

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

ISOLDE PEDRI VIEIRA

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA “ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO”
DA POLICLÍNICA II - FLORIANOPOLIS**

**FLORIANOPOLIS
2005/2**

ISOLDE PEDRI VIEIRA

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA “ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO”
DA POLICLÍNICA II - FLORIANOPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado com
requisito parcial para obtenção do título de Bacharel
em Serviço Social, Centro Socioeconômico da
Universidade Federal de Santa Catarina.
Orientadora: Prof. Ms. Cleci Elisa Albiero

FLORIANOPOLIS
2005/2

ISOLDE PEDRI VIEIRA

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA “ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO” DA
POLICLÍNICA II - FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso, julgado e aprovado com requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social do Departamento de Serviço Social Centro Sócio-econômico da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora
Prof^a Ms Cleci Elisa Albiero

Assistente Social: Sílvia Maria Dagnoni Wallner
1º Examinadora

Prof^a. Ms. Rita de Cássia Gonçalves
2º Examinadora

Florianópolis
2005/2

À memória de meu pai, eternamente querido.

À minha mãe pelo incentivo e dedicação em todos os momentos da minha vida.

Ao Braz, meu marido pela paciência, pela compreensão e sempre presente nas horas difíceis e, grande incentivador, nessa etapa importante da minha vida.

A Gladis Regina e ao André Luis, meus filhos amados, sempre ajudando e me ensinando.

Aos meus irmãos, pela alegria e incentivo quando, da notícia que eu ia cursar a Faculdade.

A minha sogra Dona Wanda, pelo incentivo.

AGRADECIMENTOS

A um SER SUPREMO, pois, sem ELE nada disso seria possível, nem os objetivos teriam sentido, DEUS.

A minha orientadora de campo, a Assistente Social Regina de Mello Lisboa Vieira pela amizade e por ter contribuído para minha formação profissional.

A minha orientadora pedagógica a Assistente Social Cleci Elisa Albiero pela dedicação e orientações para a elaboração deste trabalho.

A minha amiga Sônia de Souza Secco, pela caminhada que trilhamos juntas, pela companhia, pelo incentivo nas horas difíceis em não deixar desistir dos meus objetivos e pela nossa grande e sincera amizade.

Ao meu amigo Sérgio Secco, pelas comidas maravilhosas que fez, enquanto a Sônia e eu fazíamos nossos trabalhos.

Em especial, a todas as idosas do Programa: Atenção Integral a Saúde do Idoso, pelas lições e aprendizados que enriqueceram a minha vida. E as que contribuíram para a pesquisa, para realização do trabalho.

As amigas Sandra, Sandrinha, Jane, Salete e Lu, que de alguma forma contribuíram para a conclusão do curso.

Receita de Vida

Jogue fora todos os números não essenciais para sua sobrevivência. Isso inclui idade, peso e altura. Deixe o médico se preocupar com eles. Para isso ele é pago.

Frequente, de preferência, seus amigos alegres.

Os de "baixo astral" puxam você para baixo. Continue aprendendo...

Aprenda mais sobre computador, artesanato, jardinagem, qualquer coisa. Não deixe seu cérebro desocupado. Uma mente sem uso é a oficina do diabo.

E o nome do diabo é Alzheimer. Curta coisas simples.

Ria sempre, muito e alto. Ria até perder o fôlego. Lágrimas acontecem.

Agüente, sofra e siga em frente.

A única pessoa que acompanha você a vida toda é você mesmo.

Esteja vivo, enquanto você viver!

Esteja sempre rodeado daquilo que você gosta: família, animais, lembranças, música, plantas, um hobby, o que for.

Seu lar é o seu refúgio.

Aproveite sua saúde. Se for boa, preserve-a.

Se estiver instável, melhore-a.

Se estiver abaixo desse nível, peça ajuda. Não faça viagens de remorso.

Viaje para o Shopping, para a cidade vizinha, para um país estrangeiro, mas não faça viagens ao passado.

Diga a quem você ama, que você realmente os ama, em todas as oportunidades. E lembre-se sempre que:

“A vida não é medida pelo número de vezes que você respirou, mas pelos momentos em que você perdeu o fôlego”:

- de tanto rir...

- de surpresa...

- de êxtase...

- de felicidade".

“Há pessoas que transformam o sol numa simples mancha amarela, mas também aquelas...”.

... que fazem de uma simples mancha amarela o próprio sol”.

(Pablo Picasso)

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem o propósito de fazer um estudo sobre o Programa de Atenção Integral a Saúde do Idoso desenvolvido na Policlínica II do Estreito – Florianópolis. Este trabalho tem como objetivo analisar a eficácia do Programa, no atendimento às integrantes do grupo. Inicialmente foram discutidas as políticas públicas direcionadas ao idoso, bem como o processo de envelhecimento e suas conseqüências na qualidade de vida. Na seqüência foi realizado um levantamento sobre o processo de trabalho com o grupo de idosos e a ação do Serviço Social junto aos mesmos. A metodologia de pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa de natureza quanti-qualitativa exploratória, utilizando-se fontes primárias e secundárias. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro contendo questões estruturadas e semi-estruturadas. A população de 18 participantes idosos definiu-se uma amostra com 06, todas do sexo feminino, para participar da pesquisa. Os dados obtidos foram tabulados e transcritos no trabalho para que se levantasse dados a fim de avaliar a estrutura do programa. Os resultados demonstram que as idosas estão satisfeitas quanto aos serviços prestados pelo Programa, mas ressaltam que este já foi mais valorizado e disponibilizado com mais serviços e profissionais para atender as necessidades. Segundo as pesquisadas, é por meio do programa que voltaram a conviver em grupos, com a troca de idéias e experiências. O programa é considerado um dos instrumentos que mantém a convivência, proporcionando qualidade de vida e contribuindo para o bem-estar das idosas participantes.

Palavras-chaves: Programa de Atenção do Idoso, Políticas Públicas, Empoderamento, Autonomia, Cidadania e Serviço Social.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Idade	45
Gráfico 1 – Idade	45
Gráfico 2 – Estado Civil	46
Gráfico 3 – Escolaridade	47
Gráfico 4 – Procedência	48
Gráfico 5 – Aposentada	49
Gráfico 6 – Renda.....	50
Gráfico 7 – Residência	51
Gráfico 8 – Tempo de atuação no programa	52

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO 1	12
1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	12
2 POLÍTICAS PÚBLICAS DO IDOSO.....	15
3 O IDOSO E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	18
4 QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO.....	21
5 A IMPORTÂNCIA DA CONVIVÊNCIA COM OUTRAS PESSOAS.....	23
5.1 Empoderamento.....	24
5.2 Autonomia e o processo de envelhecimento	27
5.3 O idoso e o processo de construção da cidadania	29
CAPITULO 2	32
1 A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL COM GRUPOS DE IDOSOS	32
1.1 O Serviço Social no Brasil.....	32
1.2 O Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso na Policlínica II – espaço de ação do Assistente Social	37
2 METODOLOGIA DE PESQUISA: a construção de um processo de intervenção.....	39
2.1 Tipo de pesquisa.....	40
2.2 Instrumento de Coleta de dados	41
2.3 Contexto e participante	42
CAPITULO 3	44
1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA: Conhecendo os sujeitos do processo	44
1.1 Identificação das participantes do Programa	45
1.2 O que dizem as participantes: com a palavra “ELAS”	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICE.....	69

INTRODUÇÃO

Os idosos vem sendo pesquisados pelos teóricos, desde o Século XVI, onde começaram a aparecer os primeiros trabalhos científicos sobre os mesmos. A partir de então passaram a surgir inúmeros tipos de porções e dietas especiais que prolongariam a vida deste segmento de pessoas na sociedade.

A população mundial e em especial a brasileira, vem presenciando processo de envelhecimento em crescimento, em função da melhoria das condições de saúde e do conseqüente aumento da expectativa de vida. No entanto, muitas vezes o processo de envelhecimento é acompanhado pelo declínio das capacidades físicas e cognitivas dos idosos, de acordo com suas características genéticas e estilo de vida.

Além disto, quando se fala em idosos no Brasil, devemos levar em conta as diversas disparidades socioeconômicas existentes entre as regiões brasileiras, que exigem políticas sociais voltadas para este setor. Entretanto, estas devem ser mais adequadas à realidade da população de determinado estado ou mesmo de determinadas cidades. (SANTOS, 2003).

As políticas públicas de Assistência aos Idosos têm como propósito criar mecanismos que possibilitem oferecer subsídios para que os sujeitos continuem na sociedade participando ativamente em projetos que atendam suas necessidades e proporcionando aos mais novos a aprendizagem obtida na convivência com o mundo externo e familiar.

O idoso inserido no Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso, apresentado como eixo temático deste trabalho, busca inserir a pessoa de mais idade, no convívio familiar e comunitário, com as garantias correspondentes a um tratamento adequado, bem como a uma assistência que englobe todo o tipo de atenção. Pressupondo ainda, que a idade avançada de uma pessoa, não a exclui dos seus direitos, nem da convivência social, pelo contrário, requer o dobro da paciência, da compreensão e dos cuidados, muitas vezes até especiais. (SANTOS, 2003).

O presente trabalho tem como pressuposto, estudar como é desenvolvido o Programa de Atenção Integral a Saúde do Idoso na Policlínica II do Estreito, vinculado a Secretaria Municipal de Florianópolis – PMF, haja vista que são desenvolvidas diversas atividades, com a preocupação de que estas não deixem de participar do convívio familiar e social.

No entanto, estes locais que deveriam proporcionar a dignidade e a ajuda necessária, como orientação e informações de direitos e deveres dos idosos, não dispõem de recursos necessários para atender esta demanda. Esta situação vem sendo presenciada pela desatenção do setor público aos idosos, que procuram o programa para o seu bem-estar, conforto e lazer junto aos amigos.

O objetivo do presente estudo se fundamenta em analisar a eficácia do Programa Atenção Integral à Saúde do Idoso desenvolvido na Policlínica II, no atendimento aos idosos do grupo. Para focalizar a pesquisa, delimita-se como objetivos específicos: identificar quais os motivos que levam o idoso a freqüentar o grupo; apresentar as ações que são desenvolvidas pela coordenadora do grupo; avaliar as ações desenvolvidas pelo programa e desenvolver uma proposta para atrair outros idosos para o grupo.

Neste sentido, o trabalho se justifica pela necessidade de realizar um estudo mais aprofundado a respeito da temática proposta. Diante deste contexto, surge o serviço desenvolvido pelo profissional de Serviço Social que atua como agente mediador entre a sociedade e o serviço de Assistência Social mantido pelos órgãos públicos em especial a Prefeitura Municipal de Florianópolis. Estes serviços são disponibilizados na Policlínica II desde o ano de 1998. Neste período de funcionamento foram desenvolvidas várias ações que beneficiaram e melhoraram a vida do grupo, mas também com o decorrer do tempo, por tratar-se de um serviço público que depende da Secretaria de Saúde Pública, vem enfrentando diversos problemas, como: dificuldade financeira e de profissionais, ocasionando a queda da qualidade dos serviços, bem como a baixa freqüência dos idosos nos encontros.

A escolha do tema deve-se pela realização do Estágio Curricular da acadêmica no Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso. No decorrer do processo, teve-se a oportunidade de conhecer as atividades desenvolvidas, bem como as deficiências e problemas enfrentados pela coordenação e pelas idosas. Com vista em contribuir com o programa, busca-se desenvolver um estudo mais profundo baseado em metodologias e estudos disponíveis na área de atuação do profissional de Serviço Social neste contexto.

O presente estudo está organizado em três capítulos. No primeiro capítulo apresentamos as Políticas Públicas de Saúde e do Idoso, o Idoso e o processo de envelhecimento, a questão da qualidade de vida e a importância da convivência, enfatizando o empoderamento, autonomia e cidadania. No segundo capítulo apresentamos o Serviço Social no Brasil, Processo de trabalho com grupos de Idosos, a Ação do Serviço Social na Policlínica, bem como a Metodologia de Pesquisa. O terceiro capítulo demonstra

os resultados da pesquisa, bem como a avaliação e comentários. O trabalho finaliza-se com as considerações finais e sugestões para a melhoria do Programa. Por fim, são elencadas as referências bibliográficas que subsidiaram e fundamentaram a realização do presente estudo.

CAPÍTULO 1

1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Os estudos sobre políticas públicas convergem para a idéia que os governos nacionais estão cada vez mais afetados pelos procedimentos de políticas supranacionais¹. A política pública é tudo aquilo que o governo implementa para todos, como: acesso à educação e aos serviços de saúde, o direito à moradia, à proteção e ao lazer. Estas políticas surgem através do movimento da sociedade civil organizada com o governo, que pensam e planejam juntos como os recursos do país vão ser utilizados e distribuídos, como será a atuação governamental e da sociedade em áreas específicas, bem como de que forma os serviços serão prestados à população. (COSTA, 1998).

O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil, do século XIX até meados do século XX, não se limitou a estender as ações à proteção e a promoção da saúde do homem comum, mas a obedecer a critérios pragmáticos, definidos a partir dos interesses econômicos e políticos de grupos dominantes no cenário nacional. As práticas sanitárias visavam o controle de um conjunto de doenças que ameaçavam a manutenção da força de trabalho, a dinâmica de produção e a expansão das atividades econômicas capitalistas, caracterizando, nitidamente, a reprodução brasileira as proposições nascidas nos países europeus. (COSTA, 1998).

Uma Política Pública² é representada por programas desenvolvidos pelo Estado, onde toda a população tem direito ao acesso. Os programas são importantes, pois muitos podem funcionar como laboratórios para a criação de novas políticas, favorecimento ou ainda instituições sociais. (BUSSI, 2006).

Diante deste contexto, em 1953 foi criado o Ministério da Saúde em substituição ao Departamento Nacional de Saúde, onde as maiores mudanças ocorreram a partir da III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, propondo a divisão das atribuições e responsabilidades, entre as instâncias políticas governamentais, visando a municipalização, inclusive com a proposta de criação de conselhos municipais de saúde para promover o

¹ Que transcende o nacional; cosmopolita, que pertence a um organismo ou a um poder posto acima do governo de cada nação (HOUAISS; VILLAR; FRANCO, 2001, p. 2644)

² Em Políticas Públicas são elaborados projetos, onde é definido o programa de execução dos mesmos.

levantamento das realidades locais. A novidade estava na proposta de estabelecer novas relações sociais entre médico, paciente, família, comunidade e instituições. (MÉDICI, 1997).

No entanto, até os anos 70, poucos estudos se preocuparam em discutir a trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil em relação às práticas profissionais, ou as necessidades reais da população, ou ainda em relação às condições políticas, sociais, econômicas e culturais do país, dos estados e dos municípios.

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, que passou a influenciar de maneira decisiva as transformações no sistema de saúde brasileiro. A partir desta reformulação do sistema, o INPS é desdobrado em três institutos: o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, destinado a promover a assistência médica aos segurados; o INPS, que continuou com a função de administrar os benefícios previdenciários; e, o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social - IAPAS, destinado a arrecadar os recursos da previdência. A partir de 1977, todos estes institutos foram aglutinados no Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS. (SAÚDE, 2005).

Entretanto, assinalaram-se dois enfoques básicos à saúde pública brasileira até por volta de 1980, onde de um lado estavam as ações de saúde, compreendidas em perspectiva da promoção e proteção de saúde individual, com uma organização tecnológica caracterizada por intervenções clínicas individuais realizadas pela assistência médica, nas quais predominavam o processo curativo e as concepções biológicas entre o normal e o patológico. E, por outro lado, uma concepção de saúde pública que pretendia ser aprendida como coletiva e, que se realizava sobre a organização de uma ampla gama de projetos assistenciais, mas que mantinha incorporados os vários conceitos e práticas médicas existentes.

O marco mais importante na história de saúde no Brasil foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, onde foram discutidos os problemas de saúde existentes na época e redefinindo o papel institucional das unidades políticas (união, estados, municípios e territórios) na prestação dos serviços de saúde, aprovando assim o Projeto de Reforma Sanitária, contendo como características fundamentais: a alteração e ampliação do conceito de saúde; ampliação da responsabilidade social com a saúde, saúde vista como direito social, de cidadania e responsabilidade do Estado, bem como a não mercantilização da saúde. (COSTA, 1998).

A conferência foi considerada como pré-constituente, definindo os aspectos fundamentais das modificações para este setor. Neste sentido, se define a partir desta conferência que:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas quotidianas. Em seu sentimento mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, educação, rendas, liberdades, acesso, posse de terras e acesso a serviços de saúde. É assim, antes da organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades a nível de vida. (RELATÓRIO FINAL DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p. 382).

Em decorrência dessa discussão, em 1987, foi criado pelo governo federal, o Sistema Único de Saúde (SUS), que implementa algumas propostas do movimento sanitário, buscando principalmente, a descentralização do sistema. De acordo com a Constituição, em seu art. 196:

[...] é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2004, p. 117).

As primeiras ações do Estado para interferir na saúde pública, visavam preservar a sociedade dos males provenientes das moléstias, que foi através do uso do poder de polícia. Este poder não seria usado para impor tratamento médico aos indivíduos, mas, coagi-los a atos de prevenção e profilaxia adotada no controle de moléstias contagiosas.

De acordo com Frischeisen (2000, p. 58),

A Constituição Federal Brasileira de 1988 estabelece não só os direitos sociais (art. 6º e 7º em especial), mas também as linhas gerais (políticas públicas) pelas quais os administradores devem se pautar para garantir o efetivo exercício de tais direitos (as normas constitucionais da ordem social).

Com a convergência entre órgãos sanitários e o poder estatal a respeito das ações em saúde, estas passaram a ser subsidiadas financeiramente pelo Governo Federal, gerando uma condição de dependência e subordinação às diretrizes das políticas que constituíam o Governo da época.

O aumento dos gastos públicos e privados, para o diagnóstico, tratamento e acompanhamentos de idosos tem feito com que os custos financeiros do envelhecimento requeira que se repense as políticas públicas de saúde. (SANTOS, 2003).

Entretanto, no Brasil as políticas de atenção ao idoso apresentam-se de maneira deficiente, pois a família ainda é a principal responsável pela pessoa idosa. A responsabilidade da família de oferecer atenção e cuidado aos idosos já foi enunciada na última reforma da Constituição Brasileira, em 1988, quando no seu artigo 229, que diz: “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”. Dessa forma, torna-se necessário que os idosos sejam vistos com dignidade e sujeitos do processo, oferecendo-lhes um local de participação na comunidade, como aponta o artigo 230 da Constituição Brasileira, em 1988: “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-lhes o direito a vida”. (BRASIL, 2004, p. 130).

As políticas públicas para o idoso comumente mais adotadas, são as políticas desenvolvidas pelas Secretarias das Prefeituras Municipais, tais como os Conselhos Municipais de Atenção a Saúde do Idoso e da Família.

Após a abordagem das políticas públicas, no próximo item apresentaremos políticas públicas do idoso.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS DO IDOSO

A população de idosos como já dissemos anteriormente, vem aumentando, e desta forma os problemas sociais seguem na mesma direção, pois a sociedade em que vivemos, ainda não está preparada para atender este contingente de pessoas que necessitam de cuidados especiais e políticas públicas para o atendimento diferenciado.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 estabelece um marco muito importante dos direitos em nossa história, pois inclui uma vasta identificação de direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais entre outros, além de um conjunto preciso de garantias constitucionais. (AUGUSTINI, 2003). Esses direitos são relevantes ao idoso, pois até o momento, não haviam sido contemplados em outras Cartas Magnas da Nação.

Na avaliação de Veras (1994) até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas. Devido a este aumento, torna-se necessário que os órgãos públicos planejem políticas sociais e ofereçam a sociedade para vivenciar esta realidade que já é presente em países europeus e vêm crescendo rapidamente no Brasil.

Todavia, Veras (2003), aponta ainda que, as projeções indicam que entre 1950 a 2020 a população brasileira terá um crescimento de 5 vezes, enquanto a população de idosos estará se ampliando em 16 vezes. Já em relação a países ditos desenvolvidos, estes apresentam um crescimento de apenas de 3,5 a 6,5 vezes.

Diante deste contexto, o compromisso do Programa Nacional de Direitos Humanos de 1998, com a sociedade brasileira, surgiu com o intuito de promover e garantir os direitos dos setores sociais vulneráveis à violência e à discriminação, principalmente para os idosos, negros, homossexuais, mulheres, índios, crianças e adolescentes. Os estudos da Política Nacional do Idoso de 1998, inserida na legislação vigente sobre Terceira Idade, são vistos sob a ótica da preocupação com os direitos da pessoa idosa.

Observa-se que no Brasil existe a precariedade de investimentos numa política séria que permita ao idoso uma qualidade de vida, entendida conforme prevista no Art. 6º da Constituição Federal do Brasil (1988) dos direitos sociais, educação, saúde, trabalho, lazer, segurança e previdência, vem acontecendo em passos lentos, não acompanhando o acelerado processo de envelhecimento da população.

De acordo com Veras (1994) o Brasil está diante de grandes problemas em termos de política de saúde para os idosos. As necessidades dos idosos e as exigências dos jovens encontram-se ambas competindo pelos escassos recursos do governo aplicados nestas políticas. Estes fatos colocam o país frente a um novo desafio: a alocação de recursos para atender as necessidades das faixas etárias carentes de recursos e de grande demanda de serviços sociais públicos. Dessa forma, os recursos para os programas sociais devem ser destinados não apenas a debilidades e problemas de saúde, mas também aos benefícios e pensões da seguridade social a que todos os idosos têm direito.

Para garantir os direitos das pessoas idosas existe a legislação que os preserva, tanto a nível federal, como estadual e municipal, que são respectivamente: Política Nacional do Idoso, Estatuto do Idoso, Políticas Estadual e Municipal.

Para assegurar estes direitos, foi criada a Política Nacional do Idoso, onde, a mobilização da sociedade civil, órgãos governamentais e ONGs, fizeram com que o Ministério da Previdência e Assistência Social implementasse políticas que contemplassem este segmento da população. Em 4 de janeiro de 1994 foi aprovada a Lei nº. 8.842, a qual

instituiu a Política Nacional do Idoso – PNI, promovendo sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Entretanto, a lei foi regulamentada em 1996, demonstrando morosidade e o não cumprimento pelos órgãos competentes. Em seu artigo 1º, a PNI estabelece a criação de condições para que as pessoas com mais de 60 anos possam viver em sociedade com autonomia e desfrutando de todos os seus direitos como cidadãos, na maioria das vezes não se confirmando na realidade. (MUSSI; PIRADI, 2004).

O objetivo central dessa política é a promoção do envelhecimento saudável, a preservação e/ou a melhoria da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação daqueles que apresentam alguma restrição de sua capacidade funcional. (SANTOS, 2003).

O Estatuto do Idoso, Lei Federal nº 10.741, sancionado pelo Presidente da República em 1 de outubro de 2003, que entrou em vigor em 1º de janeiro de 2004, após ter sido aprovado por unanimidade pela Câmara dos Deputados e Senado foi uma das grandes conquistas. São beneficiados pelo referido Estatuto, o qual em seus 118 artigos assegura garantias legais a direitos que todo cidadão idoso deve usufruir e que o Estado tem a obrigação de prover. (MUSSI; PIRADI, 2004).

Dentre as conquistas advindas com o Estatuto, destaca-se a redução da idade para obter o direito ao Benefício de Prestação Continuada – BPC³, que passa a ser de 65 anos e que entrou em vigor em 1 de janeiro de 2004 (artigo 64). Além disso, o Estatuto amplia os direitos dos cidadãos com mais de 60 anos de idade, priorizando o seu atendimento no Sistema Único de Saúde, garantido-lhes a distribuição gratuita de medicamentos, das próteses e órteses (artigo 15, parágrafo 2), proíbe os reajustes abusivos dos planos de saúde (artigo 15, parágrafo 3), além de instituir penas severas para quem desrespeitar, discriminar, coagir, negligenciar, abandonar ou cometer violência contra idosos (artigo 96-108). (MUSSI; PIRADI, 2004).

No âmbito estadual, em 7 de junho de 2000, foi sancionada a Lei nº 11.436 e dispõe sobre a Política Estadual do Idoso em Santa Catarina, visando assegurar cidadania ao idoso, criando condições para garantia de seus direitos, de sua autonomia, integração, a participação efetiva na família e na sociedade.

³ O Benefício de Prestação Continuada é um benefício de 01 (um) salário mínimo mensal pago às pessoas idosas com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, conforme o estabelecido no Art. 34 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 - o Estatuto do Idoso, e às pessoas portadoras de deficiência incapacitadas para a vida independente e para o trabalho. Está previsto no artigo 2º, inciso IV, da Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993) e regulamentado pelo Decreto nº 1.744, de 08 de dezembro de 1995 e pela Lei nº 9.720, de 20 de novembro de 1998 e está em vigor desde 1º de janeiro de 1996. (MDS, 2005, p. 1).

Já em nível municipal, em 24 de setembro de 1998, foi sancionada a Lei Municipal nº. 5.371, a qual dispõe sobre a Política Municipal do Idoso em Florianópolis e cria o Conselho Municipal do Idoso, com o objetivo de assegurar a efetivação dos direitos, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade.

Portanto, é pela primeira vez que se vê uma Política de Saúde Pública que busca oferecer um suporte verdadeiramente sistematizado para atender as demandas dos portadores e familiares de idosos com algum tipo de problema de saúde. Com o referido Estatuto, a discriminação contra o idoso passou a ser crime, segundo a Lei nº. 9.099, entre eles estão: abusos e violências físicas, psicológicas, omissões, entre outros tipos de agressões. De acordo com o Art. 101, “Discriminar pessoa idosa, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias, aos meios de transporte, ao direito de contratar ou por qualquer outro meio de instrumento necessário ao exercício da cidadania, por motivo de idade”. (AUGUSTINI, 2003, p. 177).

A aplicação e execução do Estatuto do Idoso no Brasil passam primeiro, por uma mudança de mentalidade, uma conscientização e um preparo da sociedade e, principalmente dos idosos para o conhecimento, defesa dos seus direitos e deveres, exercendo sua cidadania, dignidade, sua saúde e liberdade.

Neste sentido, as políticas públicas precisam voltar-se para as áreas de saúde e controle de doenças crônicas, capacidade funcional e engajamento. A questão da saúde é conhecida como "compressão da morbidade", ou seja, ter conhecimento e dar recursos para que os idosos possam viver bem depois que atingirem a velhice. (ATTUY, 2005).

Mas também, as políticas públicas precisam estar voltadas para uma estrutura que torna os idosos visíveis na sociedade, e passem a entender que, envelhecer faz parte de um ciclo da vida, e para que estes idosos possam ocupar seu papel com dignidade e qualidade nesta etapa da vida. Este assunto ainda será abordado com mais ênfase no decorrer do trabalho.

3 O IDOSO E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Na história da humanidade as pessoas nunca viveram mais que 30 ou 35 anos, pois a experiência de ficar velho e de viver sessenta anos ou mais é muito nova. A sociedade foi construída com base na expectativa de vida do século XIX. As instituições, incluindo o

casamento, o estado, as empresas e o sistema de Previdência, como conhecemos hoje, vêm de uma época em que apenas 3% das pessoas, ultrapassavam a barreira dos 65 anos. O resultado disso é o desperdício do maior recurso que o ser humano pode possuir: tempo de vida.

Envelhecer sempre foi uma questão de reflexão, mesmo quando ainda não se tinha clareza do que era a velhice. Os conceitos sobre o envelhecimento estão relacionados em cada sociedade conforme seus costumes e valores. Os egípcios valorizavam a velhice, acreditando que quanto mais as pessoas viviam mais eram valorizadas, como sinal de experiência de vida para as novas gerações. Já a cultura helênica estimava excessivamente a juventude, tendo grande resistência ao processo de envelhecimento. (LEME, 2002 apud MARCHIORI; IUNG, 2004).

O envelhecer, para as sociedades orientais é entendido como sabedoria e no ocidente é notada pela alteração de algumas funções orgânicas. O próprio adjetivo “velho” nos dicionários quer dizer: obsoleto, antiquado e gasto pelo uso; mas a confiança, amizade e companheirismo, são um dos reais significados do envelhecimento humano. (GRINBERG, 1999).

A expressão “terceira idade” surgiu na França nos anos 60 e vem sendo usada até os dias atuais. O critério cronológico de identificação do indivíduo foi consensualmente definido na ocasião da Assembléia Mundial sobre o envelhecimento promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em Viena 1982, onde, os parâmetros adotados para o ingresso do ser humano na terceira idade foi de 65 anos, para os países desenvolvidos e de 60 anos para aqueles em via de desenvolvimento, tomando como princípio à expectativa de vida da população. No ano de 2000, a ONU determinou 60 anos de idade como critério geral para designar a pessoa idosa, com isso padronizar este público. (FROMER; VIEIRA, 2003).

No Brasil, de acordo com a Política Nacional do Idoso, art 2º, instituída em 1994, “considera-se idoso a pessoa maior de sessenta anos”. (FLORIANÓPOLIS, 2003, p. 8).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o envelhecimento populacional como uma história de sucesso das políticas públicas de saúde e sociais, portanto esta é a maior conquista e triunfo da humanidade no último século. As políticas e programas oficiais devem contemplar os direitos, as necessidades, as preferências e a capacidade dos idosos, reconhecendo a importância das experiências individuais dos sujeitos idosos. (BERZINS, 2003).

Segundo Grinberg (1999, p. 43),

O envelhecimento deve ser visto e sentido como algo que segue a ordem regular das etapas da vida. Mas a realidade mostra aos idosos que devem ir se adaptando às mudanças que vão surgindo. Ter contato permanente, pelo menos com uma pessoa competente e de confiança para tirar dúvidas importantes e circunstanciais, para poder socorrê-los e ampará-los numa situação de emergência.

O Brasil, que durante décadas foi apontado como um país jovem, vai aos poucos, demonstrando uma imagem mais madura. Pois o rápido envelhecimento da população brasileira, seguindo a tendência mundial, faz com que se torne oportuno estudar e tornar pública esta questão.

Conforme dados do censo de 2000, o Brasil contava com aproximadamente 170 milhões de habitantes, dos quais 8,6% correspondiam a indivíduos com 60 anos ou mais de idade (14,5 milhões). Nos últimos trinta anos o crescimento dos idosos passou de 5,1% para 8,6%, correspondendo em números absolutos, a um crescimento de quase dez milhões de pessoas. (IBGE, 2005).

Na sociedade atual, onde o tempo e a velocidade ditam a ordem e a intensidade das relações, o idoso tem seu próprio ritmo, o que não quer dizer que seja menos competente. Entretanto, existem algumas limitações que são plenamente superadas pela experiência, pois ver o idoso como problema é ter uma visão míope do próprio futuro.

Os idosos não podem mais ficar em casa, esperando o tempo passar. Assim a velhice não será confortável. Segundo Santos (2003), é preciso descobrir o que fazer com a segunda vida que se manifesta no ser humano.

Para Pereira e Vieira (1996, p. 23)

Mudanças e transformações são parte essencial da vida.[...] E assim, a velhice vai chegando como um fenômeno natural, que faz parte integrante do processo da vida, sendo nada mais do que estações, que tem sua beleza própria. Tudo vem na hora certa [...].

Neste sentido, tratar de qualidade de vida do idoso é um tema que cada vez mais está disposto nos meios de comunicação e na própria linguagem das pessoas. Assim no próximo item estaremos discorrendo mais sobre este assunto.

4 QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Com o crescimento da população de idosos, é preciso cada vez mais priorizar e discutir assuntos sobre políticas públicas, bem como a questão da qualidade de vidas dos idosos. Falar sobre a melhoria da qualidade de vida, apesar do preconceito, discriminação, isolamento da sociedade e, ainda vista ainda como decadência, doença e peso social, torna-se o grande desafio contemporâneo para que as autoridades façam valer os direitos dos idosos regulamentados.

Diante deste contexto, proporciona-se à sociedade informações para a quebra e desmistificação de preconceitos; criação de novos conceitos e a importância de engajar o idoso através de sua sabedoria e experiência. Dar apoio e incentivo através dos familiares e amigos e encorajá-los para que assumam atitudes e demonstrem sua capacidade.

Nas últimas décadas, houve uma mudança no quadro populacional, pois é notável um aumento da população idosa em todo o mundo. Em decorrência deste crescimento e sua demanda, houve um avanço da ciência em relação à velhice contribuindo fortemente para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas. O idoso hoje encara a velhice como mais uma etapa da vida, assim como foi a infância, a adolescência e a fase adulta e, quebrando o mito, declínio fisiológico e neurológico, não mais necessita esperar depressivamente a morte, pois, conscientiza-se de seus direitos, reconquista seu espaço e exerce sua cidadania. (SANTOS, 2003).

Pode-se dizer que hoje os grandes centros que estudam e desenvolvem pesquisas em relação ao envelhecimento estão mais preocupados com a qualidade de vida do idoso que envolve entre outros aspectos: a saúde, alimentação saudável, atividades físicas, bem como o bom estado psicológico. A atividade física, quando realizada com regularidade, produz inúmeros benefícios, destacando-se as doenças cardiovasculares, a depressão, o stress e a ansiedade, que são prejudiciais para a saúde da população idosa, repercutindo inclusive na imunidade e em seu bem estar.

De acordo com Néri (1993) a atividade física pode constituir-se em um meio poderoso para o idoso experimentar aspectos considerados relevantes para o seu bem-estar psicológico, que são: significado existencial, interação social, motivação auto-determinada, desenvolvimento positivo, qualidade e tempo de vida.

Cada vez mais, estudos vêm evidenciando a atividade física como recurso importante para minimizar a degeneração provocada pelo envelhecimento, possibilitando

ao idoso manter uma qualidade de vida ativa. Segundo Okuma (1998 apud MARCHIORI; IUNG, 2004), a atividade física contribui para um envelhecimento saudável. As pessoas que já se encontram acima dos quarenta anos são incentivadas por médicos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e por professores de educação física à prática moderada de exercícios físicos.

Segundo Neri (1993, p. 10), o bem-estar na velhice está relacionado à:

Longevidade; saúde biológica; saúde mental; satisfação; controle cognitivo; competência social; produtividade; atividade; eficácia cognitiva; status social; renda; continuidade de papéis familiares e ocupacionais, e continuidade de relações informais em grupos primários (principalmente rede de amigos).

O ser humano quando está de bem com a vida desenvolve doenças com menor incidência e com isso favorecendo as atividades diárias, bem como o relacionamento com sua família e pessoas com as quais convivem.

De acordo com Py (1996 apud CODALE, 2004, p. 37)

A qualidade de vida na idade madura excede os limites da responsabilidade pessoal e deve ser vista como um empreendimento de caráter sociocultural. Ou seja, uma velhice satisfatória não é um atributo do indivíduo biológico ou social, mas resulta da qualidade de interação entre pessoas em mudança, vivendo numa sociedade em mudanças.

Neste sentido Kaleche (2002, p. 11), diz que para garantir um bom envelhecimento:

É preciso envolver a sociedade civil, conversar com entidades não-governamentais, com a mídia, a escola primária. Não é uma atitude isolada. E você tem de sensibilizar políticos. Não adianta as pessoas estarem convencidas de que ser sedentário não é uma boa se elas vivem numa cidade violenta, com iluminação inadequada, com péssimo transporte público. Você não pode pegar uma bicicleta e sair por aí porque o trânsito te mata. Se não for o trânsito, é a poluição. E, se não for a poluição, você corre o risco de ter sua bicicleta roubada. Então, é preciso pensar num esforço multisetorial para que as políticas sejam adequadas a esse conjunto.

A qualidade de vida também poder ser entendida como uma política pública que atende as necessidades dos idosos. Pode ainda, ser compreendida como forma emergente de adaptação às condições de vida culturalmente reconhecidas, que a sociedade oferece aos seus idosos em uma adaptação multidimensional, onde todas as interferências se fazem presentes. Dessa forma, observa-se que a qualidade de vida dos sujeitos interfere na sua longevidade, pois, a rotina diária composta da prática de esportes, alimentação

saudável, participação em atividades assistenciais, realização profissional são fatores que interferem para uma velhice saudável. Mas, também a convivência em grupo é um fator que contribui para a qualidade de vida. Assim no próximo item abordaremos a importância da convivência em grupo.

5 A IMPORTÂNCIA DA CONVIVÊNCIA COM OUTRAS PESSOAS

De acordo com Lakatos e Marconi (1999, p. 119), grupo pode ser definido como “uma coletividade identificável, estruturada, contínua, de pessoas sociais que desempenham papéis recíprocos, segundo determinadas normas, interesses e valores sociais, para a consecução de objetivos comuns”.

Um grupo em sua maioria pode ser representado por um conjunto de pessoas que apresentam o mesmo comportamento e a mesma atitude, um objetivo comum que condiciona a coesão de seus membros. Oliveira (2002, p. 67) completa ainda que “um grupo é um conjunto de pessoas que entram em interação entre si, além disso, o grupo é, fundamentalmente, uma sociabilidade estabelecida”. Mas para que o grupo seja formado é necessária à interação entre os indivíduos, onde cada um é equivalente ao outro e todos constituem um número de pessoas equiparáveis sem distinção entre si.

De acordo com Lapassade (1983, p. 65) “um grupo é constituído por um conjunto de pessoas em relação uma com as outras e que se uniram por diversas razões: a vida familiar, um atividade cultural ou profissional, política ou esportiva, a amizade, ou a religião”. A formação e a participação do grupo é um processo complexo, pelo qual certo número de pessoas, com variados objetivos, valores, aptidões e inibições transformam-se num grupo produtivo. Cada pessoa é uma individualidade, por isso é quase impossível descrever todo processo da formação do grupo.

Segundo Scuro (2004, p. 238) “grupos são sistemas sociais duradouros, conjuntos estáveis, feitos de pessoas que compartilham valores, normas e atitudes, identificam-se umas com as outras, reconhecem a existência do grupo e dele dependem”. Sendo que a partir do grau de integração dos membros no coletivo, se dá importância do apoio para o bem-estar do indivíduo. Toda participação, em qualquer grupo que seja, faz com que o indivíduo fortaleça seus laços de amizade, construa uma relação de troca de conhecimento e experiências.

No dizer de Araújo (2004 apud CODALE, 2004, p. 43),

Os indivíduos que convivem em grupo parecem ter maior autonomia, sabem expressar e verbalizar o que querem, o que sentem e o que é melhor para si. Assim, o grupo oportuniza a viver a vida, com novos significados e realizações de projetos individuais, que são comuns aos demais participantes. O convívio grupal vem despertar projetos coletivos, satisfazer outras necessidades antes não sentidas ou então muito sonhadas, porém não concretizadas.

No entanto, para ser considerado um grupo, é preciso que exista, entre as pessoas uma interação social e algum tipo de vínculo. Para que um grupo possa atingir este ideal é preciso que aconteça a transformação de interesses comuns para o de interesses no coletivo.

De acordo com Nova (2000), o indivíduo não é socializado apenas para viver em sociedade, mas sim para ocupar posições, desempenhar papéis, viver em determinados grupos, tomar parte em agregados e participar de categorias, camadas e sub-culturas específicas.

Segundo Gomes (2004 apud CODALE, 2004, p. 42)

É na aprendizagem de novos significados e de descobertas que se dão nas relações grupais que a participação vem a se constituir no grande salto para a cidadania fluir. Tal possibilidade de participação que se apresenta nas inter-relações de grupalidade aprende-se à medida que o olhar crítico sobre a realidade se amplia e se atribui novos significados à vida.

Portanto, com uma sociedade cada vez mais globalizada, o idoso deve usufruir de algumas categorias como, empoderamento e autonomia para que seus direitos e deveres sejam respeitados como cidadão. A formação e participação de grupos se tornam fundamental para que o idoso possa resgatar estas questões e enquadrá-las como uma rotina diária e assim apresentar uma melhor qualidade de vida. Este tema ainda será referenciado por outros autores no decorrer do trabalho.

5.1 Empoderamento

O termo "empoderamento" vem sendo abordado e interpretado sob diversas perspectivas, tanto na psicologia individual, como na antropologia, na ciência política e na

economia, ele não trata apenas de um processo de emancipação individual, mas da aquisição de uma consciência coletiva da dependência social e da dominação política.

Segundo Vasconcelos (2001, p. 5), pode-se definir empoderamento como "o 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". Na verdade, este conceito possibilita traçar uma ponte entre o local e o global, ampliando o contexto de inserção do indivíduo para além de suas famílias e comunidades, articulando-os a noções mais amplas, ao nível macro e a uma possível ação.

Com a evolução dos serviços de saúde pública, bem como a exigência da constituição dos conselhos municipais de saúde em âmbito do Sistema Único de Saúde, tem demonstrado ser um importante instrumento de empoderamento da comunidade através da temática da organização dos serviços de saúde. Assim, o empoderamento da comunidade supõe entre outras iniciativas, a educação para a cidadania, a socialização de informações, o envolvimento na tomada de decisões dentro de um processo de diagnóstico, o planejamento, a execução de projetos e ou iniciativas sociais.

Diante deste contexto e a complexidade dos fatores envolvidos principalmente na saúde, tem evidenciado a necessidade de se investir em Promoção da Saúde, pois é neste contexto, que se coloca a discussão de empoderamento, enfocando-se a atenção para intervenções que extrapolam o já criticado modelo biomédico. Sendo que outros espaços, como os grupos sociais também vêm ganhando espaço para esta discussão. (VASCONCELOS, 2001).

A promoção da Saúde apresentada na Carta de Ottawa de 1986 incorpora como método cinco grandes campos de ação, segundo Czeresnia (2004):

- Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- Participação comunitária;
- Desenvolvimento de habilidades pessoais;
- Reorientação dos serviços de saúde.

De acordo com Teixeira (2002), o entendimento mais comum de empoderamento, dentro do campo da saúde, trabalho social, educação ou psicologia comunitária, deve ter uma conotação de valor baseada na conceituação de poder compartilhada, ao invés do poder sobre o outro. Isto compreende que o empoderamento deve permitir aos grupos desprivilegiados ganhar significado para mudar sua condição de opressão.

De acordo com Airhihenbuwa (1994 apud TEIXEIRA, 2002, p. 24)

[...] *empowerment* é uma efetiva educação saudável e um modelo preventivo que se focaliza na prevenção grupal e no diálogo direto dos alvos comunitários, almejando aumentar a credibilidade das pessoas em sua capacidade em mudar suas próprias vidas [...].

Neste sentido, o empoderamento e a Promoção da Saúde são lentes conceituais, que objetivam proporcionar os meios, para que as pessoas consigam uma maior resolutividade e controle sobre o que afeta a sua saúde, não retirando a responsabilidade do Estado, no cuidado da saúde de sua população.

O empoderamento de cidadãos idosos, individual e coletivamente, se torna uma prioridade fundamental. Os grupos visam aproveitar esta fonte de recursos, que é o crescimento da população idosa, para oferecer treinamento e suporte. (TEIXEIRA, 2002). Assim, os grupos de idosos se configuram como um espaço de construção do empoderamento, na medida em que evoca o cuidado com a saúde. Estes grupos configuram-se como espaço de pertencimento, de referência, portanto, de apoio emocional, permitindo potencializar talentos através das trocas de experiências, inter e intrageracional. Desta forma, permite aos idosos a renovação dos espaços de convivência social, o que remete ao resgate do sentido da vida, onde, finalmente, a velhice pode ser vivida com maturidade.

Com o aumento vertiginoso da população de idosos, hoje torna-se necessário se planejar políticas sociais. Em se tratando de empoderamento das pessoas idosas, é preciso partir do pressuposto que o processo de envelhecimento detona um processo de desempoderamento, pois a velhice torna as pessoas particularmente vulneráveis à análise e percepções sociais, existindo uma perda real do poder pessoal. A tendência para uma vulnerabilidade psicológica e emocional, que advém da falência e queda social, parece ser natural. É, deste modo, imperativo que as pessoas idosas, sejam alertadas para a possibilidade de prevenção, assim como para as conseqüências, caso as pessoas desejem se tornar pessoas empoderadas na velhice. (TEIXEIRA, 2002).

Deste modo, o empoderamento de cidadãos idosos, individualmente e coletivamente, se torna uma prioridade. De acordo com Cusack (1999 apud TEIXEIRA, 2002, p. 32)

É importante aproveitar essa grande fonte de recursos, que é o crescimento da população idosa, para oferecer treinamento e suporte. Para isso, é preciso definir a estrutura organizacional e qual estilo de liderança facilitará a emergência de idosos, treinados em liderança comunitária. [...] ainda, que o mandato central do serviço social, é direcionado para proporcionar aos idosos um maior controle

sobre suas vidas e maior poder de decisão nos grupos comunitários e em outras organizações a que pertençam, estando, portanto, diretamente relacionado com o empoderamento.

O empoderamento é um dos fatores que contribuem para que o idoso possa conviver em grupos com autonomia. Este será o próximo item que abordaremos a seguir.

5.2 Autonomia e o processo de envelhecimento

A autonomia é um dos elementos fundamentais para que o ser humano possa exercer suas funções, bem como as rotinas diárias e assim poder fazer parte do âmbito social, econômico e político do país.

Segundo Downie (1999 apud TEIXEIRA, 2002, p. 43) “a autonomia deve ser entendida como um valor unificado da personalidade individual, apresentando aspectos cognitivos, afetivos e conotativos”.

Dessa forma é importante que se diferencie independência física de autonomia. De acordo com Monteiro (2003, p. 147)

A independência física é o ato de agir com o corpo em todos os sentidos, sem necessitar de auxílio de outrem, enquanto autonomia possui conceito mais amplo, significando a condição de se relacionar com as pessoas de modo igualitário, uma relação sujeito-sujeito, permitindo o respeito pelas capacidades do outro.

Para os idosos, a autonomia se torna essencial para sua sobrevivência e com isso não depender de seus familiares e instituições que cuidam de idosos. Os idosos devem ter preservada a garantia do reconhecimento à autonomia para poderem continuar a exercer suas atividades rotineiras. Às convicções pessoais dos sujeitos envolvidos no processo devem ser respeitadas, para isso é importante avaliar o grau de capacidade que os sujeitos têm para tomar suas decisões, pois a participação ativa no processo de tomada de decisões é restringida, muitas vezes, pela própria família ou pelas instituições.

Mesmo em situações de incapacidade temporária ou até mesmo definitiva, pode-se utilizar inúmeras formas para preservar os seus desejos ou restrições de tratamento ou escolhas. Outra forma de preservar a autonomia pode ser a indicação prévia de procuradores, que assumem a tomada de decisões sobre cuidados de saúde, em caso de incapacidade e dependência. É fundamental reconhecer que o simples fato de ser velho não

impede o indivíduo de tomar suas decisões e exercer plenamente a vontade pessoal, baseada em seus valores. (SANTOS, 2003).

Um outro aspecto fundamental que interfere na autonomia do idoso é o ambiente e as limitações onde ele vive, que deve ser adaptado para que ele mantenha a máxima autonomia e a mínima dependência como: sinalizações (riscos no chão e marcas nas paredes), iluminação, desobstrução de passagens, remoção de degraus, relógios e calendários de tamanho satisfatório, etc. Tudo deve ser planejado para sua maior autonomia. Além do ambiente, também objetos como as roupas, calçados, objetos de higiene pessoal e toucador devem ser idealizados, no sentido facilitar o manuseio. (TEIXEIRA, 2002).

O que se pode observar que envelhecer sem incapacidades é fundamental para a qualidade de vida. Assim, autonomia e independência são dois indicadores de saúde e de qualidade de vida para a população mais velha. A autonomia favorece o idoso para que ele não necessite da ajuda de outras pessoas para as suas rotinas diárias, mas mantenha sua independência.

Através das experiências de vida dos idosos, é que se pode comprovar que é possível envelhecer com autonomia, entendida como a manutenção do desejo de viver e ser de acordo com o momento vivido.

Farinatti (1997 apud TEIXEIRA, 2002) apresenta três níveis da autonomia positiva:

1) Autonomia de ação, que incorpora a noção de capacidade física. É a pessoa poder se mover fisicamente de forma independente;

2) Autonomia de vontade (ou de intenção), que se refere à capacidade de auto-determinação. Relaciona-se com a capacidade do indivíduo escolher livremente, de acordo com a sua vontade;

3) Autonomia de pensamento, que é um nível mais profundo da autonomia, diretamente relacionado com a autonomia de vontade, só que pressupõe um conhecimento crítico, uma reflexão mais consciente de escolha. Todos eles estão diretamente relacionados ao empoderamento, que é o indivíduo poder obter controle sobre a sua vida.

Pode-se destacar a autonomia como um valor, pois esta é mais do que uma característica que todos possuem, ela deve ser entendida e utilizada de forma que os sujeitos façam valer seus direitos como cidadãos ou ainda como uma proposta de qualidade de vida.

Portanto, se o idoso consegue resgatar a autonomia de seu corpo e mente, ele poderá estar aberto ao aprendizado existencial que lhe mantém a vida. Porque viver é um

processo contínuo de aprendizado, sendo o envelhecimento uma consequência desse fenômeno e assim formar a experiência de qualidade de vida junto com outras pessoas.

Assim, entende-se que a autonomia é característica fundamental na vida de todos, mais ainda nos idosos que necessitam continuar realizando suas tarefas para construir uma cidadania com dignidade e valores na sociedade.

Após a abordagem sobre a autonomia, discorreremos a seguir o tema de processo de construção de cidadania.

5.3 O idoso e o processo de construção da cidadania

O exercício da cidadania vem sendo discutido aparentemente de forma simplificada. Contudo as questões políticas e sociais implicam ainda na luta pela liberdade, pelo direito de ser cidadão.

A cidadania é exercida por cidadãos, que segundo Oliveira (2002, p. 55) “é um indivíduo que tem consciência de seus direitos e deveres e participa ativamente de todas as questões da sociedade”. Entretanto, a cidadania é mais uma identificação do que uma ação, pois como afirma o autor “Cidadania é o direito de ter uma idéia e poder expressá-la”.

Alguns autores afirmam que cidadania pressupõe o desenvolvimento de valores éticos que se objetivam nas seguintes virtudes cívicas: solidariedade, tolerância, justiça e valentia cívica, engendradas na relação da vida pública e vida privada. A cidadania não é uma interação primária e por isso é adquirida no convívio e precisa ser cultivada; supõe valores éticos e implica em redução de espaços individuais para oportunizar ao outro ocupar um espaço que é de todos. (MANZINE COVRE, 2002).

Segundo Bruno (2003) a cidadania é exercício, é movimento. Dessa forma, educar para a 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 experiência de participação dos cidadãos a todos os níveis do poder e na vida das comunidades tem constituído sempre instituições de civismo, favorecendo o sentido de responsabilidade de cada parcela ou de cada cidadão perante o todo nacional.

Diante deste contexto, o idoso pode exercer sua cidadania, que é estabelecida, como aponta Bruno (2003, p. 78):

A Política Nacional do Idoso reconhece o idoso como sujeito portador de direitos, define princípios e diretrizes que asseguram os direitos sociais e as condições para promover sua autonomia, integração e participação dentro da sociedade, na perspectiva da intersectorialidade e compromisso entre o poder público e a sociedade civil.

Entretanto, a liberdade está ligada às relações sociais, aos espaços de comunicação partilhados, a ações coletivas ou a realizar em comunidade. A noção de liberdade está ligada à associação, a tendência a realizar projetos coletivos e agir com conformidade com esta noção de liberdade que constitui o princípio do exercício cívico e isso é o que constitui a sociedade democrática. (CARNEIRO, 2002).

Na atualidade, o tema da velhice ainda é despolitizado, é necessário que se busque caminhos para politizá-lo e discuti-los com auxílio público. A conquista de um novo lugar é significativo na sociedade, bem como a marca de uma nova presença da população idosa, que passa pelo exercício pleno da cidadania, se tornando exercício da dimensão do ser político do homem. (BRUNO, 2003).

Segundo Rodrigues (2000 apud WIECZYNSKI, 2005) o exercício da cidadania é algo prático, diário para as pessoas idosas no Brasil. Entretanto, isso nem sempre é fácil devido aos preconceitos e mitos relativos à velhice, especificamente no que se refere ao mundo do trabalho e às políticas públicas.

De acordo com a Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 do Estatuto do Idoso, Título IV, da Política de Atendimento ao Idoso, Capítulo I diz (ESTATUTO DO IDOSO, 2004, p. 18)

Art. 46. A política de atendimento ao idoso far-se-á por meio do conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Art. 47. São linhas de ação da política de atendimento:

I – políticas sociais básicas, previstas na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994;

II – políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo, para aqueles que necessitarem;

III – serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas de negligência, maus tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão;

IV – serviço de identificação e localização de parentes ou responsáveis por idosos abandonados em hospitais e instituições de longa permanência;

V- proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos dos idosos;

VI – mobilização da opinião pública no sentido da participação dos diversos segmentos da sociedade no atendimento do idoso.

Diante desta realidade, é preciso que o idoso ocupe o papel de protagonista na sociedade. Com a participação cada vez mais ativa dos idosos, que estão se organizando por meio de fóruns regionais de cidadania, grupos de discussão e formação nas universidades abertas, nas associações de aposentados, programas, conselhos e outros, contribuem e incentivam este segmento para buscar e concretizar seus direitos sociais com autonomia.

Nestas ações o Assistente Social é um elo entre as instituições sociais e o cidadão para que se possa lutar por uma sociedade mais justa e digna em todas as idades e classes sociais. Neste sentido, no próximo capítulo apresentaremos o trabalho do Serviço Social no processo de intervenção e a metodologia e análise da pesquisa.

CAPITULO 2

1 A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL COM GRUPOS DE IDOSOS

1.1 O Serviço Social no Brasil

O Serviço Social surge dos movimentos de filantropia e sua atuação metodológica pautou-se por muito tempo no assistencialismo. (BORALLI, 2006).

Segundo Martinelli (1995), no Brasil, a história do Serviço Social inicia-se na década de 30 como resultado da iniciativa particular de vários setores da burguesia, profundamente apoiados pela Igreja Católica em obras e instituições que começaram a surgir após o fim da Primeira Guerra Mundial. Em 1932 é criado o Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS), que desempenhou um importante papel no sentido de qualificar os agentes para a realização da prática social. No CEAS, sob iniciativa da ordem religiosa de Santo Agostinho, realizou-se o Curso Intensivo de Formação Social para moças, basicamente constituído de moças católicas participantes de práticas assistenciais ou militantes de movimentos da Igreja, todas pertencentes a famílias burguesas.

Nessa época começou a longa caminhada do Serviço Social em solo brasileiro tendo como referencial o Serviço Social europeu. A primeira escola nasceu das iniciativas da Ação Católica, inaugurada em 15 de fevereiro de 1936 tendo absorvido quase por completo as atividades do CEAS. A mesma era dirigida por um conselho diretor constituído pela diretoria de CEAS, pelo conselho técnico-consultivo e pela diretoria da escola. A organização da escola abrangeu várias disciplinas, revestidas, porém, de cunho prático.

Entre os anos de 1930 e 1945, o Serviço Social sofre grande influência do alto grau de desenvolvimento industrial e tecnológico dos Estados Unidos. É, também nesse período que o Serviço Social brasileiro traz consigo como herança teorias positivistas, com destaque na questão metodológica e no estímulo a teorias que permitissem intervir no subdesenvolvimento econômico e social, numa linha reformista.

O Serviço Social aliado à burguesia e a Igreja, de acordo com Martinelli (1995), buscava a contenção e o controle das lutas sociais, atuando como uma força disciplinadora

capaz de garantir a propagação do modo capitalista de pensar a sua interiorização pela classe trabalhadora.

Ainda segundo a autora,

[...] tal identidade era, portanto, especialmente útil para a burguesia, pois, além de lhe abrir os canais necessários para a realização de sua ação de controle sobre a classe trabalhadora, fornecia-lhe o indispensável suporte para que se criasse a ilusão necessária que a hegemonia do capital era um ideal a ser buscado por toda a sociedade (MARTINELLI, 1995, p. 124).

O objetivo fundamental da burguesia era garantir a reprodução das relações sociais de produção capitalista. Conforme Martinelli (1995), era do seu interesse favorecer o desenvolvimento de práticas assistenciais e de prestação de serviços, as quais, anulando a dimensão política dos problemas sociais, transformando-os em manifestações particulares, de dificuldades pessoais, dando-lhes um tratamento terapêutico reduzido e fragmentado.

As ações profissionais assumiram face humanitária, que, por trás encobriam interesses repressivos e controladores sobre o movimento dos operários. Estado e burguesia implementavam políticas assistenciais, paternalistas com o intuito de desmobilizar a classe operária. Todo o esforço da classe dominante dirigia-se a um objetivo por ela considerado decisivo: bloquear o desenvolvimento da consciência de classe do proletariado e sua organização política. (MARTINELLI, 1995).

Os serviços assistenciais e beneficentes eram criados pela burguesia para atuarem como entraves, trazendo para o movimento operário uma falsa reprodução de um Estado bom, paternal e protetor.

As práticas assistencialistas desenvolvidas nas décadas de 30 e 40 e os benefícios concedidos eventualmente aos trabalhadores disfarçavam as reais intenções subjacentes. Para Iamamoto (1995, p. 20)

A profissão não se caracteriza apenas como nova forma e exercer a caridade, mas como forma de intervenção ideológica na vida da classe trabalhadora, com base na atividade assistencial; seus efeitos são essencialmente políticos: o enquadramento dos trabalhadores nas relações sociais vigentes, reforçando a mútua colaboração entre o capital e trabalho.

A dinâmica de trabalho dos Assistentes Sociais nesta fase era paternalista, assistencialista, neutra, pontual, acrítico, entre outras práticas, sendo um profissional voltado a uma dinâmica fiscalizadora, autoritária, dono do saber, totalmente dependente da

burguesia e da Igreja. Sua clientela era tida como indivíduo problema, carente e ficava sendo assistido como ações de caridade.

Segundo Machado (2006), o objeto do Serviço Social, no Brasil, tem, historicamente, sido delimitado em virtude das conjunturas políticas e sócio-econômicas do país, sempre tendo-se em vista as perspectivas teóricas e ideológicas orientadoras da intervenção profissional.

A valorização da profissão de assistente social e o novo modelo de serviço social implantado no país, especialmente a partir de 1940, eram coerentes com a organização por parte do Estado de vários serviços antes exercidos segundo um modelo privado de caridade. O Serviço Social foi introduzido em várias instâncias do Estado e a carreira de Assistente Social passou a ser valorizada, atraindo, nos anos 1950, jovens de classe média que buscavam afirmação profissional e prestígio social, pois deixou de ter também uma marca central ligada ao catolicismo. (SILVA, 2006).

Entretanto, na década de 1980, o Serviço Social sofre interferências do movimento de reconceituação, onde o profissional inicia uma mudança na área da Assistência Social. De acordo com Iamamoto (2001 apud ABEL; SCHEUNEMANN, 2006, p. 1)

O processo de Reconceituação proporcionou aos Assistentes Sociais uma visão de mundo diferente, alterando de micro para macro, tornando-se mais global, onde não se aceitava mais observar somente o indivíduo, e sim que este fazia parte de um todo que precisava ser visto de forma crítica. O novo eixo de preocupação mudou do particular para o geral e de uma visão psicologizante e interpessoal, para uma visão política da interação e da intervenção.

A partir deste período, a atuação profissional passou a centrar-se não mais sobre o indivíduo e seu comportamento, mas sobre suas relações, sobre seus vínculos, suas estratégias, seus espaços, seus nexos problemáticos. Esse período marcou o início de um processo de mudanças, no que diz respeito às práticas intervencionistas do Serviço Social.

Desta forma, a proposta de intervenção profissional do Serviço Social é viabilizar o acesso do usuário e sua família aos serviços assistenciais disponíveis, como políticas públicas, a fim de proporcionar a garantia dos direitos sociais já adquiridos pela Constituição Federal de 1988, Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA e Estatuto do Idoso. (SILVA, 1997).

Segundo Iamamoto (1998, p. 20),

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas

de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano.

A intervenção do Serviço Social no atendimento dos usuários dos serviços públicos se justifica através dos rudimentos evidentes da própria prática profissional. Essa intervenção, torna-se importante considerando que é no relacionamento com o usuário que o assistente social pode intervir com uma prática direcionada para a realização/concretização dos direitos dos assistidos, enquanto ação voltada para a questão da justiça e equidade social. (SILVA, 1997).

Diante desse contexto, com as mudanças ocorridas na conjuntura econômica, social e política fez-se necessário um novo panorama do Serviço Social, abrindo espaço para uma visão prática e realista, rompendo com a alienação e superando suas próprias origens burguesas. Assim, o Serviço Social deu seu passo inicial para assumir o coletivo do sentido histórico da profissão e para um novo momento de profissional, politicamente assumida, como luta social pela transformação da sociedade. (MARTINELLI, 1995).

Como aponta Iamamoto (1998, p. 19), “pensar em Serviço Social na contemporaneidade requer os olhos abertos para o mundo contemporâneo para decifrá-lo e participar da sua recriação”. O Serviço Social no processo de intervenção vem assumindo seu papel em todas as esferas sociais. Na área do Idoso, este profissional vem atuando intensamente, oferecendo apoio, atendimento em grupos para que estes possam viver com dignidade na sociedade.

No entanto, a atuação da Assistente Social junto ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso, tem como objetivo proporcionar informações para enfrentar a velhice sem preconceito como mais uma fase da vida, por meio de discussão e reflexão do significado de valores e situações relacionadas ao ciclo vital.

Dessa forma, a atuação profissional no programa com os idosos, permite reflexões sobre seu papel enquanto cidadão na superação de problemas físicos, psicológicos e sociais, fazendo-lhe participar em todas as atividades como sujeito atuante, que possui experiência de vida e sabedoria, capaz de repassá-las para gerações futuras em forma de ensinamentos.

Para contribuir com a busca e garantia desse espaço e bem-estar, o profissional de Serviço Social da Policlínica II, está à frente do “Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso” onde direciona um trabalho para possibilitar ao grupo de idosos viver intensamente sua experiência do envelhecimento, sem fixar-se no aspecto doença, procurando viver com qualidade.

Para este profissional poder desempenhar sua função como mediador junto ao grupo de idosos, torna-se necessário fazer uma avaliação, para identificar os problemas ou dificuldades e, a partir disso oferecer um serviço adequado para atender as necessidades dos sujeitos envolvidos no processo. De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social (1997, p. 21) são princípios:

Art. 4º Constituem competências do Assistente Social:

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

IV - (Vetado);

V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;

Dessa forma, o trabalho no âmbito da ação de intervenção do profissional de Serviço Social está em facilitar a abertura de espaços de possibilidades das valorizações dos papéis de seus participantes, por meio de debates, de motivação de informações como os de saúde e qualidade de vida. Estes grupos têm o intuito de que as pessoas se encontrem para trabalhar questões comuns, o que facilita a participação e uma maior conscientização de seus direitos enquanto cidadãos.

Segundo Iamamoto (1998, p. 145)

A afirmação de um perfil profissional prepositivo requer um profissional de novo tipo, comprometido com sua atualização permanente, capaz de sintonizar-se com o ritmo das mudanças que presidem o cenário social...[...] Profissional que também seja um pesquisador, que invista em sua formação intelectual e cultural.

Mediante esta perspectiva o profissional do Serviço Social frente ao trabalho com grupos tem o papel de mediador entre usuários e instituições. Ele tem a função de articulador do processo grupal, tanto no andamento das atividades como na própria coordenação do projeto como um todo.

1.2 O Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso na Policlínica II – espaço de ação do Assistente Social

O Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso é desenvolvido pela Policlínica II, mantida pela Secretaria da Saúde do Município de Florianópolis. A mesma está localizada na rua Heitor Blum 52, Bairro Estreito no município de Florianópolis. Foi com base em estudos e na observação da problemática e nas demandas, relacionadas à saúde dos idosos, que implantou-se o programa no ano de 1998, visando conscientizar os mesmos e a sociedade a participar de programas que visem o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida. (CODALE, 2004).

O trabalho do Assistente Social nas suas diversas vertentes abrange as múltiplas e complexas inter-relações que se estabelecem entre as pessoas e o meio que as envolve.

O Assistente Social tem em sua prática específica, oferecer subsídios ao estudo de questões sociais que emergem na sociedade. Desta forma, os profissionais estimulam as mudanças na sociedade, na vida dos indivíduos, famílias e comunidades a quem o seu trabalho se dirige.

Dentre as diversas atribuições que lhe são conferidas mediante pareceres sociais escritos, verbalmente ou por meio de experiência, assim como desenvolver trabalhos de aconselhamento, orientação, encaminhamentos e outros, se tornando um espaço de intervenção e ação por meio de instrumentais próprios do Serviço Social.

Assim Miotto (2004 apud LIMA, 2004) descreve que a intervenção profissional na instituição norteia-se como eixo interventivo, direcionado para a Gestão e Planejamento, onde consiste no desenvolvimento de ações de assessoria e consultoria em instituições públicas e privadas, voltadas à proposição e avaliação de políticas sociais, bem como o desenvolvimento de ações voltadas para a gestão e capacitação de recursos humanos, gestão de informação e gerenciamento de programas, projetos e serviços. Ainda, como apresenta a autora, a qual se referindo a ação profissional, a define como: “um conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão e realizadas por sujeitos/profissionais de forma responsável consciente”.

A atuação do Serviço Social e seus objetivos no Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso, é desenvolvido através de palestras que preparam o idoso para enfrentar a rotina diária com saúde e assim poder usufruir esta fase com otimismo, saúde e conhecimento sobre seus direitos e deveres. E, ainda, motivar o idoso através de

informações sobre a melhoria de sua qualidade de vida, favorecer a integração social entre os mesmos através de atividades de recreação e de lazer com passeios e festas realizadas em datas comemorativas. As palestras desenvolvidas pela Assistente Social são uma das atividades que mais despertam o interesse das idosas, bem como as atividades físicas, tardes laborativas e crescimento pessoal.

O atendimento valoriza a qualidade de vida e a reintegração do idoso na família e na sociedade. Dessa forma, para a Assistente Social que atua diretamente no programa, faz-se necessário estabelecer mecanismos de atendimento voltado à população idosa, com maior interesse e valorização ao convívio social.

Percebe-se também, que o programa proporciona ao idoso uma nova visão de envelhecer com dignidade, autonomia, cidadania, empoderamento e alegria. A atuação profissional multidisciplinar também é de grande relevância para o andamento das ações e projetos que são desenvolvidos dentro da área social para os idosos no município de Florianópolis. No entanto, as limitações que são encontradas são as mais diversas, desde a falta de incentivos financeiros, políticas justas e um espaço adequado para que se possam desenvolver ações em benefício destas pessoas.

O Serviço Social tem um papel determinante para o funcionamento dos serviços que são oferecidos pela Policlínica II, mantendo contato direto com os sujeitos para assim poder identificar problemas ou necessidades do público usuário. Neste sentido, compreender as questões mais profundas, as quais possibilitem descrever um perfil ideal de cada participante do programa e a partir destas informações poder oferecer serviços para que estas pessoas possam conviver em sociedade com autonomia.

Os objetivos do referido programa são:

- a) inserir o idoso dentro do contexto da vida comunitária;
- b) desenvolver a prática associativa para a melhoria da qualidade de vida;
- c) oportunizar a ação de novas formas de solidariedade;
- d) respeito mútuo e dessa forma valorizando o convívio em grupo das pessoas que ali participam e vem a procura de novas informações.

A Policlínica II tem incluso também quatro programas para atendimento de prevenção: Programa para Hipertensos, Diabéticos, (Centro de Testagem e Aconselhamento) – CTA (Doenças Sexualmente Transmissíveis) DST/AIDS e o Programa de Atenção Integral à Saúde dos Idosos. (CODALE, 2004).

O Programa é coordenado pelo profissional de Serviço Social, porém outros profissionais também atuam no local, oferecendo o trabalho abertamente a todas as pessoas

interessadas com o processo de envelhecimento. As pessoas participam de reuniões e palestras, para tratar de assuntos pertinentes aos seus interesses, com direito a sugerir os temas apresentados, bem como as atividades de lazer.

Este programa agrega os seguintes projetos:

1 – Grupo de crescimento pessoal

O “grupo de crescimento pessoal” é acompanhado por uma Assistente Social e atualmente a estagiária do Serviço Social. São abordados os aspectos biopsicossociais e espirituais do envelhecimento, trabalhando o ser humano como responsável pelos acontecimentos da vida, num paradigma de uma visão nova e profunda da arte de envelhecer. No grupo as idosas são estimuladas individualmente pela dinâmica da atuação profissional.

2- Atividades laborativas

Através das “atividades laborativas”, a idosa tem oportunidade de trabalhar sua criatividade, sensibilidade e descortinar um potencial muitas vezes adormecido ou mesmo pela falta de incentivo para que esta pessoa possa realizar este tipo atividade como uma forma de ocupação e propiciar a autonomia.

3- Atividade física

Este programa visa proporcionar atividades físicas com ginástica (caminhadas) com um profissional de Educação Física.

O referido programa foi objeto de Estágio para o desenvolvimento da presente pesquisa. Neste sentido, o Estágio Curricular obrigatório realizou-se no Programa de Atenção ao Idoso da Policlínica II, durante o período de março a julho de 2005. Durante este período a atuação da acadêmica foi nos projetos desenvolvidos pela Policlínica II, já descritos anteriormente e que serão, melhor entendidos no processo metodológico da pesquisa.

2 METODOLOGIA DE PESQUISA: a construção de um processo de intervenção

A metodologia é o caminho e as fontes que são utilizadas para a realização e concretização da pesquisa. Segundo Minayo (2003), a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade bem como o conhecimento e concepções do pesquisador.

De acordo com Lakatos e Marcone (1999) a questão da metodologia é importante quando se analisa o quadro de referência utilizado, sendo que este pode ser compreendido como uma totalidade que abrange dada teoria e a metodologia específica dessa teoria.

Dessa forma, pode-se dizer que métodos são as etapas mais concretas da investigação, com finalidade mais restrita em termos de explicação geral dos fenômenos menos abstratos. O método propicia saber, como foi realizado, o levantamento de informações, fontes e quais os instrumentos que foram utilizados para recolher os dados necessários para a elaboração da pesquisa.

2.1 Tipo de pesquisa

Através da utilização de técnicas e outros procedimentos científicos, procura-se demonstrar as várias abordagens do tema pelo meio de pesquisa utilizado.

O presente estudo se apresenta como uma pesquisa quanti-qualitativa, com abordagem exploratória.

Já Minayo (2003, p. 20) diz que a pesquisa qualitativa,

[...] se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um esforço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A pesquisa qualitativa avalia a questão a partir dos dados levantados sem aprofundamento em estatísticas e projeções maiores. Ela costuma ser direcionada, ao longo do seu desenvolvimento, além disso, não busca enumerar ou medir eventos e, geralmente não emprega instrumentos estatísticos para análise dos dados. Seu foco e interesse é amplo, e parte de uma perspectiva diferenciada das demais pesquisas.

Este tipo de pesquisa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (TRIVINOS, 1998).

A pesquisa quantitativa de acordo com Richardson (1999, p. 70)

Caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão, etc.

A pesquisa exploratória tem como finalidade prover critérios a respeito do problema. Essa visa prover o pesquisador de um maior conhecimento sobre o tema ou problema de pesquisa. (RICHARDSON, 1999). O estudo exploratório consiste em ampliar o grau de conhecimento sobre o envelhecimento e as inferências deste público na sociedade mais precisamente no Programa de Atenção Integral a Saúde do Idoso.

Foi utilizado também, o método da observação para se obter informações reais da população pesquisada, já que a pesquisadora atuou diretamente no programa. Segundo Chizzotti (1991), a observação realiza-se através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado. A observação pode assumir várias formas e é, ao mesmo tempo, a mais antiga e a mais moderna das técnicas de pesquisa, pois esta inclui as experiências mais casuais, não controladas, a ter registros mais exatos por meio de experimentos. É através da observação que o pesquisador consegue identificar a real situação dos resultados desejados.

No entanto, os caminhos que foram percorridos, ou seja, os processos metodológicos de investigação impuseram o contato direto com a população estudada.

2.2 Instrumento de Coleta de dados

O levantamento das informações foi através de levantamento bibliográfico em livros, periódicos, internet, relatórios, entre outros. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada pela pesquisadora, que foi aplicado ao grupo de idosas, o qual foi campo de estagio da mesma, onde foi efetuado um comparativo, da evolução das ações desenvolvidas pelo Programa.

Segundo Baptista (2003, p. 51) a coleta de dados “inicia-se por uma aproximação preliminar exploratória que busca levantar informações que irão compor um primeiro quadro de situação geral”.

Para o presente estudo, foi utilizada a entrevista semi-estruturada que se compõe basicamente do discurso livre, fazendo perguntas e sugestões de maneira discreta. É necessária uma atenção receptiva capaz de perceber as comunicações verbais e não verbais dos sujeitos.

Na semi-estruturada há a seleção de temas a serem questionados e compreendidos pelo pesquisador, sendo que os instrumentos que podem ser utilizados são as anotações, gravações e perguntas planejadas com antecedência. (RICHARDSON, 1999). Para se obter dados mais precisos e concretos, foi elaborado um roteiro (Apêndice) por meio de perguntas fechadas e abertas, totalizando 12 questões.

A pesquisa foi aplicada no período de outubro a novembro de 2005, a um total de seis integrantes do Programa de Atenção Integral a Saúde do Idoso da Policlínica II de Florianópolis.

2.3 Contexto e participante

Para que a pesquisa tenha um melhor aproveitamento e desenvolvimento torna-se necessário que seja utilizado uma amostra da população total disponível que se deseja investigar. A amostra indica a menor representação de um todo maior, que possibilita um trabalho científico mais adequado, fazendo render o tempo do pesquisador. Soriano (2004, p. 205) define amostra “como uma parte da população que teoricamente possui as mesmas características que se deseja estudar na população total”.

O mesmo autor diz que a técnica de amostragem decorre do fato de o pesquisador não ter condições de pesquisar toda uma população, o que aumentaria os custos do estudo nas fases de aplicação dos instrumentos e processamento da informação. (SORIANO, 2004).

Para a amostra foram utilizadas 33% das idosas do programa, dando preferência para as que participam desde início, ou seja, desde 1998. Com isso se poder fazer uma avaliação da sua eficácia, detectar as melhorias, bem como as falhas que ocorreram no período. A população total do Programa é de 18 idosas, sendo que para a pesquisa foram utilizadas 06. Este número foi considerado ideal para o aproveitamento e o levantamento de dados para a realização dos objetivos da pesquisa já citado na introdução deste trabalho.

O terceiro capítulo demonstrará os resultados da pesquisa, bem como as considerações finais e sugestões para a melhoria do programa e ainda as referências bibliográficas.

CAPITULO 3

1 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA: Conhecendo os sujeitos do processo

Nesta etapa do estudo serão apresentados os resultados obtidos através da entrevista efetuada com as idosas participantes do programa. Os dados foram coletados, transcritos e posteriormente analisados pela pesquisadora, com o intuito de entender o processo pesquisado. Por tratar-se de uma pesquisa quanti-qualitativa e tendo questões estruturadas e semi-estruturadas, aplicada a um publico específico, foi necessário que a pesquisadora gravasse a pesquisa e após transcrevesse na íntegra para melhor utilizar seus dados.

Para a apresentação dos resultados foram utilizados nomes de “flores” para caracterizar as pesquisadas sugeridas pela pesquisadora e escolhido pelas idosas como forma de manter o sigilo e resguardar o nome das mesmas em relação à pesquisa. Todas assinaram o termo de consentimento e autorizaram a utilização dos dados neste trabalho.

No próximo segmento serão apresentados os resultados, da pesquisa, que se constitui de dados, onde se identifica o perfil das integrantes do programa em relação a sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda, se é aposentada, procedência (bairro), com quem reside tempo que frequenta o programa. A segunda parte procurou-se verificar qual a percepção das integrantes em relação ao programa, a partir das falas.

1.1 Identificação das participantes do Programa

a) Idade

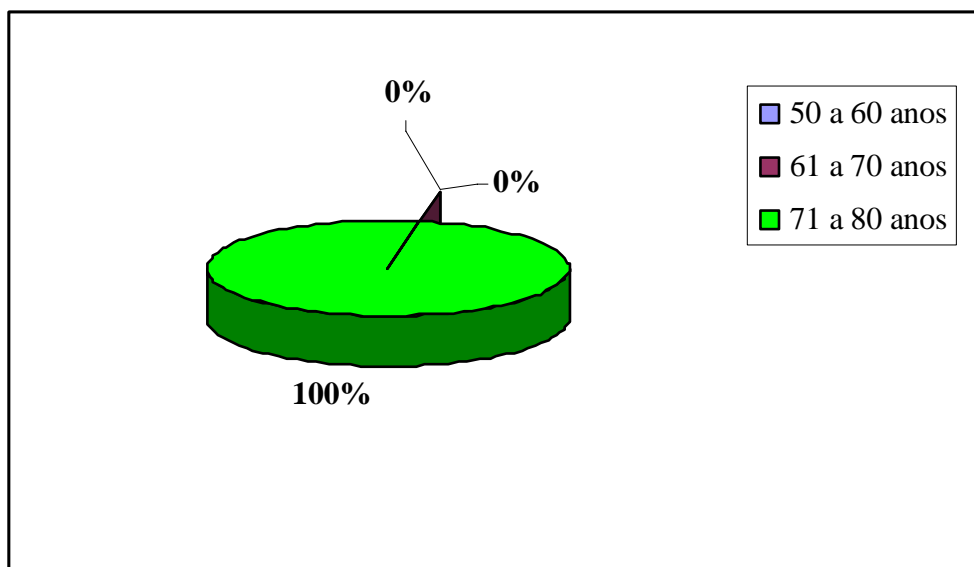


Gráfico 1 – Idade

Fonte: Dados Primários

De acordo com o gráfico 1, observa-se que 100% das pesquisadas se encontram na faixa etária entre 71 a 80 anos de idade. Isso demonstra que a faixa etária das pessoas que freqüentam o grupo é considerada elevada.

Segundo Mercadante (2003) o primeiro sinal da velhice aparece no corpo, que são transformações físicas, psicológicas e sociais. O avanço da idade, que muitas vezes é percebida depois de algum tempo, faz com que as pessoas não se preocupam em buscar uma qualidade de vida e acompanhamento de profissionais.

Outro dado importante é que o público pesquisado é todo do sexo feminino. O programa se destina para mulheres e homens, mas somente as mulheres procuram e freqüentam com mais assiduidade.

Segundo Veras (2003) as mulheres têm mais tendência a viverem sozinhas na terceira idade. Vários estudos vêm apontando esta característica, porque que, a mulher vive mais tempo que o homem, por questões como: diferenças na exposição a riscos e trabalho pesado; diferença no consumo de tabaco e álcool; diferenças em relação a doenças que geralmente as mulheres apresentam um controle e prevenção maior, acesso e tratamento; e ainda a melhora no atendimento médico obstétrico que com o avanço da tecnologia possibilitou o diagnóstico prematuro de doenças. A mortalidade materna que, antes era

considerada, uma das principais causas de morte prematura entre as mulheres, atualmente vem sendo reduzida com um atendimento de saúde mais bem distribuído a toda a população, principalmente pelo acesso a informação e prevenção de doenças. Isso faz com que as mulheres busquem conviver mais em grupos de idosos.

Croese (1999) acrescenta ainda que, as mulheres vivem mais porque cuidam mais de si e de seus corpos, e ainda praticam mais medidas de saúde preventiva. Embora elas sofram mais doenças e recebam mais medicações e tratamentos, conseguem viver a juventude porque cuidam mais de si, reduzindo seus riscos de saúde e conseqüentemente são idosos mais saudáveis e com qualidade de vida. Sobre os homens, a autora diz que: “[...] correm mais riscos de morte precoce, porque são ensinados a ignorar a fraqueza, a doença e as preocupações com a saúde”.

b) Estado Civil

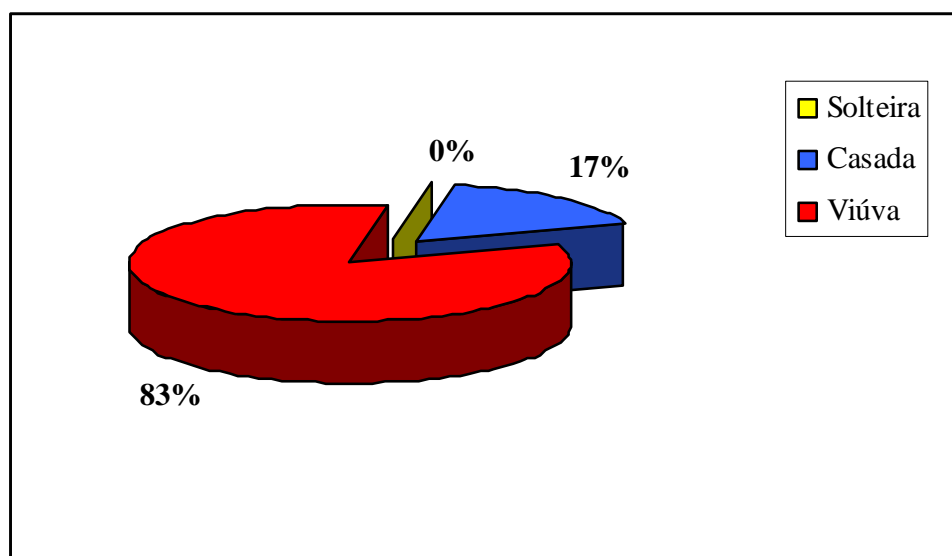


Gráfico 2 – Estado Civil

Fonte: Dados Primários

O gráfico 2, apresenta que 83% das pesquisadas são viúvas e 17% casadas. Este resultado demonstra que a procura por ajuda e ocupação nesta etapa da vida é importante para que a pessoa possa se sentir ocupada e continuar convivendo em sociedade.

c) Escolaridade

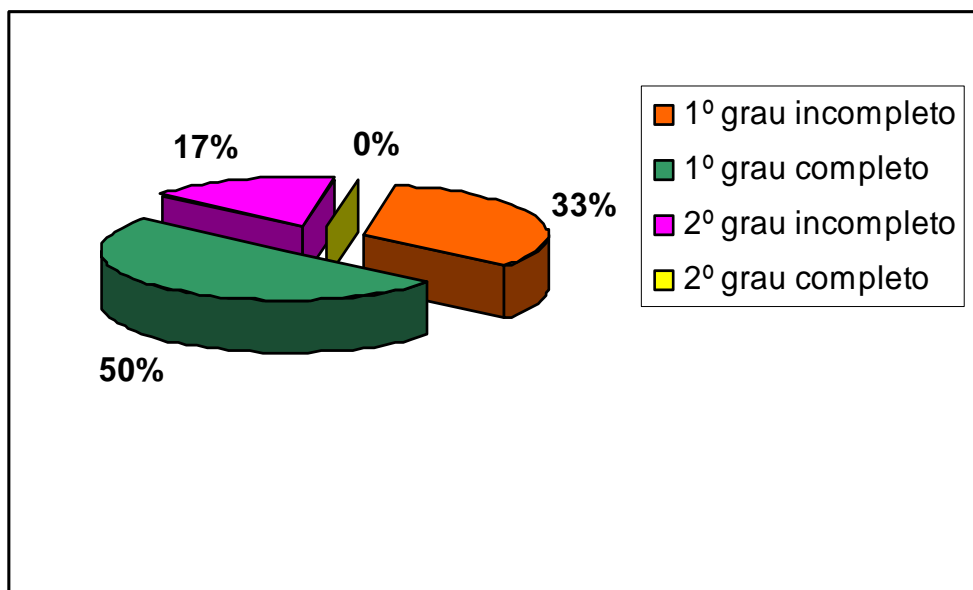


Gráfico 3 – Escolaridade

Fonte: Dados Primários

Quanto a escolaridade, o gráfico acima demonstra que 50% das pesquisadas tem primeiro grau completo, 33% primeiro grau incompleto e 17% segundo grau incompleto. Diante deste resultado, pode-se observar que o grau de escolaridade entre o público de idosos ainda é um índice muito baixo, devido à falta de oportunidades e acesso as informações no decorrer de sua vida. A autora Berzins (2003) esclarece que o acesso ao ensino fundamental, era restrito às classes sociais mais altas e particularmente para os homens até os anos de 1960, e para as mulheres era reservado o papel de dona de casa e de mãe.

Já, Grinberg (1999) destaca que, com o crescimento da globalização e surgimento de novas tecnologias, cada vez mais se torna necessário que os idosos se adaptem às mudanças que vão surgindo e que procuram informações em cursos ou mesmo em escolas próprias. O interesse dos idosos em estudar vem crescendo nos últimos anos, pois os fatores que contribuem são a disponibilidade de tempo, disposição e principalmente o acesso facilitado ao estudo e conhecimento.

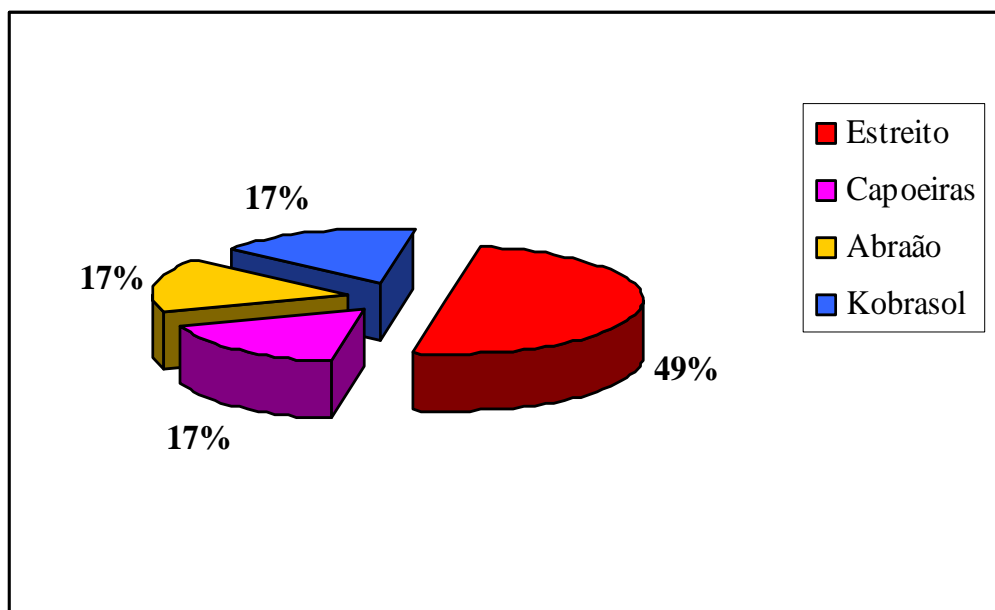
d) Quanto a Procedência

Gráfico 4 – Procedência

Fonte: Dados Primários

Segundo o gráfico 4, 49% das pesquisadas residem no Bairro Estreito e 51% em outros bairros da região. A participação de toda a área do Continente de Florianópolis é percebida, já que é o único local que desenvolve atividades com estas características.

Devido a ausência de centros de apoio ao idoso em todos os bairros do município, é necessário que se locomovem para outros bairros e com isso ocorrendo a desistência, pois muitas tem dificuldade em locomover-se, necessitam da ajuda de filhos ou falta de acesso de transporte coletivo adequado para este segmento da população. Para melhorar o atendimento, Teixeira (2002) diz que devem ser desenvolvidas políticas públicas voltadas para uma estrutura que torne os idosos visíveis na sociedade e que isto seja encarado desde a juventude. Dessa forma, o futuro é uma consequência do trabalho desenvolvido pelos programas e com isso proporcionar dignidade e qualidade de vida aos idosos.

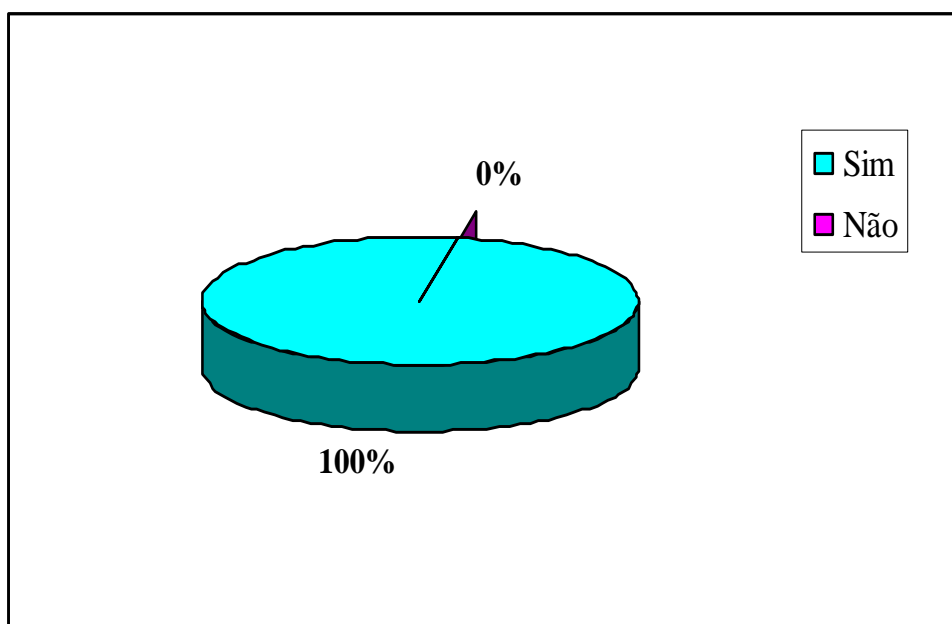
e) **Aposentada**

Gráfico 5 – Aposentada
Fonte: Dados Primários

Quanto à ocupação o gráfico 5, demonstra que 100% das pesquisadas são aposentadas ou vivem de aposentadoria. Todas têm renda para sobreviver, com isso proporcionando autonomia para o idoso, já que é a época da vida que o ser humano mais necessita de cuidados e rendimentos para poder satisfazer suas necessidades com a saúde e qualidade de vida.

O direito ao benefício previdenciário não significa um favor, mas um direito do assegurado garantido pelos serviços prestados.

O Instituto Nacional de Seguridade Social apresenta, ainda restrições para a aposentadoria. Se optado por Aposentadoria Integral que é no mínimo de 30 anos para as mulheres e 35 anos para os homens e por Tempo de Contribuição e é de 25 anos para as mulheres e 30 anos para os homens. Para ambos os tipos de Aposentadorias, há uma idade mínima instituída em lei, que é no mínimo de 48 anos para as mulheres e 53 anos para os homens. Há também a Aposentadoria por Idade, que é de 60 e 65 anos respectivamente, mas sob a condição de ter comprovadamente a contribuição ao INSS de no mínimo 15 anos. (BRASIL, 2006).

A pesquisa procurou somente identificar qual a fonte de renda das pesquisadas, não diferenciando pensionista dos que são aposentadas.

f) Renda

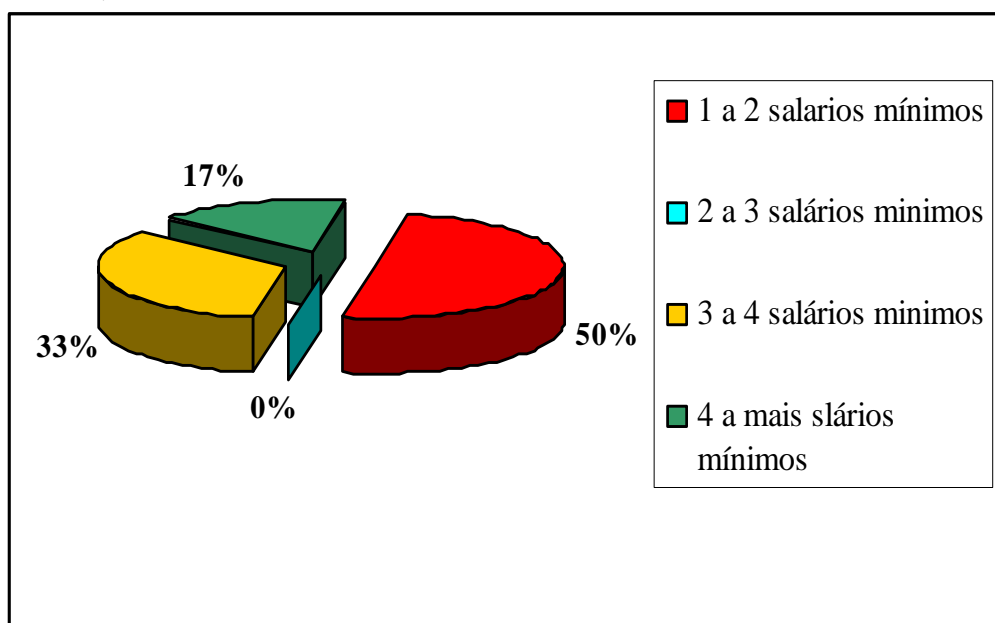


Gráfico 6 – Renda
Fonte: Dados Primários

Conforme o gráfico 6 50% das pesquisadas dispõe de renda de 1 a 2 salários mínimos, 33% de 3 a 4 e 17% com mais de 4 salários mínimos mensais. Segundo Berzins (2003) a aposentadoria e a pensão são as principais fontes de renda dos idosos responsáveis por domicílio, sendo para as mulheres com maior destaque, pois apenas 10% delas trabalham no mercado de trabalho.

A remuneração das aposentadorias varia de acordo com a profissão que exerciam, alcançando o valor aproximado de 1 a 4 salários mínimos, raramente esta média foi ultrapassada. O valor mensal da aposentadoria, geralmente, não permite ao idoso uma sobrevivência digna, com melhor qualidade de vida. Devido a esta carência de recursos, muitos idosos se obrigam a trabalhar ainda nesta idade para se manter ou a sua família. (VITERBINO, 2001).

Na velhice um dos maiores problemas enfrentados são as doenças que se apresentam. Estas doenças além de prejudicar a vida das pessoas, também afetam a vida financeira dos aposentados, uma vez que a renda também tem que ser utilizada para comprar remédios e tratamentos de saúde. Nesta fase da vida as pessoas ficam suscetíveis às doenças e precisam de tratamentos, no entanto, não existem políticas que auxiliem estas pessoas nesta questão. O que existe são políticas públicas de medicamentos como os genéricos que muitas vezes não tem a medida necessária e não são disponibilizados pelos Postos de Saúde.

Outra questão que é destacada por Augustini (2003) é que em muitas famílias, os idosos ainda contribuem com uma parcela na sustentação financeira das despesas da casa e subsistência da família. Devido a este fator deixam de se preocupar com a saúde e qualidade de vida.

g) Com quem Reside

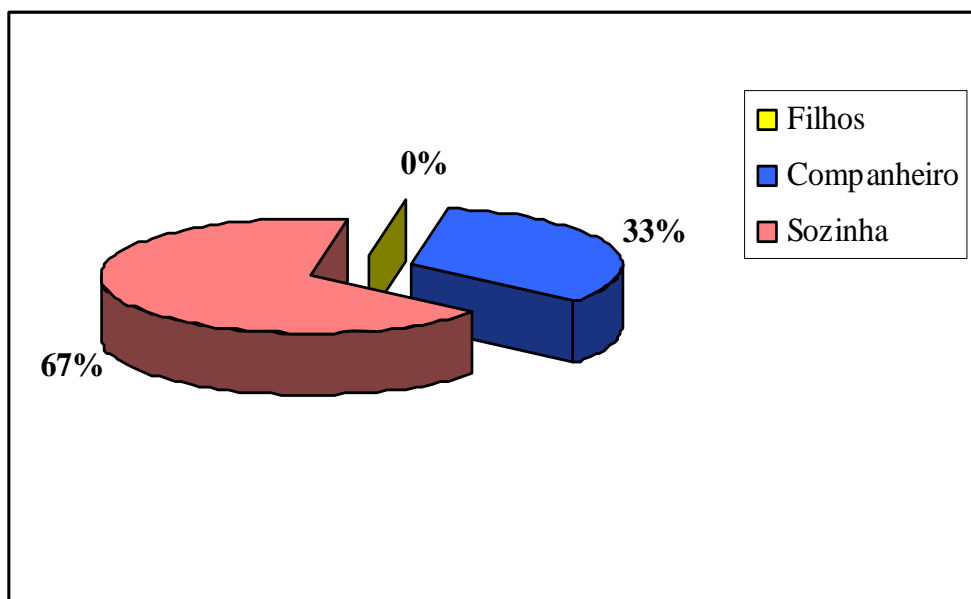


Gráfico 7 – Residência
Fonte: Dados Primários

De acordo com o gráfico 7, 67% moram sozinhas e 33% com o companheiro. O idoso em sua idade avançada e com os filhos já crescidos preferem morar sozinhos para manter uma vida ativa, com autonomia e liberdade para executar suas tarefas e rotinas diárias. Para Berzins (2003) isto ocorre devido às condições de vida urbana, a oferta de serviços favorecem ou reforçam o desejo e as possibilidades dos idosos morarem sozinhos. Diz ainda que, isso não deve ser encarado exclusivamente como sinônimo de solidão e abandono. Para muitas delas, a morte do marido representa liberdade de rotina das atividades domésticas.

Para Crose (1999), as mulheres adquirem experiência em administrar uma casa, como conseguir ajuda de outras pessoas e como viver dentro de um conforto razoável com um orçamento apertado. Já os homens segundo a autora, tendo tratado de grandes questões e deixado as pequenas para uma mulher, se vêem na velhice sem habilidades para morarem sozinhos.

Debert (1996 apud MARCHIORI; IUNG, 2004) defende que, neste novo paradigma da velhice, deve haver a luta comum pela autonomia, pois neste final de século esta fase é cheia de planos e projetos, sendo que é neste período de suas vidas que terão tempo para desenvolvê-los de maneira individual ou em grupo. É nesta etapa em que poderão vivenciar a plenitude do pensamento crítico e produtivo, procurando buscar a explicação de fenômenos que os acompanharam desde as outras fases da vida e que, por certo, agora terão respostas mais convincentes.

h) Período de participação no programa

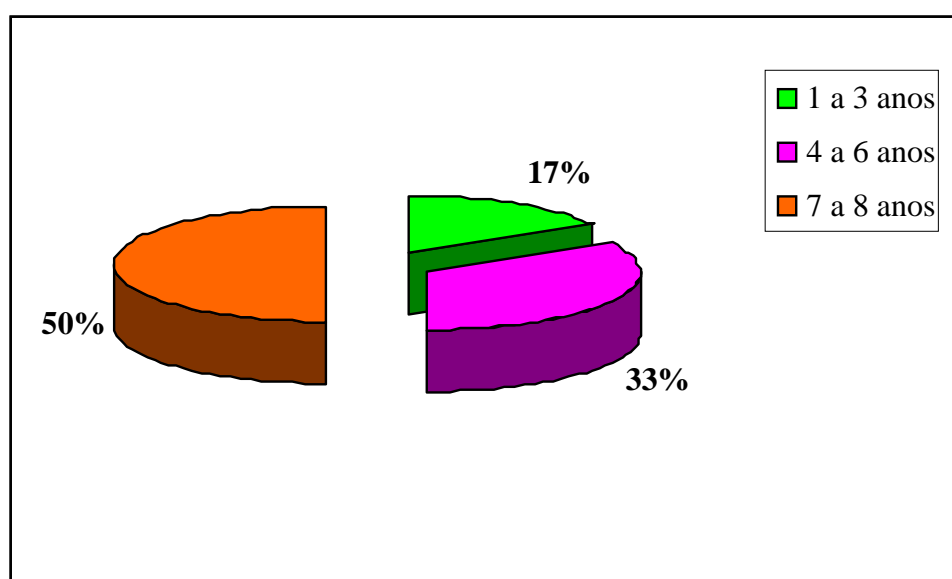


Gráfico 8 – Tempo de atuação no programa

Fonte: Dados Primários

Conforme o gráfico acima, 50% das pesquisadas participam no programa de 7 a 8 anos, 33% de 4 a 6 anos e 17% de 1 a 3 anos. Manter a coesão do grupo é uma das tarefas mais trabalhadas pela equipe do programa, o incentivo e a busca de formas para atrair o idoso com atividades inovadoras se faz presente no cotidiano dos profissionais que desenvolvem os serviços.

Como destaca Teixeira (2002), a ausência do trabalho faz com que os idosos procurem alguma ocupação para se sentirem valorizados pela sociedade, manter sua autonomia e reinserção na sociedade. Os grupos de idosos desempenham um papel na valorização humana dos mesmos, na sua reintegração social, os grupos possibilitam o reencontro consigo mesmo, emocional e afetivamente construindo dessa forma sua autonomia, buscando sua cidadania.

1.2 O que dizem as participantes: com a palavra “ELAS”

Nesta etapa da pesquisa serão apresentadas as falas das idosas em relação ao Programa de Atenção ao Idoso da Policlínica II, destacando, o que mais as atrai, melhorias na vida depois de participar, avaliação do programa e sugestões de melhoria.

a) Participar do Programa X convivência em grupo como fator indicador de qualidade de vida

As pesquisadas ingressam no Programa de Atenção Integral a Saúde do Idoso na Policlínica II por muitas razões, que segundo elas ocorreu por convite de pessoas conhecidas que já freqüentavam o programa. O convívio com pessoas de mesma idade, a troca de idéias e experiências são fatores para a melhoria de qualidade de vida, bem como as palestras da Assistente Social que, faz com que as idosas, se sintam valorizadas para poder conhecer e inovar a rotina diária.

Como comenta Tulipa (72 anos) *“Com as discussões com a Assistente Social ela nos fez a dizer não, ela nos ensina que primeiro tem que dizer não para depois dizer sim”*.

E como nos completa Amor perfeito (73 anos) *“A Regina sempre batalhava para a gente nunca só dizer “sim” a gente se doa, se cansa, se anulava, como eu muitas vezes me anulava. Agora não, já sei lidar com meu marido, ele não é mais como era, e eu não sou mais chorona. Se eu quero ir a reunião eu vou, se quero ir a Igreja eu vou”*.

São idéias que foram trabalhadas no seu dia-a-dia e com isso proporcionando uma visão crítica de convivência em sociedade. Segundo as pesquisadas, muitas pessoas criticam os programas desenvolvidos, mas Margarida (74 anos) acrescenta. *“Aí algumas falava, que a conversa da Assistente Social era sempre a mesma coisa, então eu dizia: alguma coisa nós tiramos proveito porque eu sou assim: presto muita atenção nas coisas e tem alguma coisa que a gente vai tirar proveito, aí com as palestras da AS e a evolução do programa mexe completamente com a pessoa, tira a gente daquele sistema, que a pessoa está e sem querer ela sai da depressão”*.

A vinda de outra cidade ou até mesmo de outro Estado faz a pessoa idosa perder referências e muitas vezes perder amigos e pessoas mais próximas pela morte. A morte é um dos fatores que assombram os idosos e muitos procuram grupos de convivência como alternativa de se relacionar com outras pessoas, sair de casa e fazer novas amizades. Como

acrescenta Tulipa (72 anos). *“Eu vim de Porto Alegre e em 10 anos eu perdi muitos amigos e parentes, mais ou menos 20 pessoas, foi muito dolorido, aquelas mortes todas”*.

Margarida (74 anos) também em sua fala acrescenta. *“Quando a gente fica viúva a gente fica deprimida, mesmo que a gente passou muito trabalho com o marido por causa da doença. Mas a gente não quer ficar viúva e quando fica dá aquele vácuo e aí surge um monte de problemas e a gente fica estressada, aparece doença”*.

Também Rosa (74 anos) fala o que mudou depois de entrar no programa *“Eu estava muito deprimida, pois tinha perdido meu marido recentemente, eu estava com esgotamento físico e mental, eu estava bem adoentada. Depois que comecei a freqüentar o programa, eu comecei a melhorar, porque comecei a sair de casa, todas as tardes, eu encontrava com o grupo, aqui é uma terapia”*.

Segundo Viorst (2003, p. 243) nos diz que: “[...] vivemos de perder e abandonar, e de desistir. E mais cedo ou mais tarde, com maior ou menor sofrimento, todos nós compreendemos que a perda é, sem duvida, “uma condição permanente da vida humana”.

Para Vieira e Pereira (1996) as perdas representam parte do processo de vida, pois provocam depressão, dessa forma é importante estar atentos aos sintomas depressivos nos idosos, porque estes são decorrentes do envelhecimento corporal. Alertam ainda que a inexistência de um papel social para o idoso torna-o mais vulnerável à depressão, que aparece disfarçada por sintomas físicos.

Através de programas de convivência os idosos têm a oportunidade de conquistar mais conhecimento e se manter atuante na sociedade. Assim, em outra fala de Margarida, (74 anos). *“Que 2004 a 2005 foi um período ruim pra nós, nós tivemos que sair desse espaço tinha até bicho, estava tudo arreventado, a gente teve que sair da Policlínica, a gente brigou muito, tivemos entrevista com a Prefeita, ela brigou com a gente, mas nós lutamos, fomos para uma casa que foi alugada, era pequeno lá, mas sempre com esperança de voltar novamente para este lugar. Voltamos, o espaço é grande, mas eu acho que nós não estamos seguras aqui”*.

Para Bredemeier (2003), o idoso organizado, pode abrir caminhos, articular, reivindicar, pressionar, fazer e aparecer. Na medida que estas ações se concretizarem, serão estabelecidas, tanto da parte do poder público como da sociedade civil, novas formas de dar visibilidade à cidadania e à velhice. Estas são ações que são desenvolvidas pelo Programa de Atenção ao Idoso, para que este tenha autonomia e conquiste sua cidadania na sociedade.

Participar de ações e programas comunitários é um dos fatores relevantes para as pessoas se conhecerem e poderem se sentir valorizados no meio em que convivem.

De acordo com as pesquisadas, com a participação no programa sua vida melhorou muito, ajudou a livrá-las da depressão, devido a perda de pessoas com as quais viviam e gostavam. As palestras da Assistente Social propiciam as participantes viver a vida com disposição e deixar de se preocupar com o passado, mas sim com o futuro.

Como explana Margarida (74 anos) *“A Assistente Social faz a gente se sentir gente mesmo, porque quando a gente se sente desanimado, nós não damos valor à vida. Então ela foi dando aquela força, aquele valor, que a gente se encontrou”*. E ainda acrescenta *que a amizade que a gente faz, as pessoas começam a fazer parte da vida da gente, você faz parte da família, aquela faz parte e a gente se tornou uma família só*.

O programa faz com que todas as participantes sejam unidas e amigas, com o mesmo propósito, que é animado pela Assistente Social e em todos os encontros se conhece coisas novas.

Segundo Teixeira (2002), o engajamento dos idosos em grupos, que promovem a saúde, faz com que haja uma ampliação de sua rede social e, portanto, se constitui como uma estratégia de Promoção da Saúde. No entanto, as falas, geradas no debate e nas entrevistas, evidenciam que as pessoas vivenciam o envelhecimento com maturidade, mostrando sua capacidade de buscarem aquilo que necessitam, superando o estereotipo da incompetência. Isto gera um bem-estar psicológico, expresso pela autonomia positiva e integridade, favorecendo o que se chama de empoderamento, que é a capacidade do indivíduo controlar os eventos e situações da sua vida.

Isto demonstra, que estar inserido em grupos, que trabalham nesta perspectiva de olhar crítico sobre a realidade, permite ao idoso refletir sobre os mitos negativos da velhice, e a partir disso, poder criar possibilidades de estar no mundo de forma mais prazerosa, sempre em busca de novas realizações, com projetos sempre em aberto.

O Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso é um programa que estimula e proporciona condições de ressocialização na família e na sociedade, enquanto sujeito social. Trabalha com aspectos que fazem parte de sua vida da idosa, através do reconhecimento de suas limitações físicas, auto-estima em seu novo ciclo de vida, com hábitos saudáveis para uma boa saúde.

b) Estrutura física do programa

A estrutura física é um dos aspectos fundamentais para que se possam oferecer serviços de qualidade a usuários de qualquer instituição. Sendo este dirigido a idosos, ainda é necessário, além da aparência, também padrões de segurança, acesso e locomoção para que o local não ofereça risco para seus frequentadores.

Devido a estas deficiências e a falta de apoio, muitas idosas, deixaram de frequentar o programa, mas mesmo assim a equipe incentiva as pessoas que continuem participando mesmo com todos os problemas pelos quais o programa está passando.

No Brasil ainda não existe uma padronização para os projetos de empreendimentos com adaptações para os idosos. Os espaços e infra-estrutura na maioria das cidades, não têm planejamento específico para determinado tipo de público. Diante desta negligência, os idosos sofrem uma certa discriminação, pois as facilidades de locomoção já não são mais as mesmas, tendo que utilizar apoio ou mesmo ajuda de pessoas para poderem se locomover de um local para o outro. (DESIGN UNIVERSAL, 2005).

De acordo com Ribas (2001), devem ser adaptados alguns parâmetros direcionados a pessoas com mais de 60 anos de idade, que apresentam limitações físicas para deslocamento (podendo fazer uso de andador, cadeira de rodas ou muletas), com dificuldades visuais moderadas, perda auditiva e problemas cognitivos severos, como alterações normativas e Mal de Alzheimer.

Portanto, esse espaço legal que se coloca para a sociedade deve ser mais bem incorporado, deve ser assumido como uma política pública de direito e não como algo dado de forma filantrópica pelo Estado. Um dos problemas levantados pelas pesquisadas é a falta de estrutura, também a ausência de uma arquitetura que auxilie a locomoção dos idosos dentro da Instituição. O ambiente onde vive o idoso deve ser adaptado para que ele mantenha a máxima autonomia e a mínima dependência. Sinalizações (riscos no chão e marcas nas paredes), iluminação, desobstrução de passagens, remoção de degraus, relógios e calendários de tamanho satisfatório, etc, tudo deve ser planejado para maior autonomia do idoso.

É necessário que sejam criados projetos como adaptações para pessoas idosas, dessa forma oferecendo maior segurança e conforto para as mesmas.

c) Sugestões para melhoria do programa: olhar da participante

Dentre as pesquisadas várias foram às sugestões para que o Programa volte novamente a despertar o interesse das pessoas e participar do programa. Sendo o que mais é solicitado pelas pesquisadas é o retorno das atividades de educação física, pois é uma das coisas que mais atrai o público, já que é específico para pessoas idosas e todas se encontram na mesma faixa etária.

De acordo com Silva (1997 apud CODALE, 2004, p. 22)

A idade é um dos fatores que determinam a conduta humana. É a partir dela que surgem as necessidades, a motivação e as inevitáveis limitações de nossas ações. A atividade física não poderá ficar de fora desta influência, já que a prática de exercícios constitui-se num fator fundamental, natural e essencial da conduta humana.

Outra sugestão segundo Cravo (72 anos) *“Tinha o coral, tinha uma tarde educativa e final do ano a gente apresentou o nosso coral na Assembléia Legislativa e depois no encerramento de final de ano. Era bom, a gente se divertia... amolava a voz. Era bom se voltasse tudo como era”*.

A musicoterapia segundo Boone e McFarlane (1994) é mais um canal, uma saída para beneficiar a todos e principalmente a pessoa idosa na recuperação e reabilitação, na prevenção, promovendo saúde. Dizem os autores ainda que a memória, reativada pela música, faz a senescência ser encarada como tempo de lembrar. Momento em que o idoso pode reconstruir e reviver passagens significativas de sua mocidade e resgatar sua identidade.

Outro autor que ressalta a importância da música é Pinho (1999), ele diz que o homem pode se expressar através da música e pode provocar respostas em vários níveis. Pode ser usada de forma compatível com a cultura do indivíduo, viabilizando todos aqueles envolvidos com essas questões, seja abrindo os canais de comunicação através do processo não-verbal (característico da musicoterapia), ou mesmo abrindo os canais de percepção que muitas vezes se encontram bloqueados e dos quais a música é a ponte.

Conforme Margarida (73 anos) *“Nós podemos pedir doação, prendas em lojas e firmas e não só vender aqui dentro, mas cada uma levaria 3 a 4 bilhetes e venderia afora daqui. Então a gente podia comprar móveis, armários, fogão, tudo o que é necessário. A gente tinha vontade de fazer culinária, então pensamos até fazer bolachas para vender, formar quase uma cooperativa, quanta coisa dava pra fazer, isso aí até a AS pensou nisso.*

Até uma nutricionista podia ensinar a fazer comida, nos alimentar bem, ter uma qualidade de vida através da alimentação”.

Margarida (73 anos) diz ainda, que se todas se unirem em busca de melhorias, muita coisa poderá ser concretizada em 2006, mas para isso é preciso acreditar em um objetivo comum.

Segundo Veras (2003) para enfrentar o crescimento da população de idosos que se presencia atualmente no Brasil será necessário que se invista em várias frentes, pois a questão social do idoso, em face de sua dimensão, necessita de uma política ampla e articulada entre os vários órgãos de governo e organizações não-governamentais para que se possa oferecer qualidade de vida e bem-estar aos idosos em todas as esferas da sociedade.

Os idosos requerem um olhar diferenciado para a situação de agravo social, sendo muito difícil entender como a sociedade acomoda uma grande parcela da população idosa vivendo em condições sub-humanas. A fragilidade geralmente é resultado da classe social que pertencem e das condições que as quais estavam sujeitas no decorrer da vida ativa.

Portanto, uma das formas de chegar a uma idade avançada com saúde, é adotar hábitos saudáveis ao longo da vida, que influenciam na qualidade de vida das pessoas. É válido mencionar, que o desenvolvimento social, político e econômico de uma sociedade, estão diretamente relacionado com as condições de vida da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa de Atenção à Saúde do Idoso, é desenvolvido pelo governo Federal e disponibilizado a todas as Prefeituras Municipais do país, sendo na sua maioria gerenciado pelas Secretarias Municipais de Saúde. Em Florianópolis é oferecido pela Secretaria de Saúde do Município e desenvolvido na Policlínica II, com o Programa Atenção Integral a Saúde do Idoso.

O grupo, inicialmente era composto por um grande número de idosas, mas como é mantida por uma instituição pública, este sofre com a política interna da transição governamental, pois a descontinuidade das ações faz com que muitos serviços sejam finalizados. Por estes motivos, muitas idosas vêm desistindo devido à falta de planejamento do poder público e de um local apropriado para o seu desenvolvimento.

O Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso tem como objetivo, promover, prevenir e recuperar a saúde das pessoas que participam do mesmo. O mesmo é aberto a todas as pessoas interessadas com o processo de envelhecimento. Com a presente pesquisa buscou-se levantar informações para elaborar sugestões de melhoria, bem como fazer a avaliação do programa para que venha oferecer um serviço que atenda as necessidades e expectativas de seus usuários.

Do ponto de vista de Okuma (1998 apud MARCHIORI; IUNG, 2004), as novas possibilidades do envelhecimento refletem avanços sociais, contribuindo para uma saudável mudança de hábitos e valores em relação à saúde do corpo e à convivência entre as gerações. A atividade em grupo contribui para a interação social, manutenção das pessoas nos programas, identidade física, desenvolvendo um grau de amizade com outros participantes. Esses fatores sociais são geradores de comportamentos afetivos que estimula os idosos ao convívio social.

A integração é fator preponderante para o idoso, uma vez que um de seus maiores prazeres consiste em relatar fatos acontecidos em sua vida e perceber que as pessoas que o cercam dão-lhe a atenção devida.

Para Marchiori e Iung, (2004), saber usufruir todos os momentos de lazer, a interação social e o desenvolvimento de *hobbies* e interesses diversos colaboram para que a mente mantenha-se ativa e saudável. À medida que os benefícios da atividade física estão relacionados com uma alimentação adequada e balanceada, controle no consumo de

bebidas alcoólicas, isenção de hábitos de tabagismo, hora de sono adequada, poderá se destacar um grande número de idosos saudáveis.

Ao concluir este trabalho, respaldado na experiência do estágio curricular, mas acima de tudo na observação junto ao grupo de idosos, constata-se que os mesmos, ainda são tratados com desinteresse e descaso, pelos setores público, principalmente pelas políticas públicas.

O profissional do Serviço Social, segundo as pesquisadas tem um grande desafio no programa, que é, manter o grupo unido e participativo.

Diante da realidade vivenciada, a autora, durante sua atuação no Programa pôde constatar que as idosas participantes esperam novas informações e atividades para complementar sua rotina. O Assistente Social tem um papel fundamental neste processo, pois este tem “o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”. (CFSS, 1997, p. 36).

Neste contexto, cabe ao profissional contribuir não somente em nível de intervenção, mas também na formação de uma consciência crítico-reflexiva fazendo com que, as participantes do Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso se tornem mais conscientes e criativas com autonomia.

Segundo Merhy (1997 apud SILVA, 2004, p. 100)

Não cabe a noção de impotência como algo definitivo, e sim apenas provisório, isto é, o Assistente Social deve ser suficientemente competente e criativo para romper com os limites instituídos, superando assim os obstáculos encontrados, os quais não podem representar o fim de sua atuação e jamais justificar suas omissões e insucessos.

Sendo assim, fica comprovada que a atividade do profissional de Serviço Social, exige criatividade e versatilidade para adaptar-se às constantes situações de falta de recursos, principalmente no serviço público, como forma a evitar a suspensão de importantes projetos em benefício da população.

Entretanto, percebe-se que o Serviço Social ao longo de sua trajetória sofreu e vem sofrendo mudanças profundas mudanças no campo profissional e assim procurando novos ingressos e mercados para atuar, como empresas, ONGs, Instituições Públicas e sem fins lucrativos para desempenhar suas funções como agente disciplinador, intermediador e controlador frente aos problemas sociais.

O resultado da pesquisa, a partir das falas dos sujeitos envolvidos, verificou-se, que é possível envelhecer com autonomia, pois deve-se viver de acordo com o momento da vida. Entretanto, pôde-se constatar que o envelhecimento, apesar de desencadear o processo de desempoderamento, pode ser um momento de construção de conhecimentos e de novas experiências. Nesse sentido, o empoderamento, individual ou de grupos se torna uma prioridade fundamental. Os grupos devem aproveitar esta oportunidade de vivência para proporcionar o crescimento pessoal, oferecendo suporte e atendimento, e com isso valorizar o processo “envelhecer” do ser humano.

Assim, com a pesquisa, pode-se conhecer as dificuldades enfrentadas pelo grupo de idosos em relação à falta de recursos financeiros e humanos, bem como ausência de estrutura física adaptada para este segmento da população.

Os recursos financeiros disponibilizados ao programa não estão atendendo os projetos desenvolvidos como: realizar viagens e passeios culturais. Já em relação à estrutura, o espaço onde são desenvolvidas as atividades, são suficientes, porém mal distribuídas, o acesso não é adaptado, e nem os banheiros são adaptados.

Para que o programa possa atender as necessidades dos seus integrantes, devem ser implementadas algumas ações.

Desta forma, segue algumas sugestões, como, ampliar o quadro de recursos humanos, onde necessita de uma equipe multidisciplinar composta por:

- Psicóloga, através do trabalho poderá auxiliar as idosas bem como os familiares na resolução de conflitos;
- Assistente Social que poderá contribuir para ampliar os serviços já oferecidos, atraindo idosos de outras localidades, bem como a realização de visitas a potenciais participantes, expondo o trabalho desenvolvido no programa;
- Educação Física poderá realizar atividades recreativas, dança, ginástica para as participantes, que será realizada de duas a três vezes por semana;
- Nutricionista que poderá desenvolver cardápios, dietas e apresentar alimentos saudáveis para o consumo diário para aqueles que tem prescrição médica ou dietas especiais para aqueles que possuem determinada doença;
- O Gerontólogo poderá contribuir com palestras específicas para o segmento;
- E por último, o Musicista que irá atuar com as mesmas, com a formação de coral e musicoterapia.

O presente trabalho também poderá contribuir como um instrumento para auxiliar o Programa a fim de apresentar aos Órgãos Públicos e a iniciativa privada, elementos com o

objetivo de buscar subsídios e apoio para desenvolver novas atividades e com isso resgatar o “papel” do idoso na comunidade, como um sujeito atuante com cidadania e autonomia.

REFERÊNCIAS

ABEL, Débora C. SCHEUNEMANN, Arno V. **Práticas interventivas**: definidoras da identidade profissional e da visibilidade do serviço social. Disponível em: <http://www.ulbra.br/ser&saber/edicao_artigo5.htm>. Acesso em: 24 mar. 2006.

ATTUY, Gabriel. **O Brasil caminha para a maturidade**. Espaço Aberto. Disponível em: <<http://www.usp.br/espacoaberto/arquivo/2002/espaco23set/0comportamento.htm>>. Acesso em: 03 de set. 2005.

AUGUSTINI, Fernando Coruja. **Introdução ao direito do idoso**. Florianópolis/SC: Fundação Boiteux, 2003.

BAPTISTA, Myriam V. **Planejamento Social**: internacionalidade e instrumentação. 2. ed. São Paulo: Veras Editora; Lisboa. 2003.

BERZINS, Marília A. V. da Silva. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. In.: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, Ano 24, n. 75, p. 19-34, 2003.

BOONE, D.R.; McFARLANE, S.C. **A voz e a terapia vocal**. 5 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

BORALLI, Kety Cristina. **Serviço Social Organizacional**. Disponível em: <<http://www.funerariaonline.com.br/Gressof/Default.asp?idnews=3796>>. Acesso em: 24 mar. 2006.

BRASIL. Relatório Final da: **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: [s.n], 1987.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal Subsecretaria de Edições Técnicas, 2004.

BRASIL, Lei Federal nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Brasília: Congresso Nacional, 1993.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Benefícios**. Disponível em: <http://www.inss.gov.br/pg_secundarias/beneficios_02.asp>. Acesso em: 01 abr. 2006.

BREDEMEIER, Sonia Mercedes Lenhard. **Conselhos municipais: a ampliação do espaço público para o idoso.** Porto Alegre, 2003. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

BRUNO, Marta R. P. Cidadania não tem idade. In.: **Serviço Social & Sociedade.** São Paulo: Cortez, Ano, 24, n. 75, p.74 – 83, set. 2003.

BUSSI, Maria Paula D. **Direito administrativo e políticas públicas.** Disponível em:<http://www.e-juridico.com.br/noticias/exibe_noticia.asp?grupo=4&codigo=9361>. Acesso em: 24 mar. 2006.

CARNEIRO, Alexandra P. **Utopia, liberdade e cidadania.** In.: Terceira idade: uma questão para a educação social. Portugal: Universidade Portucalense, 2002.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 1991.

CODALE, Velma Dionilia. **Programa Atenção Integral a Saúde do Idoso.** Florianópolis, SC, 2004. Monografia do Curso de Serviço Social da Unisul.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL Código de Ética do Assistente Social: Lei 8662/93. Brasília: CFESS, 1997.

COSTA, Nilson do R. **Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde, e saneamento na agenda social.** São Paulo: Hucitec, 1998.

CROSE, Royda Dra. **Por que as mulheres vivem mais que os homens? E o que se pode aprender com elas.** Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1999.

CZERESNIA, Dina. **Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde.** Cad. Saúde Pública v.20 n.2 Rio de Janeiro mar./abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 24 de mar. 2006.

DESIGN Universal. Disponível em: <<http://www.designuniversal.com>>. Acesso em: 15 out. 2005.

ESTATUTO DO IDOSO: A Lei. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. **Terceira idade**: escola de vida. Florianópolis: Prefeitura, 2003.

FRISCHEISEN, Luiza C. F. **Políticas públicas**: a responsabilidade do administrador e o ministério público. São Paulo: Max Limonad, 2000.

FROMER, Betty; VIEIRA, Débora Dutra. **Turismo e terceira idade**. São Paulo: Aleph, 2003.

GRINBERG, Abrahão; GRINBERG, Bertha. **A arte de envelhecer com sabedoria**. São Paulo: Nobel, 1999.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de S; FRANCO, Francisco M de M. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IAMAMOTO, Marilda V. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

_____ **Renovação e conservadorismo no serviço social**: ensaios críticos. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

KALECHE, Alexandre. Mais respeito aos cabelos brancos. Entrevista para Lena Castellon. 1710. ed. **Revista Isto É**. São Paulo: Peixes, p. 11, 2002.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Sociologia geral**. 7. ed São Paulo: Atlas, 1999.

LAPASSADE, Georges. **Grupos, organizações e instituições**. 2. ed. Rio de Janeiro: Alves, 1983.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de. **A intervenção profissional do Serviço Social no contexto da cidadania e dos direitos**: pensando as ações sócio-educativas. Florianópolis, 2004. Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da UFSC.

MANZINI COVRE, Maria de L. **O que é cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

MARCHIORI, Maria Idalina; IUNG, Marlize de Moraes. **Velhice**: qualidade de vida no envelhecimento. São Paulo, 2004. Monografia Centro Universitário Faculdade de Serviço Social.

MACHADO, Ednéia Maria **Questão social**: objeto do serviço social?. Disponível em: <http://www.ssrevista.uel.br/c_v2n1_quest.htm>. Acesso em: mar. 2006.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social**: identidade e alienação. 4. ed. São Paulo: Cotez, 1995.

MEDICI, André C. **A dinâmica do setor saúde no Brasil**: as transformações e tendências nas décadas de 80 e 90. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 1997.

MERCADANTE, Elisabeht F. Velhice: a identidade estigmatizada. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, Ano 24, n. 75, p. 44-73, 2003.

MINAYO, Cecília de Souza (Org.) **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade, 22.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME. **Benefício de Prestação Continuada (BPC)**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/programas/programas02.asp>>. Acesso em: 3 nov. 2005.

MONTEIRO, Pedro Paulo. Espaços internos e externos do corpo: envelhecimento e autonomia. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, Ano 24, n. 75, p. 143-151, 2003.

MUSSI, Pulo Richter; PIRARDI, Sonia Maria D. G. **Considerações iniciais sobre o estatuto do idoso**. In.: Estatuto do Idoso. Florianópolis: CEI; SERTE, 2004.

NERI, Anita L. **Qualidade de vida madura**. 3. ed. São Paulo: Papirus, 1993.

NOVA escola. São Paulo: Globo, 2000.

OLIVEIRA, Pêrsio Santos de. **Introdução a sociologia**. 24. ed. São Paulo: Atica, 2002.

PEREIRA, Ieda L. L. ; VIEIRA, Cora M. **A Terceira Idade**: Guia para viver com saúde e Sabedoria Rio de Janeiro: Nova Fronteira: Carpe Diem, 1996.

PINHO, S. M. R. **Terapia Vocal**. In: Pinho, S.M.R. Tópicos em Voz. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1999.

RIBAS, Viviane Gaspar. **Parâmetros de projeto para moradia tutelada de terceira idade**. Florianópolis: UFSC, 2001. Dissertação de Mestrado da Engenharia de Produção da UFSC.

RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, Silvia Maria Azevedo. **Idosos, Família e cultura**. São Paulo: Alínea, 2003.

SAÚDE. Ministério da Saúde. Previdência Social. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 out. 2005.

SCURO, Pedro. **Sociologia: ativa e didática**. São Paulo: Saraiva, 2004.

SILVA, Maria Isabel da. **O processo de Socialização dos idosos nos grupos de convivência em Florianópolis: uma análise da eficácia**. Florianópolis, 2004. Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social.

SILVA, Sueli Assunção Monteiro da et al. A Intervenção Profissional junto as demandas do Serviço Social nas Entidades Filantrópicas. In: **Caderno de Textos de Serviço Social**. Belém, v.3, n.4, 1997.

SILVA, Carla Andréa Alves da. **Sentido da reflexão sobre autonomia no serviço social**. Disponível em: <http://www.ssrevista.uel.br/c_v6n2_carla.htm> Acesso em: 16 mar. 2006.

SORIANO, Raúl Rojas. **Manual de pesquisa social**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

TEIXEIRA, Mirna Barros. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2002. Dissertação de Mestrado Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1998.

VASCONCELOS, E. M. A proposta de *empowerment* e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do Serviço Social e da saúde mental. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**: seguridade social e cidadania. São Paulo, Ano 22, n. 65, p. 5-53, 2001.

VERAS, Renato P A longevidade da população: desafios e conquistas. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, Ano 24, n. 75, p. 5-18, 2003.

VERAS, Renato P. **País jovem com cabelos brancos**: a saúde do Idoso no Brasil. Rio de Janeiro: UERJ, 1994.

VIORST, Judith. **Perdas Necessárias**: Amor e Luto. 26. ed. São Paulo: Melhoramentos, 2003.

VITERBINO, Elizanete da Silva. **Reconfiguração do Idoso Aposentado**: Programa de Atenção à Saúde do Idoso no Pólo Aldeia Cabana. Amazônia: UA, 2001. Monografia do Curso de Serviço Social da Amazônia.

WIECZYNSKI, Marineide. **Envelhecendo com cidadania**: realidade ou utopia?
Disponível em: <<http://www.portalsocial.ufsc.br/publicacao/envelhecimento.pdf>>. Acesso em: 08 de mar. 2005.

APÊNDICE

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA

1 Identificação –

1.1 Nome: Idade: Sexo:

1.2 Estado Civil:

1.3 Escolaridade:

1.4 Local de Residência (bairro):

1.5 Aposentada

sim não

1.6 Renda

1 a 2 salários mínimos

2 a 3 salários mínimos

3 a 4 salários. mínimos

4 a mais

1.7 Reside com:

filhos companheiro sozinha outros

2 – Questões

2.1 Quanto tempo participa desse programa?

2.2 O que atrai a senhora a participar do programa

2.3 Participando desse programa, o que melhorou na sua vida?

2.4 Como a senhora avalia a estrutura oferecida pelo programa

2.5 Quais as suas sugestões para melhorar o programa?