendimento você recebe e acha que não precisa?.....

33. O que é envelhecer para ti?.....

34. Se considera velho(a)?

- () Sim () Não
 Porque?.....

CAMPO V: Experiência Grupal

35. Você participa d algum grupo?

- () Sim () Não
 Qual?.....

36. O que o grupo contribuiu para a sua vida?.....

37. Como define suas relações familiares:

- () Muito boa
 () Boa
 () Regular
 () Ruim

38. Qual a importância da família para sua qualidade de vida?.....

39. Você conhece a Política Nacional do Idoso?

- () sim () Não.

40. Você conhece o Estatuto do idoso?

- () sim () não.....

**APÊNDICE B: FORMULÁRIO COM PERGUNTAS ABERTAS E
FECHADAS A SER APLICADO NOS INTEGRANTES DA EQUIPE TÉCNICA**

CAMPO I: Dados Pessoais

1. Idade:.....
2. Gênero:.....
() Feminino () Masculino
3. Naturalidade:
4. Grau de Escolaridade:
() Ensino fundamental completo () Ensino fundamental incompleto
() Ensino médio completo () Ensino médio incompleto
() Ensino superior completo () Ensino superior incompleto
() Outros

CAMPO II: Velhice/Autonomia

- 5.No seu entender em que momento uma pessoa idosa necessita de atendimento.....
Porque?.....
- 6.Que tipo de atendimento você acredita que o idoso não necessite?.....
Porque?.....
- 7.Que tipo de atendimento você acredita que possa oferecer ao idoso?.....
- 8.No seu entender como a família influência na qualidade de vida e autonomia do idoso?.....
- 9.Acredita que envelhecimento signifique:
() Processo contínuo no ser humano desde sua concepção até a morte.
() Tornar-se incapaz de gestar suas próprias coisas
() Uma das fases da vida do indivíduo
() Outros Qual?.....
- 10.Quais fatores considera decorrentes da velhice?

() Desgaste físico de um órgão por desuso
() Diminuição da estatura
() Aumento no número de doenças crônicas
() Senilidade

- Diminuição auditiva e visual
- Perda do olfato

11. Se considera velho(a)?

- Sim Não
- Porque?.....

12. Como você define a velhice?

- Fase da vida humana
- Fenômeno biológico com conseqüências psicológicas. Ambos se impõem mutuamente
- Processo contínuo no ser humano desde sua concepção até a morte.
- Outra Qual?.....

13. Quais fatores você acredita que acelerem o processo de envelhecimento?

- Sedentarismo
- Falta de atenção primária a saúde
- Consumo exacerbado de álcool ou fumo
- Desenvolvimento da espiritualidade
- Exercícios para memória
- Outros. Qual?.....

14. Na sua opinião o idoso deve ser o ator de sua própria vida?

- Sim Não Às vezes

15. De que forma você pode auxiliar o idoso na aquisição de autonomia e qualidade de vida?.....

CAMPO III: Investigação da saúde funcional

16. Você apresenta problema e/ou dor no corpo?

- Sim Não
- Qual?.....

17. Quando a intensidade da dor é maior?

- em repouso
- ao movimento
- no uso de peso
- outros

18. O que você utiliza para alívio da dor?

- Medicação
- massagem
- aplicação de gelo local
- aplicação de calor local
- Outros Quais?.....

19. Você já foi submetido a uma intervenção cirúrgica?

- Sim Não
Qual?.....

20. Você já realizou tratamento fisioterápico?

- Sim não
Onde e a quanto tempo realiza tratamento fisioterápico?.....

21. Você já ouviu falar de fisioterapia?

- sim Não
Como você define a fisioterapia?.....
Como você define o profissional da fisioterapia?.....

22. Como você acha que este profissional poderia contribuir dentro da equipe técnica para a melhoria da autonomia e qualidade de vida dos idosos?.....

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E
ESCLARECIDO**

Eu, , RG nº , abaixo assinado, declaro que, de livre e espontânea vontade e de forma gratuita, aceito participar da pesquisa “Equipe Interdisciplinar na Promoção da Autonomia e Qualidade de Vida do Idoso”, realizada pela Fisioterapeuta Mestranda Lucimari Frankenberg Guilamelon, CREFITO 5/ 33.561, autorizando o uso do conteúdo das informações dadas para que seja utilizado parcial ou integralmente, sem restrições de prazos e citações, a partir da presente data, bem como das fotografias tiradas, filmagem e gravação da entrevista. As fotografias e a filmagem dos encontros tem por objetivo o registro das atividades para fins de documentação, análise e avaliação da pesquisa.

Fui informado(a) dos objetivos da pesquisa que consiste em verificar a importância e o significado do trabalho interdisciplinar na promoção da melhora da qualidade de vida e autonomia dos idosos, tendo como benefícios, dentre outros, o conhecimento das necessidades, qualificação dos serviços e dicas de qualidade de vida, além da metodologia de investigação proposta nessa pesquisa. As entrevistas serão gravadas e transcritas pelo pesquisador retirando quaisquer informações identificatórias. As entrevistas terão a duração aproximada de uma hora e eu poderei interromper a qualquer momento, não sendo obrigado a responder qualquer pergunta que julgar inconveniente. Estou plenamente ciente de minha participação nesse estudo e sobre a preservação do anonimato dos entrevistados. Fico ciente, ainda, sobre a minha responsabilidade em comunicar ao pesquisador qualquer alteração pertinente a esse estudo, podendo dele sair a qualquer momento, sem acarretar prejuízos no meu atendimento na instituição da qual participo.

Os dados coletados poderão ser utilizados para publicação de artigos, apresentação em seminários e similares. Declaro, outrossim, que este Termo foi lido e recebi uma cópia.

Abdicando direitos autorais meus e de meus descendentes, firmo o presente documento. Quaisquer dúvidas em relação à pesquisa, podem ser esclarecidas pela pesquisadora pelo fone 32.33.86.64 ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS pelo fone 33.20.33.45.

Porto Alegre, de de 2006.

Entrevistado(a)

Pesquisadora mestranda – Lucimari F. Guilamelon
Tel. (51) 32.33.86.64

Profª Drª Patrícia Krieger Grossi- orientadora-CRESS 3308

Porto Alegre, de de 2005.

Prezado(a) Diretor(a)
Sr.(a).....

Tendo em vista estar desenvolvendo a pesquisa “Equipe Interdisciplinar na Promoção da Autonomia e Qualidade de Vida do Idoso”, na condição de Fisioterapeuta Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS, orientada pela Profª. Dra. Patrícia Krieger Grossi, gostaria de contar com a participação da equipe técnica e dos idosos do Centro de Convivência Nacer do Sol e do Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas.

Esta pesquisa tem como objetivo geral verificar a importância e o significado do trabalho interdisciplinar na promoção da melhora da qualidade de vida e autonomia dos idosos, tendo como benefícios, dentre outros, o conhecimento das necessidades, qualificação dos serviços e dicas de qualidade de vida.

Na oportunidade serão realizadas palestras com temas relacionados ao estudo.

Atenciosamente,

Lucimari Frankenberg Guilamelon
Pesquisadora
e-mail: lucigui@terra.com.br
Tel (51) 32..33.86.64

ANEXOS



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Fundação de Assistência Social e Cidadania



Fundação de
Social e
Cidadania

Ofício P/531-06

Porto Alegre, 20 de julho de 2006.

Senhora Coordenadora:

Ao cumprimentá-la cordialmente, dirigimo-nos a Vossa Senhoria com o objetivo de informar, em atenção ao ofício de n.º248/2006, de 02 de maio de 2006, dessa Universidade, que esta Fundação é favorável à realização da pesquisa " Equipe Interdisciplinar na Promoção da Autonomia e Qualidade de Vida do Idoso", junto ao Centro de Convivência Nascer do Sol e Grupo de Convivência Moquinha dos Coroas, conforme encaminhamentos já realizados com a mestrandia em Serviço Social da PUCRS Lucimari Frankenberg Guilamelon e a Coordenação do Programa de Atenção ao Idoso deste Fundação.

Sem mais para o momento, aproveitamos a oportunidade para enviar cordiais saudações.

Brizabel Müller da Rocha,
Presidente.

Ilustríssima Senhora Professora Berenice Rojas Couto,
Coordenadora do Programa de Pós- Graduação em Serviço Social-
PGSS/PUCRS.

Av. Bento Gonçalves, 255 - Porto Alegre - RS - CEP 90.650-002 - Fone (051) 219 19 59
Fax: (051) 217 6783 - C.G.C. (M.F.) nº89.525.901/0001-00 - Inscrição Estadual nº096/2209112 e-mail:
fasc@fasc.prefpoa.com.br



PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Componente da Comissão: Por: Prof.^a Dr.^a Gleny Guimarães

Data de devolução: 31/03/2006

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Título do Projeto de Pesquisa: "Equipe interdisciplinar na promoção da autonomia e qualidade de vida do idoso"

Autora: Mestranda Lucimari Frankenberg Guilamelon

II. PARECER FINAL:

- AROVADO

III. JUSTIFICATIVA:

O resultado do parecer está baseado em quatro itens que foram analisados no projeto de pesquisa, que são:

1. Adequação da temática às linhas de pesquisa do PPGSS e relevância do estudo.
2. Consistência do referencial teórico.
3. Adequação metodológica.
4. Atendimento aos pressupostos éticos da pesquisa e ao código de ética profissional do serviço social ou áreas afins.

1. Adequação da temática às linhas de pesquisa do PPGSS e relevância do estudo.

No projeto de pesquisa, apesar de não haver referencia às linhas de pesquisa do PPGSS, me parece que o projeto está dentro da linha *Serviço Social e Políticas Sociais*.

2. Consistência do referencial teórico.

A aluna apresenta uma boa fundamentação teórica em relação ao seu tema.



3. Adequação metodológica.

Os aspectos metodológicos são atendidos, pois a aluna menciona:

- O tipo de pesquisa;
- Desenvolvimento das categorias teóricas;
- Os instrumentos e técnicas que serão utilizados para a coleta de dados;
- E o tipo de análise que será realizada.

4. Atendimento aos pressupostos éticos da pesquisa e ao código de ética profissional do serviço social ou áreas afins.

Existe o consentimento informado, atendendo a questões éticas da pesquisa.



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício 1222/06-CEP

Porto Alegre, 23 de outubro de 2006.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 06/03324, intitulado: **“Equipe interdisciplinar na promoção da autonomia e qualidade de vida do idoso”**.

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Relatórios parciais e final da pesquisa devem ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Roberto Goldim
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Profa Dra Patrícia Krieger Grossi
N/Universidade

Hino da 3º Idade

Juntos seguiremos como irmãos;
Unidos por um traço de união;
Lutamos pela paz e liberdade,
E conquistamos nosso espaço neste chão.

Nosso grupo de amizade tem um lema,
É doando que se tem a receber;
Ao feliz entardecer de nossas vidas,
Em convivência fraternal permanecer

A mensagem aos que virão depois de nós
Plantar amor, paz, harmonia e cultivar;
Das planícies de uma vida bem traçada,
Colher os frutos e a semente semear.

Juntos seguiremos como irmãos.....