UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM
MUDANÇA SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POLÍTICA

SILVIO RIBEIRO

Educação Não Formal: experiência profissional na atuação com envelhecimento em programa de saúde pública

São Paulo
2019

SILVIO RIBEIRO

Educação Não Formal: experiência profissional na atuação com envelhecimento em programa de saúde pública

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Mudança Social e Participação Política.

Versão corrigida contendo as alterações solicitadas pela comissão julgadora em 23 de setembro de 2019. A versão original encontra-se em acervo reservado na Biblioteca da EACH/USP e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD), de acordo com a Resolução CoPGr 6018, de 13 de outubro de 2011.

Área de Concentração:

Mudança Social e Participação Política

Orientadora:

Profª. Drª. Juliana Pedreschi Rodrigues

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO
(Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades.Biblioteca)
CRB 8 - 4936

Ribeiro, Silvio
Educação Não Formal: experiência profissional na atuação com envelhecimento em programa de saúde pública / SilvioRibeiro; orientadora, Juliana Pedreschi Rodrigues. – 2019
108 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo
Versão corrigida

1. Educação não formal. 2. Profissionais da saúde. 3. Assistência ao idoso. 4. Assistência à saúde. I. Rodrigues, Juliana Pedreschi, orient. II. Título.

CDD 22.ed. – 371.309

RIBEIRO, Silvio. Educação Não Formal: experiência profissional na atuação com envelhecimento em programa de saúde pública.

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Mudança Social e Participação Política.

Área de Concentração: Mudança Social e Participação Política

Aprovado em 23/09/2019

Banca Examinadora

Profª. Drª. Juliana Pedreschi Rodrigues Instituição: EACH/USP

Presidente Assinatura: _____

Profª. Drª. Valéria Aroeira Garcia Instituição: Secr. Educação Prefeitura Campinas

Julgamento: Aprovado Assinatura: _____

Profº. Drº. Marcelo Vilela de Almeida Instituição: EACH/USP

Julgamento: Aprovado Assinatura: _____

Profª. Drª. Angela Fileno da Silva Instituição: UNIFESP

Julgamento: Aprovado Assinatura: _____

Dedico este trabalho à minha esposa Amanda e aos meus filhos: Henrique, Julia e Carolina.

AGRADECIMENTOS

Aos idosos que participaram de minha jornada profissional e pessoal, que inspiraram a construção deste trabalho.

Aos professores, pelas aulas e discussões que contribuíram para o desenvolvimento de minha pesquisa.

À minha orientadora, Prof.ª Dra. Juliana Pedreschi Rodrigues, por todo o auxílio.

Aos membros da banca, pela participação e disponibilidade.

À minha família, por todo o apoio.

RESUMO

Ribeiro, Silvio. **Educação Não Formal: experiência profissional na atuação com envelhecimento em programa de saúde pública**. 2019. 90 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

O presente trabalho apresenta relato autobiográfico da experiência do pesquisador quando atuou como profissional responsável por uma equipe de saúde voltada para atendimento de população idosa em duas unidades básicas de saúde no município de São Paulo. Relata a experiência desenvolvida através da educação não formal em programa de saúde pública voltado ao envelhecimento populacional, suas repercussões na saúde e formas de atuação para desenvolvimento dos profissionais do programa. Aborda os processos formativos realizados na preparação e continuidade do trabalho desenvolvido por profissionais, acompanhantes de idosos, responsáveis pelo atendimento do público-alvo. Através do resgate de memória, materiais fotográficos e documental, faz registro dos processos educacionais que ocorreram durante dois momentos, com equipes diferentes nas quais ocorreram formas distintas de proporcionar conhecimento para desempenho da atividade. Os objetivos deste trabalho são, além de trazer as questões do envelhecimento, resgatar os processos educacionais vivenciados no cotidiano e as mudanças pessoais para os profissionais que participam e participaram deste processo.

Palavras-chave: Educação Não Formal; Envelhecimento; Saúde Pública.

ABSTRACT

Ribeiro, Silvio. **No Formal Education: Professional experience in acting with aging in a Public Health program.** 2019. 90 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

This paper presents an autobiographical account of the researcher's experience when he acted as a professional responsible for a health team focused on the care of the elderly population in two basic health units in the city of São Paulo. It reports the experience developed through Non-Formal Education in a Public Health program focused on population aging, its repercussions on health and ways of acting for the development of program professionals. It addresses the training processes carried out in the preparation and continuity of the work developed by professionals, accompanying the elderly, responsible for attending the target audience. Through the rescue of memory, photographic and documentary materials, it records the educational processes that occurred for two moments, with different teams where there were different ways of providing knowledge for the performance of the activity. The idea and purpose of this work is to bring beyond the issues of aging, rescue the educational processes experienced in daily life and personal changes for professionals who participate and participated in this process.

Keywords: Non-formal education; Aging; Public health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Projeção Demográfica da População entre 2000 e 2035 33
Figura 2 – Projeção Demográfica Brasil × São Paulo entre 2000 e 2030 34
Figura 3 – Seminário realizado em novembro de 2008 51
Figura 4 – Aula proferida por acompanhante de idosos e auxiliar de enfermagem para pessoas idosas 53
Figura 5 – Oficina de recorte e colagem realizada para estimulação cognitiva e funcional 55
Figura 6 – Oficina de palito de sorvete e pintura realizada para estimulação cognitiva e funcional..... 55
Figura 7 – Grupo familiar com abordagem sobre aspectos relacionados ao envelhecimento, limitações funcionais e cognitivas, como a doença de Alzheimer 56
Figura 8 – Palestra de educação não formal sobre a promoção de saúde e a prevenção de doenças 57
Figura 9 – Oficina de cachecol, uma atividade educativa não formal para propiciar geração de renda aos participantes 58
Figura 10 – Oficina de sabonete de educação não formal para ensinar e propiciar a possibilidade de geração de renda aos participantes 58
Figura 11 – Oficina de confeitaria de tortinhas de frutas e doces, educação não formal para propiciar aprendizado e possível geração de renda aos participantes..... 59
Figura 12 – Oficina de bonecas de pano de educação não formal para propiciar aprendizado e possível geração de renda aos participantes 59

LISTA DE SIGLAS

AMA	Assistência Médica Ambulatorial
CEBR	Centro de Pesquisa Econômica e Empresarial
ESF	Estratégia Saúde da Família
HSPE	Hospital do Servidor Público Estadual
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituto de Ensino Superior
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAI	Programa Acompanhante de Idosos
PNI	Política Nacional do Idoso
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TELESP	Telecomunicações de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
URSI	Unidade de Referência Saúde do Idoso

SUMÁRIO

1. Introdução e justificativa **12**

2. O envelhecimento **20**

2.1. O crescimento da população idosa no Brasil **32**

2.2. Envelhecimento e Desigualdade **35**

3. Breve Histórico sobre Saúde Pública **37**

3.1 A Saúde Pública e as Políticas à pessoa idosa no Brasil **41**

4. Educação informal, foram e não formal **45**

5. Relatos de experiência **50**

5.1 Primeiro momento **50**

5.2 Segundo momento **60**

6.Análises e considerações finais **65**

Referências **67**

ApêndiceA - Questionários **72**

1. Introdução e justificativa

A primeira vez que pensei em envelhecimento de forma acadêmica, no sentido de obter conhecimento para determinar ações, foi quando me formei e iniciei a primeira atividade profissional como assistente social. Transferido em 1990 do Setor de Benefícios para o Setor da Saúde, fui promovido ao cargo dentro da Associação Beneficente dos Empregados da Telecomunicações de São Paulo (TELESP), entidade que era responsável pelo Plano de Assistência Médica dos funcionários e dependentes das TELESP, atualmente conhecida como Telefônica. Nessa instituição, assumi na época o recém-instalado Programa de Assistência Domiciliar, no qual os principais casos atendidos eram de pessoas idosas com problemas de saúde, que necessitavam de assistência no domicílio. Quadros de acidente vascular cerebral, neoplasias e fraturas, que incapacitavam de forma temporária ou definitiva seus acometidos.

Foi dessa demanda que surgiu a necessidade de adquirir conhecimento e entender melhor o envelhecimento para poder contribuir com a equipe de saúde do programa e na assistência a ser direcionada aos pacientes e familiares. Nessa época, em 1993, fiz o Curso de Especialização em Gerontologia Social na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com grade curricular inovadora para época, pois pouco se falava, fora do mundo acadêmico, sobre o envelhecimento populacional e seus reflexos na saúde.

A partir desse curso e da atividade profissional, passei a observar mais as questões relativas ao envelhecimento e que tratarei mais especificamente no primeiro capítulo. Acredito que abordar essa questão será de relevante importância para situar no contexto dessa problemática.

Como alguns acontecimentos da vida independem da nossa vontade, a TELESP foi privatizada e isso ocasionou mudanças internas e externas, com reflexos positivos nas comunicações e negativos em relação a pessoal e benefícios oferecidos. Se, por um lado, houve melhora na telefonia, terceirizações com redução de pessoal e diminuição daquilo que era oferecido aos empregados e dependentes, agora da compradora espanhola Telefônica.

Dentro dessas mudanças, houve minha saída, forçada, do Programa de Assistência Domiciliar após cinco anos de trabalho e aprendizados.

Cabe ressaltar que a assistência domiciliar, na época, era artigo raro, principalmente no setor privado, sendo que, no serviço público, o único existente era

o do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE), setor que visitamos na época para conhecer e estruturar o nosso trabalho.

Após essa mudança, passei por diversas áreas como autogestões em saúde, assistência judiciária, mas sempre convivendo com o envelhecimento, pois a população procura os serviços e, na maioria das vezes, seja na saúde ou na justiça, há pessoas idosas em dificuldades e precisando de atenção dos serviços.

Por esses caminhos trilhados e vividos, surgiu a oportunidade de participar de processo seletivo para vaga de coordenador do Programa Acompanhante de Idosos (PAI). Vaga oferecida pela Associação Saúde da Família (ASF), parceira da Prefeitura de São Paulo, que estava ampliando o programa na cidade em 12 unidades de saúde.

Participar de processo seletivo foi algo inesperado, pois não sabia o que me esperava, que perfil havia sido traçado para a contratação. Lembro-me de estar na sala com mais de 30 pessoas, em dinâmica de grupo, e claramente notar que muitos que participavam não tinham nenhuma noção sobre o envelhecimento e sua relação ou sobre o papel do Serviço Social nessa temática. Ressalto que isso ocorreu há mais de dez anos, em 2008, sendo que o curso de Gerontologia me ajudou a ingressar no programa e esta experiência é o alvo da minha narrativa.

Trarei neste trabalho o relato de experiência de atuação como profissional assistente social responsável por uma equipe de saúde voltada para atendimento de população idosa em determinado espaço da cidade de São Paulo. Serão abordadas duas experiências de trabalho em locais e com equipes diferentes. A ideia é relatar a experiência de trabalho voltada à educação dos profissionais, para atender a população idosa. Como problema trago a seguinte questão: será que os processos educativos vivenciados pelos profissionais além de trazer reflexão em relação à questão do envelhecimento, traz também uma consciência sobre o seu próprio envelhecimento que, por sua vez, acaba refletindo na sua vida pessoal e atuação profissional.

Vale ressaltar que, na época, falávamos de educação continuada ou permanente, mas não tínhamos noção de que se tratava de Educação Não Formal, pois ainda não conhecíamos o termo e este campo.

Abro, aqui, um parêntese para falar sobre a minha entrada no mundo acadêmico. Enquanto assistente social, nunca tinha pensado em ser professor ou fazer mestrado. Certo dia, em 2011, fui procurado por antiga conhecida, também assistente social, indagando se queria substituí-la como tutor em curso de Serviço

Social a distância. Aceitei, permaneci até o final da turma que estava em andamento e acabei contratado pelo Instituto de Ensino Superior (IES), no qual me encontro até os dias atuais e que me incentivou a fazer o presente mestrado. Retornando ao relato, reforço que, apenas nas primeiras aulas e no contato com a orientadora, tomei conhecimento da Educação Não Formal como termo e campo da chamada formação para o trabalho.

Recorro aqui ao termo formação ou processo educacional para preparação à atividade profissional a ser desempenhada por acompanhantes de idosos.

Esta autobiografia decorre de duas experiências profissionais enquanto trabalhador do Programa Acompanhante de Idosos (PAI). A primeira experiência ocorreu em 2008, durante o início da ampliação do PAI, organizada pela Prefeitura de São Paulo por meio da Secretaria Municipal de Saúde, com gestão de parcerias da iniciativa privada. Nessa ampliação, foi necessária formação, isto é, um processo educacional dos trabalhadores recém-contratados que atenderiam a população idosa inscrita no programa.

Nesse momento, passamos por um grande seminário com várias temáticas relacionadas ao envelhecimento, com aprofundamento das temáticas apenas com ação educativa durante o dia a dia no local de trabalho. Nessa primeira experiência, fez-se uma divulgação permanente de conhecimento com profissionais acompanhantes de idosos, a partir de processos conduzidos por especialistas de diversas áreas (geriatra, enfermeiro, assistente social e outros) com vivência em dificuldades inerentes à participação social e suas implicações no atendimento das demandas sociais e de saúde.

A segunda experiência está vinculada ao mesmo programa, mas com nova equipe, formada em localidade diferente, quatro anos após a ampliação do PAI. Contudo, não foi realizada formação proporcionada pela entidade aos novos trabalhadores dessa nova equipe. Dessa maneira, houve a necessidade de construir processos educativos para os novos acompanhantes de idosos, o que foi feito pela própria equipe de saúde, composta por geriatra, enfermeiro, assistente social e dois auxiliares de Enfermagem. Nesse início, foi possível realizar atividade educacional diária com diversas metodologias ativas, com a participação direta de profissionais de diversas áreas de conhecimento e a construção de um modelo de atuação com a premissa da investigação das necessidades, do estudo sobre as reais condições de vida e saúde da população assistida, com planejamento, implementação,

monitoramento de ações e participação social, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços e buscar a superação dos impasses da atual política de saúde. Nessa construção, a educação não formal periódica teve relevante importância no desenvolvimento da atividade dos trabalhadores do programa, com ação de periodicidade semanal, na qual eram escolhidos temas a partir das situações vivenciadas no cotidiano do trabalho.

Diante dessas duas experiências, o objeto desta autobiografia é abordar as vivências e o resultado do trabalho educativo desenvolvido a partir do referencial teórico da metodologia da Educação Não Formal.

O presente trabalho entende que o processo de construção do atendimento realizado pelo PAI, através dos processos educativos oferecidos aos principais atores, isto é, os acompanhantes de idosos, é merecedor de registro e análise, pois envolve a construção e desconstrução de paradigmas relacionados à questão do envelhecimento e do papel do idoso na sociedade. Além disso, há que se ressaltar que esses trabalhadores são contratados com formação mínima (ensino fundamental), possuindo ou não algum estudo ou experiência na área de foco de atuação, com construções históricas de vida diversas, o que faz a formação ter uma constante necessidade de reflexão e análise junto à prática, pois o atendimento na questão do envelhecimento é um desafio, como também é para qualquer atividade desenvolvida envolvendo relações humanas.

O uso do método autobiográfico foi escolhido a partir do desenvolvimento do trabalho, sendo sugerida a mudança para esse formato em função da quantidade de material pessoal do autor relacionado à educação. Ficou claro que se parte de uma pesquisa exploratória, na qual a coleta de dados teve como base o levantamento bibliográfico, as entrevistas com participantes e a análise de exemplos que estimulam a compreensão dos processos de aprendizagem realizados nas experiências relatadas.

Em relação ao método autobiográfico, destaco que ele surgiu na Alemanha, no final do século XIX, com a crise da metodologia ligada à sociologia clássica, como uma alternativa sociológica ao positivismo. Foi aplicada pela primeira vez de forma sistemática em 1920 por sociólogos americanos da Escola de Chicago (NÓVOA; FINGER, 2010). Esse método estabeleceu o desenvolvimento de um procedimento investigativo, capaz de levar em consideração os atos individuais concretos, o que não poderia ocorrer por meio de generalizações ou correlações fixas, seguindo

determinados padrões interpretativos, mas, sim, valendo-se de um método que assegurasse a articulação “do ato à estrutura, de uma história individual à história social” (FERRAROTTI, 1988, p. 20).

Segundo Gobbi (2009), as biografias formam um valioso e atual campo de potenciais estudos. Sua utilização perpassa por várias ciências, sendo mais amplamente utilizada pelas Ciências Sociais. Combinam recursos e conceitos de áreas do conhecimento, como História, Antropologia, Sociologia, entre outras. Também chamadas de perfis, história de vida ou autobiografias, essas narrativas devem mostrar o personagem real. Como declara Vilas Boas: “a experiência humana é nossa principal referência” (2002, p. 19).

O objeto de estudo do método biográfico é o indivíduo em sua singularidade. O ponto central dos estudos biográficos é dar voz aos protagonistas do processo a ser investigado, em vez de falar por eles através de estudos teóricos. Por meio de sua linguagem, os participantes são capazes de descrever suas iniciativas, aspirações, frustrações e as próprias experiências (BORGES; TORALES; GUERRA, 2011). Ferrarotti (1988) acrescenta que o método biográfico estabelece e potencializa a relação entre o singular e o universal, o específico e o geral, a pessoa e o mundo, visando àquilo que o indivíduo realmente é: a reapropriação singular do universo social e histórico que o rodeia. Este método permite reconhecer, assim, o social a partir da especificidade irredutível de uma práxis individual.

Para Melleiro e Gualda (2003), através do processo de reconstrução da narrativa, os indivíduos pesquisados são colocados na posição de autores e intérpretes de sua própria história, de suas emoções e de suas decisões. De acordo com as autoras, quando os indivíduos falam de suas experiências individuais, utilizam sua memória, a qual pode ser compreendida não como reprodução de eventos passados, mas como reconstruções, considerando-se a compreensão atual das lembranças. Busca-se, assim, explicar o presente tendo como referência o passado reconstruído.

Uma única biografia pode conter ideias, narrativa, desejos, personagens e validação da subjetividade da vida humana. Trata-se de uma reconstrução detalhada de cenários, gesticulações, hábitos, maneiras, mobiliários, vestuário, decoração; estilos de viajar, comer, arrumar a casa; formas de educar as crianças, tratar os empregados, os superiores; observações, poses, modos de caminhar e outros detalhes simbólicos que a cena ou a época possam conter (VILAS BOAS, 2002, p.

88).

Quanto às fontes de coleta de dados utilizadas nas biografias, Vilas Boas (2002) indica a divisão em primárias e secundárias. A primeira não depende da memória, da lembrança do indivíduo. Esse tipo de fonte é formado principalmente por documentos, oficiais ou não, cartas, *e-mails*, *clippings*, livros de memórias e autobiografias, testemunhos orais, questionários, diários e fotos. Já a segunda fonte de coleta depende do exercício da memória, ou seja, da remontagem do passado. As principais fontes secundárias de dados no método biográfico são as entrevistas. De acordo com esse autor, as fontes secundárias são menos confiáveis do que as primárias por lidarem com pessoas que vão se utilizar diretamente de lembranças, dependentes de memória. Em consequência, atribui aos acontecimentos novos significados, ou seja, a memória tem um caráter subjetivo, com o estabelecimento de pontos de vistas. Para Vilas Boas (2002, p. 64), “lembrar não é reviver, e sim refazer, reconstruir, repensar, com imagens e ideias de hoje as experiências do passado”.

No que tange às implicações e às potencialidades científicas gerais do método, posso dizer, juntamente com Silva e Maia (2010), que o método biográfico coloca em destaque a necessidade de repensar a forma de se ver e analisar a realidade, de se estabelecer um novo meio científico capaz de dar conta de explicar as pequenas coisas, o cotidiano, o simples e o comum, em detrimento das grandes explicações. Significa dar importância ao singular, específico, pessoal, visando compreender as questões relativas ao âmbito individual. Os autores ressaltam que o método biográfico possibilita um olhar além das aparências exteriores, de características quantificáveis, colocando, assim, em evidência a sua potencialidade em trabalhar diretamente com a “subjetividade, a sutileza, a singularidade, a perspectiva do sujeito, os modos particulares com que cada indivíduo se implica com seu processo de formação pessoal e profissional” (SILVA; MAIA, 2010, p. 1).

Na pesquisa bibliográfica, a proposta foi fornecer fundamentação teórica ao relato, sendo esta construção voltada à tentativa de identificação do estágio atual do conhecimento referente ao envelhecimento e à Educação Não Formal.

Em relação às entrevistas, utilizei a minha rede de contatos, na tentativa de atingir o maior número de participantes em função da dificuldade de se realizar uma ação com toda a população de acompanhantes do programa que esteve presente no início dos processos a serem relatados mais adiante. Acontecimentos como mudanças de função, realização de curso de técnico de enfermagem, demissões, pedidos de

dispensa e, principalmente, perda de contato inviabilizaram um método em que todos fossem entrevistados.

A vantagem do relato pessoal é que as próprias pessoas informam acerca das suas percepções e das alterações nos seus comportamentos e atitudes, ou seja, conhecimento direto da realidade. Para agilização de processo de coleta de dados, elaborei um questionário na plataforma *Google*, com *link* de acesso direto pelos entrevistados para preenchimento das respostas *on-line*. Fiz contato pessoal com treze pessoas, mas tive retorno do questionário de apenas oito.

Vale ressaltar que sei das limitações desse tipo de levantamento, no qual as percepções das pessoas são subjetivas, o que pode ressaltar distorções, estando ciente de que há diferenças entre o que as pessoas fazem ou sentem e o que elas dizem a respeito disso.

Tentei tratar dessa questão com a elaboração de questões pontuais, com descritivo do que se espera da construção da resposta, a fim de tentar minimizar distorções.

Sinto por não ter pensado em realizar o presente projeto de pesquisa na época em que atuava no programa. Poderia ter utilizado a pesquisa etnográfica, com o estudo das pessoas no seu próprio ambiente, com entrevistas e observação participativa. Mesmo assim, uso o repertório da citada pesquisa a partir do momento em que também realizo a análise documental, como citado por Gil (2010, p. 41-42).

> Embora algumas pesquisas possam ser caracterizadas como estudos de comunidade, a maioria se realiza no âmbito de unidades menores, como: empresas, escolas, hospitais, clubes e parques. E não se valem unicamente das técnicas de entrevistas e de observação, mas também da análise de documentos, de fotografias e filmagem.

Vale ressaltar que, segundo o autor, a etnografia se vincula ao paradigma interpretativista, segundo o qual o real não é apreensível, mas a construção dos sujeitos que entram em relação com ele. Na etnografia, valorizam-se as relações, influenciadas por fatores subjetivos, que marcam a construção dos significados que emergem ao longo do seu desenvolvimento.

Reconheço que a realidade social é multifacetária, socialmente construída por seres humanos que vivenciam a experiência de modo holístico e integrado, em que pessoas estão em constante processo de autoconhecimento.

Neste estudo autobiográfico, há de se ter clareza que, enquanto pesquisador,

descreverei a realidade através do meu ponto de vista, de indivíduo historicamente construído, e tentarei não fazer generalizações estatísticas. Meu objetivo é refletir sobre o fenômeno em estudo e caminhar no sentido de uma compreensão analítica.

Tenho convicção de que o método autobiográfico permite o diálogo entre o individual e sociocultural. Ele coloca em evidência o modo como cada indivíduo mobiliza seus conhecimentos, seus valores e suas energias, para ir dando forma à sua identidade, num diálogo com os seus diferentes contextos.

2. O envelhecimento

Para iniciar, faz-se necessário refletir sobre o maciço envelhecimento populacional, que é algo novo para a sociedade brasileira, haja vista os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que, em 1960, apresentavam uma expectativa de vida de 48 anos; já nos dias atuais, essa expectativa chega, em média, a 75,5 anos (71,9 anos para homens e, para as mulheres, 79,1 anos). Esses dados revelam que houve investimento nas políticas de manutenção à saúde e prolongamento da vida, ainda que com críticas a serem tecidas, já que viver mais não significa necessariamente viver melhor.

Projeções demográficas apontam que, no ano de 2020, o país alcançará a 6ª posição entre os países com maior população acima dos 60 anos de idade (IBGE, 2010), o que representará cerca de 30 milhões de idosos. Ao mesmo tempo em que esse fenômeno é uma conquista da humanidade, concomitantemente nos causa preocupação, pois o crescimento dessa camada populacional é acompanhado de aprofundamento das desigualdades sociais e aumento das demandas por serviços públicos, incluindo os que envolvem questões de saúde, tornando-se desafios para a atualidade a escassez de recursos e a ineficácia das políticas para uma demanda crescente.

Historicamente, o homem demonstra preocupação em relação ao processo de envelhecimento, com observação de tal fenômeno em diversas civilizações, como a grega no período hipocrático, cerca de 500 anos antes da Era Cristã, na qual a teoria predominante sobre o envelhecimento dizia respeito ao calor intrínseco. Sobre essa teoria, Leme (1998) descreve em seu livro “Envelhecimento” que:

> cada pessoa possuía uma quantidade limitada de matéria, inclusive calor, para ser usada durante toda a vida. O modo de usar este calor e o tempo necessário para isso variariam de pessoa para pessoa. O calor intrínseco poderia ser reforçado ou restaurado, mas nunca ao nível inicial, assim a reserva total diminuiria até a morte da pessoa. (p. 9).

A teoria do calor intrínseco continuou forte mesmo depois de séculos e influenciou diversos pensadores na formulação de outras teorias sobre o envelhecimento, tomando como exemplo a teoria do filósofo Aristóteles:

> a alma seria combinada ao nascer ao calor intrínseco e dele dependeria para se manter unida ao corpo. A vida consistiria na manutenção desse calor e de

> sua relação com a alma, que se localizaria no coração. Para continuar aquecido, o calor intrínseco exigiria combustível. À medida que este combustível fosse consumido, o calor intrínseco diminuiria, sobrevindo o envelhecimento (LEME, 1998, p. 10).

O filósofo, além de construir uma nova teoria sobre o envelhecimento, baseou-se na teoria já existente, a do calor intrínseco, e agregou à questão da alma, contribuindo com sua propagação.

No início do Renascimento (século XIV) − época marcada por uma tendência racional e científica, com a valorização do antropocentrismo (o homem no centro do mundo) − alguns médicos, como Teopharaustos, conhecido como Paracelseus, importante figura da época, levantou a hipótese de que o causador do envelhecimento seria a acumulação de substâncias danosas ao organismo. Ele passa a pensar em outras possibilidades diferentes das teorias anteriores, que entendiam que o envelhecimento era consequência de uma contínua perda de elementos vitais, como o calor intrínseco. Desde então, surgiram diversas teorias sobre o assunto, como as teorias da taxa metabólica, do sistema vulnerável e do erro catastrófico; entre elas, há a teoria do relógio biológico, que afirma “haver uma determinação genética do número de vezes que a célula consegue se dividir, definindo assim uma expectativa máxima de vida para cada espécie” (LEME, 1998, p. 10)

Leme (1998) defende essa teoria como a mais plausível e afirma que nossa espécie poderia viver até 130 anos, levando em consideração o número de vezes que as células podem se dividir. Além disso, o autor amplia essa afirmação quando discute não apenas a questão biológica (genética), mas entende que questões ambientais e de saúde também contribuem para a expectativa de vida; pelo processo sócio-histórico que a humanidade vem construindo, pode-se perceber que questões sociais estão diretamente ligadas à manutenção e ao desenvolvimento da vida. Divulga-se que a expectativa de vida é um valor médio de anos que a população de um país pode esperar viver, se mantidas as mesmas condições existentes no nascimento. É importante dizer que essa esperança de viver se relaciona e é influenciada pelas condições existentes no país nas áreas de saúde, educação, saneamento e segurança, em índices de violência, entre outros.

Ao longo da história, a formação de culturas e pensamentos nas diversas sociedades ainda é norteada, entre outros fatores, por ideologias que influenciam diretamente o conceito de idoso e o seu papel social. Para a compreensão sobre a

ideia de idoso no decorrer da história, não se pode perder de vista que o papel social que ocupamos na sociedade é socialmente construído. “A construção social das gerações concretiza-se pelo estabelecimento de valores morais e expectativas de conduta para cada geração em diferentes etapas da história” (FERRIGNO, 2006, p. 18).

Em algumas culturas e civilizações antigas, o idoso era reverenciado e respeitado. Essa faixa etária era vista como um privilégio divino, que concedia uma vida centenária e, assim, o idoso tomava um lugar primordial, onde a longevidade se integrava à sabedoria e à experiência. A minha criação teve a mesma base, seguindo ensinamentos dos meus pais em relação ao respeito para com os mais velhos.

No seio familiar, todos deviam obediência à pessoa mais velha, não se contestavam suas ordens, suas opiniões ou seus “olhares”. Na China antiga, por exemplo, o filósofo Confúcio (551-479 a.C.) já propagava que as famílias tinham o dever de respeitar os mais idosos. No Japão, é comemorado, desde 1947, o Dia do Respeito ao Idoso, data em que a população faz orações pela vida longa aos anciãos e agradece a contribuição dada à sociedade.

Nas civilizações Inca e Asteca, o cuidado com essa população era visto como responsabilidade pública. Para os antigos hebreus, em épocas de nomadismo, os anciãos eram os chefes naturais dos povos, sendo consultados quando necessário.

A velhice, durante séculos, foi considerada um *status* social. “Nas sociedades tradicionais a figura do velho representava a sabedoria, a paciência, e transmitia os valores da ancestralidade: era ele quem detinha a memória coletiva” (GOLDFARB, 1997, p. 11).

Nas oligarquias gregas e em Roma no período que foi até o século II a.C, Albuquerque (2008) relata que ser idoso era ser prestigiado e valoroso à sociedade, mas, com as transformações sociais e as constantes revoluções, os jovens passaram a substituir os idosos não só no comando, mas também nos diversos papéis sociais que eram prestigiados e ocupados, até então, por idosos.

Com o declínio do Império Romano, os anciãos perderam seu posto de destaque na sociedade e, aos poucos, a idade passou a ser fator determinante do que o sujeito podia ou não podia fazer. Foi-se criando uma visão negativa do idoso, a qual passou a ser associada à incapacidade. Envelhecer passou a ser sinônimo de isolamento, tanto devido à diminuição das atividades e das relações sociais como também pela “perda” das obrigações familiares. Passavam de mantenedores a

dependentes e, assim, sentiam-se fragilizados.

No período da Idade Média, a quantidade de idosos não representava um número significativo: “A vida era muito árdua e aqueles que sobrevivessem teriam que contar com a solidariedade da família ou com a caridade pública de senhores feudais e da igreja” (ALBUQUERQUE, 2008, p. 22). Isso não teve grandes alterações no século XIX, durante a Revolução Industrial, época em que os idosos pobres continuaram a contar com a ajuda da família.

> a mesma história que mostra a valorização dos idosos em várias etnias, mostra que em muitas sociedades a distribuição de poderes para cada ciclo da vida tende a um “desinvestimento” político e social na pessoa do idoso. A maioria das culturas costumam separar seus velhos e segregá-los (MINAYO, 2005, p. 51).

É possível afirmar que o ancião perde realmente sua importância com o nascimento do capitalismo, pois, nesse sistema ligado ao lucro e ao consumo, o indivíduo vale pelo que ele produz e consume, e não pelo que é ou representa. A sociedade capitalista rejeita o sujeito quando este não é mais capaz de produzir e consumir, quando não é a força de trabalho ou um consumidor.

Baumann (2008) coloca que os membros da sociedade são, eles próprios, mercadorias de consumo, e é esta qualidade de mercadoria de consumo que nos torna membros autênticos dessa sociedade.

> Tornar-se e continuar sendo uma mercadoria vendável é o mais poderoso motivo de preocupação do consumidor, mesmo que em geral latente e quase nunca consciente. É por seu poder de aumentar o preço de mercado do consumidor que se costuma avaliar a atratividade dos bens de consumo – os atuais ou potenciais objetos de desejo dos consumidores que desencadeiam as ações de consumo. “Fazer de si mesmo uma mercadoria vendável” é um trabalho do tipo faça você mesmo, é um dever individual. Observemos: fazer de si mesmo, não apenas tornar-se, é o desafio e a tarefa a ser cumprida. (BAUMANN, 2008, p. 76).

Segundo Fraiman (1995), da concepção de improdutivo resulta a tendência de os idosos economicamente inativos serem considerados socialmente mortos, banidos da esfera do poder. As consequências dessa visão estereotipada são pessoas idosas marginalizadas pelas suas famílias e pela sociedade em geral. Quando se trabalha com a população idosa é que se tem ideia dessa realidade.

Nesse cenário, podemos ver que muitos idosos passam por situações de desprezo e, até mesmo, sofrem com a exclusão social por parte dessa sociedade, a

qual tem uma ampla parcela de culpa nisso tudo.

A etapa correspondente à velhice pode ser carregada de preconceito e estereótipos e marcada por preocupações e acontecimentos “negativos”. De acordo com Riemann (1990, p. 62) em seu livro intitulado “A arte de envelhecer”, envelhecer, nos dias atuais, é mais complicado, pois há uma supervalorização da juventude atrelada à desvalorização dos mais idosos.

O envelhecimento pode ser visto como “a vida que está se perdendo”, algo irrecuperável, como caminho ao final. “Isso nos leva ainda mais a voltar os olhos para o passado, para o que perdemos, ou a permanecermos jovens o máximo de tempo possível – ou pelo menos a querer dar essa impressão”. Ainda conforme o autor, toda pessoa que envelhece se depara com a situação de aceitar essa nova fase da vida e seguir caminhando para esse mundo de transformações, vivendo novas possibilidades ou agarrando-se a um passado que já não volta mais.

Nas considerações apontadas por Caldas (2003, p. 309), é necessário tornar-se livre da definição de envelhecimento como a etapa da vida em que as perdas acontecem. Trata-se de um processo doloroso quando se há uma cultura que destaca a senilidade como incapacidade. Precisa-se aceitar, primeiramente, e perceber essa fase por uma nova ótica – a da velhice bem-sucedida.

O fenômeno do envelhecimento é algo presente nas diferentes épocas e lugares, parte da evolução da civilização humana. Nas sociedades contemporâneas, observa-se o aumento da expectativa de vida e o crescimento da população idosa.

> Em cada sociedade e na mesma sociedade, em momentos históricos diferentes, a velhice e o envelhecimento ganham especificidades, papéis e significados distintos em função do meio ser rural ou urbano, da classe social, do grupo profissional e de parentesco, da cultura, da ideologia dominante, do poder econômico e político que influenciam o ciclo de vida e o percurso de cada indivíduo, do nascimento à morte. (MAGALHÃES, 1989, p. 13)

Como podemos perceber, o processo de envelhecer, assim como o seu conceito, vem se modificando no decorrer dos tempos. Na atualidade, o avanço da Medicina propicia melhores condições de vida para uma parcela da população. Nesse novo cenário, o envelhecimento pode ser visto como um processo dinâmico e progressivo, e o envelhecer é tão natural como qualquer outra fase da vida.

As transformações que ocorrem durante o processo de envelhecimento provocam mudanças na rotina, tanto do idoso como da sua família, e ajustamentos às

novas condições que surgem em decorrência dessa nova fase. Muitas vezes, conforme nos assinala Galiás (2012, p. 34), há uma inversão de papéis nesse convívio, ou seja, o idoso passa a ser filho dos seus filhos e de cuidador passa a ser cuidado.

Ainda que velhice não seja sinônimo de doença, pode ser sinônimo de debilidade, seja ela física, psicológica e/ou emocional, variando de um sujeito para o outro, a depender da genética, do meio em que vive e dos seus hábitos. Embora muitos sejam os preconceitos associados a essa fase, convém lembrar que:

> Não existe uma velhice, mas maneiras singulares de envelhecer. Cada velhice é consequência de uma história de vida que, à medida que o tempo passa, vai acrescentando processos de desenvolvimento individual e da socialização junto ao grupo em que se insere: internalizando normas, regras, valores, cultura. (PEIXOTO, 2000, p. 293)

Percebe-se que não existe uma única forma de envelhecer. O envelhecimento é um processo diversificado na vida de cada indivíduo e decorre de influências da cultura e dos contextos histórico, financeiro e social, o que nos possibilita pensar como cada sujeito envelhece ou seus grupos sociais, assim como narram suas histórias de vida.

Atualmente, há uma parcela dessa população idosa que não se vê, nem aceita mais ser vista, como frágil ou ociosa, ocupando papéis reduzidos ou insignificantes na sociedade. Longe de ser inativos, estão assumindo responsabilidades tanto no campo de trabalho como no seio familiar, quando muitos assumem prover, financeiramente, a família e a criação dos netos.

Pode ser uma fase de desenvolvimento pessoal, repleta de possibilidades e realizações, quando alcançada com alegria, criatividade e curiosidade.

A velhice não pode ser deliberada por simples cronologia, mas também pelas condições físicas, laborais, mentais e da saúde das pessoas. Dessa forma, a idade cronológica deixa de ser um definidor preciso para as modificações provenientes do envelhecimento, passando a ser, exclusivamente, uma forma padronizada de contagem dos anos já vividos.

> Envelhecer é novo em nossa cultura. Com o alargamento da expectativa de vida, muita coisa pede revisão: idade para aposentadoria, idade produtiva, etc. Por essas razões, vemos que não temos modelos para o envelhecimento. Os moldes previamente existentes, como “carta fora do baralho”, não mais se ajustam à nossa realidade, e modelos atualizados, ainda não os temos. Creio

> que estão se construindo. (GALIÁS, apud KAUFMAN, 2012, p. 23)

Compreender o processo de envelhecimento em nosso meio ainda é muito difícil. Todas as tentativas resultam das mudanças e do crescimento que vem ocorrendo frente a essa população. São diversas as configurações que se sucedem na tentativa de explicar esse fenômeno em expansão.

> A passagem pelo envelhecimento é, mais uma tarefa necessária no processo de desenvolvimento, nova etapa no caminho de individuação – assim nos revelam os mitos, a arte e, por fim, a própria vida, que mais uma vez se transforma. (KAUFMAN, 2012, p. 38)

O envelhecer também pode ser visto como um processo complexo e apresenta diferentes formas de contar as idades: cronológica, biológica, psicológica e social.

A idade cronológica é aquela que mensura o caminho do tempo transcorrido em dias, meses e anos desde o nascimento.

A biológica é determinada pelas alterações corporais e mentais que ocorrem ao longo do decurso de desenvolvimento e caracterizam o processo de envelhecimento humano.

A idade social é medida por condutas individuais de papéis sociais e envolve conveniências como tipo de vestuário, hábitos e linguagem, bem como respeito social por parte de outras pessoas em posição de liderança. Ela também se relaciona com as idades cronológica e psicológica.

Por fim, a idade psicológica pode ser definida como as habilidades adaptativas dos indivíduos para se adequarem às exigências do meio. As pessoas se adaptam ao meio pelo uso de várias características psicológicas, como aprendizagem, memória, inteligência, controle emocional, entre outros aspectos. Para Sarmiento:

> Com a idade, vamos adquirindo características próprias e nesta nossa individualidade há sempre possibilidades de melhoria, em qualquer aspecto. Se nossos desejos e expectativas são favoráveis, isto é, se a gente não se sente fragilizada e incapacitada com a idade, mas vê a vida humana como uma curva e ascensão, 3 valores podemos conquistar: A longevidade, a experiência criativa que conserva nossa vida interessante e nos faz querer continuar vivendo e a sabedoria que é a recompensa de uma vida longa. Sabedoria não é ciência nem tecnologia, mas observação, experiência, curiosidade, reflexão, serenidade e bom senso (2000, p. 66-67).

Contudo, é preciso compreender que o envelhecimento é um processo irreversível, inevitável, natural e que não deve ser tratado apenas com soluções médicas, mas, sim, por meio de intervenções sociais, econômicas e ambientais. A

velhice pode ser vista como uma forma de conhecimento adquirido ao longo dos anos, e os idosos como pessoas que têm um grande teor de sabedoria e que podem contribuir para a sociedade e sua cultura.

De acordo com Kaufman (2012), em nossas vivências, a velhice está associada ao conhecimento e à sabedoria, à elevação da alma, mas também à imobilidade, à fragilidade, à perda e ao declínio.

Portanto, posso afirmar que o envelhecimento é um processo comum a todos os seres vivos, constituindo um fenômeno biológico, cultural e social. É um fenômeno natural, gradativo e contínuo, que inicia ao nascermos e se prolonga por toda a vida.

Assim, em algum momento, dependendo de sua condição, o idoso pode necessitar de cuidados das pessoas que o cercam, para proporcionar uma vida digna e permeada de atenção, e isso contribuirá para aumentar sua qualidade de vida. O idoso que convive em ambiente saudável e que tem o cuidado da família pode conseguir atravessar essa fase com mais tranquilidade, mesmo que tenha limitações físicas e ou cognitivas.

Na contemporaneidade, alguns fatores apontam para a urgência de se discutir e analisar de que forma nossas ações e representações estão permeadas pela ideia de velhice associada a algo negativo, sem valor, que está inerte e que, portanto, não produz nem consome. Além disso, é necessário refletirmos sobre o impacto desse pensamento nas relações sociais, tanto para os que já são idosos quanto para os que envelhecem.

> Em agosto de 2005, enquete realizada pelo Portal do Envelhecimento (*website*), com a pergunta: “Qual imagem de velho a sociedade está criando?”, obteve o seguinte resultado: 45% dos internautas responderam que era um ser com experiência acumulada; 36% peso a ser carregado; 12% improdutivo; e 7% doente. (CÔRTE, MERCADANTE e GOMES, 2006, p. 33)

O resultado da enquete citada revela algumas problemáticas, sem esquecer de que é possível questionar sobre o perfil desses internautas; entretanto, fornece elementos para constatarmos a forma como a sociedade está percebendo essa questão.

Os dados revelam uma relação contraditória, já que 45% responderam “um ser com experiência acumulada”, caracterizando uma boa relação da sociedade para com os idosos, enquanto atores sociais que podem contribuir com suas experiências; porém, a visão dos outros 36% de se tratar de um “peso a ser carregado” é

extremamente negativa e um resultado alarmante, pois, como já apontado, esse papel social, enquanto construção social, é recorrente ao longo do tempo e se aprofunda nas relações de produção contemporânea.

Analisando a visão sobre o idoso na contemporaneidade, é possível constatar a recorrência da associação de velhice à debilidade, ligação expressa por diversas formas e símbolos, como fala, gestos, arte, cartazes e figuras (por exemplo, os avisos de transporte público que indicam áreas reservadas à pessoa idosa, simbolizado por um idoso “corcunda” com uma bengala na mão) − uma ideologia que foi construída durante o processo histórico.

> Uma das primeiras representações gráficas do envelhecimento ligado à debilidade veio do Egito: o hieróglifo que significa “velho” ou “envelhecer”, encontrado a partir de 2800-2700 a.C., representava uma pessoa deitada, com ideograma representativo de fraqueza muscular e perda óssea. (LEME,1999, p. 9).

Assim como as teorias sobre o processo de envelhecimento foram questionadas, passando por transformações até a construção das teorias disseminadas nos dias atuais, deve-se questionar e aprofundar sobre esses processos e sobre as ideologias que estão por detrás, buscando compreender o que é ser idoso na sociedade de hoje, qual idade que categoriza essa fase da vida e as várias dimensões da velhice.

Como já apontado anteriormente, o conceito “idoso” é resultado de uma construção sociocultural, pois se altera de acordo com as sociedades e períodos históricos.

No Brasil, a Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, define como idoso a pessoa com idade superior a 60 anos, o mesmo limite de idade considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para os países em desenvolvimento, sendo que, em países desenvolvidos, essa idade sobe para 65 anos.

A definição da pessoa idosa por meio do critério cronológico, como um indicativo para mensurar o tempo vivido, estipulando a idade baseada em dias, meses e anos contados a partir do nascimento, por um lado, é importante, uma vez que há direitos constituídos em leis voltadas para os idosos e que pesquisas são desenvolvidas tomando como base a faixa etária da população.

Por outro lado, esse critério não deve ser exclusivo, único, visto que é insuficiente, por não compreender outras dimensões que influenciam no

envelhecimento. Neste trabalho, é adotado o conceito de velhice multidimensional, entendendo que o envelhecimento apresenta várias dimensões e aspectos a serem considerados, determinados por vários fatores, como o estado biológico, as condições econômicas e sociais, bem como o campo simbólico da percepção, tanto coletiva sobre o que é envelhecer como individual, visto que ocorre de forma heterogenia, isto é, a velhice se dá de forma diferente de indivíduo para indivíduo.

Pode-se afirmar que "a velhice é ao mesmo tempo natural e cultural. É natural e, portanto, universal se apreendida como um fenômeno biológico, mas é também imediatamente um fato cultural na medida em que é revestida de conteúdos simbólicos" (MERCADANTE, 2003, p. 54).

Em outras palavras, o ser humano não envelhece de forma igual, já que vivemos as mais diversas experiências, e o acesso aos recursos de saúde, alimentação, moradia, transporte, saneamento e educação ocorre de maneiras diferentes, desiguais e, por vezes, pode nem ocorrer. Todos esses fatores trazem consequências diretas à manutenção e ao desenvolvimento da vida humana.

Cabe citar o artigo *Envelhecimento Populacional e as Políticas Públicas para a População Idosa*, do qual retirei os seguintes conceitos sobre os processos de envelhecimento:

> Envelhecimento biológico (PAPALÉO, 2002; SALGADO, 1982) é o tempo de vida humana que o organismo sofre consideráveis mutações de declínio na sua força, disposição e aparência, as quais não incapacitam ou comprometem o processo vital. É o envelhecimento considerado natural, onde o organismo apresenta alterações funcionais, atribuídas ao envelhecimento, que são próprias do avançar dos anos. Já o envelhecimento patológico, a senescência, caracteriza-se por ser incapacitante, afetando diretamente a qualidade de vida do indivíduo. (MERCADANTE, 2003, p.14)

As transformações biológicas não incapacitam nem comprometem o processo vital, pois, segundo médicos geriatras, nem sempre essas alterações se traduzem em insuficiências; mesmo com a redução em sua reserva funcional, não há o comprometimento funcional para a vida cotidiana. Assim, mesmo com menor capacidade, os órgãos desempenham suas funções perfeitamente, ao contrário do que a maioria da sociedade entende sobre o processo de envelhecimento.

Como já apontado anteriormente, a dimensão sobre envelhecimento biológico e cronológico se faz importante na medida em que, para delimitar, criar e ampliar políticas para a população idosa, é essencial, entre vários fatores, a parametrização

e aestatística da faixa etária e o levantamento das principais patologias, por exemplo.

Todavia, cabe ressaltar também outros aspectos como:

> Envelhecimento psicológico (GATTO, 2002; SALGADO, 1982) diz respeito aos aspectos cognitivos e às emoções, que estão diretamente relacionadas com as questões sociais, com o contexto socioambiental que o indivíduo está inserido. (MERCADANTE, 2003, p. 15)

Os autores apresentam envelhecimento psicológico em uma perspectiva que tem como latente a subjetividade do sujeito e que está ligada a vivências e relações que ele desenvolveu ao longo da vida. Outros estudos também trazem como importante a dimensão da cognição, que diz respeito ao processo de aprendizagem, conhecimento e que envolve memória, raciocínio, linguagem, ação e percepção através dos sentidos.

Irigaray e Schneider (2008) mostram que alguns autores definem a idade psicológica como sendo habilidades adaptativas dos indivíduos ao meio, pelo uso de várias características psicológicas, como aprendizagem, memória, inteligência, controle emocional. O uso de tais habilidades e características psicológicas teria graus maiores ou menores, o que determinaria se o sujeito seria “jovem psicologicamente” ou “velho psicologicamente”.

Os autores chamam a atenção para as características que a sociedade atual entende sobre uma pessoa como velha. Quando, entre outros fatores, o idoso passa a ter lapsos de memória, um maior tempo para responder a situações, dificuldade de aprendizado, o que remete novamente a imagens sobre a velhice permeadas pela ideia de deterioração do corpo, declínio da capacidade mental. Destacando que, nesse processo, imbricam também questões relacionadas ao meio social, que influenciam no envelhecimento de cada indivíduo e no processo saúde-doença.

Em 2005, a OMS, em um documento criado em 2005 sobre “Envelhecimento ativo, uma política de saúde”, coloca que:

> Durante o processo de envelhecimento normal, algumas capacidades cognitivas (inclusive a rapidez de aprendizagem e memória) diminuem, naturalmente, com a idade. Entretanto, essas perdas podem ser compensadas por ganhos em sabedoria, conhecimento e experiência. Frequentemente, o declínio no funcionamento cognitivo é provocado pelo desuso (falta de prática), doenças (como depressão), fatores comportamentais (como consumo de álcool e medicamentos), fatores psicológicos (por exemplo, falta de motivação, de confiança e baixas expectativas) e fatores sociais (como a solidão e o isolamento). (OMS, 2005)

Nota-se, nessas colocações da OMS (2005), a importância do estímulo ao

desenvolvimento dos sujeitos não só na velhice, mas em todas as etapas da vida, no que diz respeito a aprendizado, desenvolvimento de habilidades, sentidos, percepção, apropriação do espaço social (no sentido de fazer uso dele e se relacionar com as pessoas), ampliação da sua cultura e de outros grupos sociais, exercício de sua cidadania, acesso a lazer e prática de bons hábitos de saúde (aqui entendido como acesso e uso a moradia, saúde e alimentação). Esses são alguns entre vários fatores que podem contribuir para o adequado desenvolvimento psicológico ao longo da vida. Ainda há outros aspectos como:

> Envelhecimento social é a dimensão construída pela sociedade. [...]. Nas sociedades contemporâneas, na sua maioria, ser velho significa estar excluído de vários lugares sociais. Um desses lugares é aquele relativo ao mundo do trabalho. A velhice está diretamente relacionada ao alijamento do mundo produtivo nas sociedades capitalistas contemporâneas, onde os aspectos negativos de improdutividade, decadência, devido à valorização da força de produção, criam barreiras para a participação do velho em diversas dimensões da vida social. A inadaptação do idoso aos padrões ideais estabelecidos pela sociedade, como a perda do papel profissional com a aposentadoria (MERCADANTE, 2003, p. 15)

A esse respeito, Moragas (2010) levanta o conceito *velhice funcional*, que expressa a ideia de capacidade de produtividade, sendo que a velhice funcional é enxergada de forma pejorativa e tem dimensões sociais e ideológicas que a propagam. Ela é pejorativa por que tem a ideia de idoso como uma pessoa incapaz ou limitada, característica que é um dos reflexos do sistema capitalista e de sua forma de produção, consumo, em que as relações humanas são coisificadas, isto é, o homem é valorado de acordo com sua capacidade de produzir ou consumir (BAUMAN, 2008).

Podemos afirmar que, quebrar o mito de velhice como sinônimo de incapacidade, é um desafio para a humanidade, pois o mundo está envelhecendo e somos influenciados por ideologias que refletem essa imagem pejorativa supracitada.

> A sociedade mantém e reproduz a ideia de a que a pessoa vale o quanto produz e o quanto ganha e, por isso, os mais velhos fora do mercado de trabalho e quase sempre, ganhando uma pequena aposentadoria, pode ser descartado: são considerados inúteis ou peso morto. (MINAYO, 2005, p. 6)

A autora menciona o que está no imaginário sobre velhice e sobre a reprodução de uma ideologia que desvela uma sociedade marcada por desigualdade social, concentração de renda e propagação de ideias que oprimem, marginalizam e

segregam várias camadas da população, entre elas, os idosos. É importante ressaltar que o processo de envelhecimento se dá de forma heterogênea, incidindo, entre outros fatores, diferenças em relação à questão econômica e ao grau de escolaridade, e possibilitando formas de acesso e participação social diferentes e desiguais, o que está diretamente ligado à maneira como são vistos e tratados pela sociedade.

Diante dos elementos mencionados, pode-se perceber que o fenômeno biológico/cronológico não é o único fator que define o processo do envelhecimento populacional, mas que é essencial considerar a complexidade do processo de envelhecimento, levando em conta aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Assim, segundo Lopes (1999):

> se pode traçar estratégias que permitam formular políticas positivas, alternativas à discriminação contra os idosos. Isso implica levar em conta as necessidades particulares que se apresentam nesta etapa da vida e preparar se para enfrentá-las e superá-las.

A seguir, serão aprofundados aspectos sobre as condições socioeconômicas dos idosos no Brasil e de que forma estão envelhecendo.

2.1 O crescimento da população idosa no Brasil

Considero imprescindível ter como pano de fundo a análise da desigualdade social ligada aos sujeitos idosos, a seu papel social na sociedade, pois, tanto as evidências empíricas quanto às teóricas encontradas neste trabalho, denotam que são uma parcela dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro pertencente a estratos sociais de níveis socioeconômicos mais baixos. Eles estão permeados pelas implicações dessa condição que acarreta consequências no seu modo de vida, rebatendo diretamente nas demandas que chegam aos serviços de saúde.

Inicialmente, faz-se necessário expor um panorama demográfico geral da população idosa e de outros aspectos pertinentes.

No Brasil, a população idosa tem crescido de forma vertiginosa:

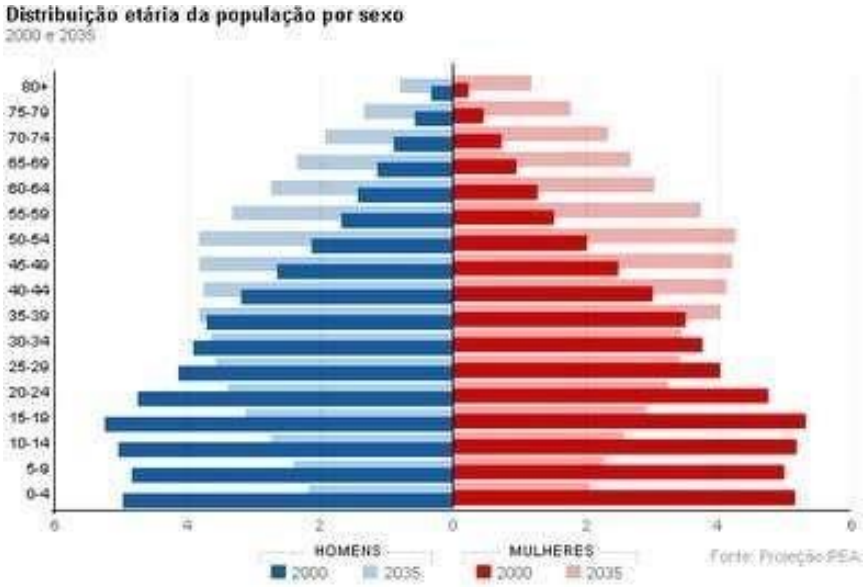
> o número de idosos passou de 3 milhões em 1960 para 7 milhões em 1975, e 22 milhões em 2010, um aumento de mais de 700% em 50 anos. Estima-se que o Brasil alcançará em 32 milhões de idosos em 2020 (MORAGAS, 2010, p. 12).

Esse crescimento de idosos no Brasil se deu de forma mais acelerada do que em países como Bélgica e França, que levaram mais de um século para a população idosa dobrar de tamanho. Carvalho e Garcia (2003) chamam a atenção para o fato de que os problemas, porventura advindos desse processo, não estão relacionados ao número absoluto de idosos, mas, sim, a seu peso relativo na população total.

Outras projeções nos revelam que, até 2035, ocorrerá a “inversão da pirâmide etária”, quando o número de adultos e idosos passará a ser maior em relação ao número de crianças e adolescentes − como pode ser observado na Figura 1, ocorre o estreitamento da base e aumento do ápice.

Tal envelhecimento populacional se justifica por vários fatores, entre eles, o declínio da taxa de fecundidade, passando de 5,8 em 1970, para algo em torno de 2,3 filhos, por mulher, em 2000.

Figura 1 – Projeção Demográfica da População entre 2000 e 2035.



Fonte: Projeção IPEA acesso em 12/02/2019.

Dados do “Perfil dos Idosos Responsáveis por Domicílios”, de 2000, apontam para o aumento da expectativa de vida ao nascer, indicando a média de 64,9 anos para homens e 74,1 para mulheres da região Sudeste. Também é possível relacionar a longevidade à expansão das tecnologias na área da Medicina e das químicas medicinais, que são dispensadas gratuitamente pelo SUS. No entanto, é necessário destacar que o acesso à Medicina e a medicamentos ocorreu de maneiras distintas, dependendo da região e do território ao qual o idosos esteve inserido.

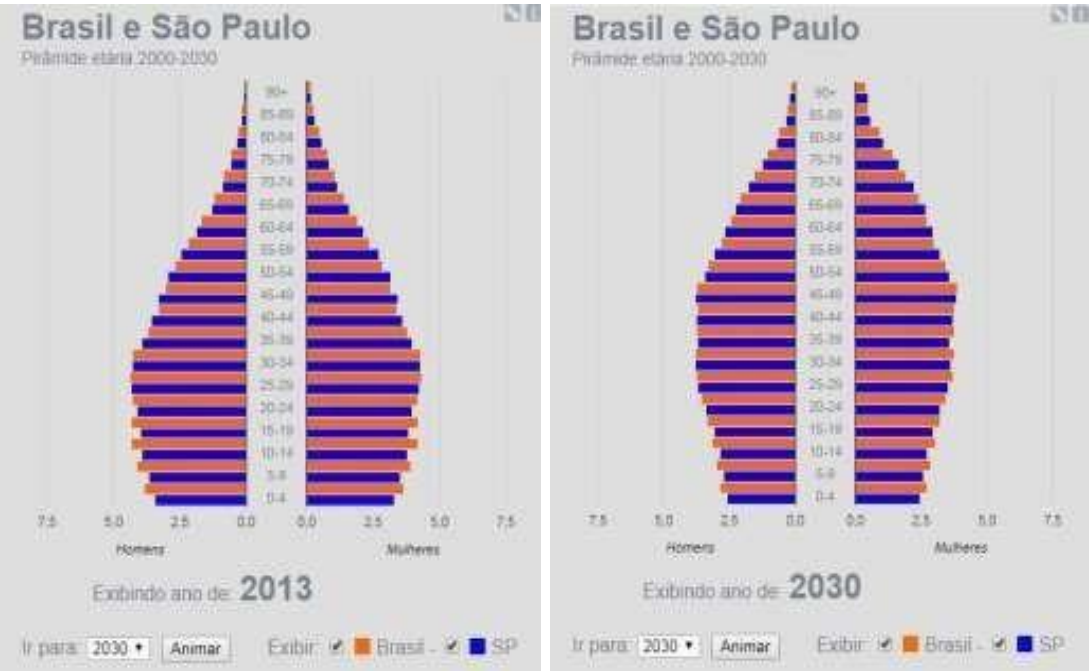
Verifica-se também o fator gênero, já que as mulheres predominam entre os

idosos, o que é chamado de “feminização do envelhecimento”. Há uma taxa muito maior de mulheres em relação a homens quando se trata de grupos mais velhos.

A OMS (2005) declarou que as mulheres representam aproximadamente dois terços da população acima de 75 anos em países como Brasil e África do Sul.

Na Figura 2, são apresentadas as pirâmides etárias em relação ao gênero no Brasil e no Estado de São Paulo, com projeção entre 2013 e 2030.

Figura 2 – Projeção Demográfica Brasil × São Paulo entre 2000 e 2030.



Fonte: IBGE (2019).

Nota-se que, em geral,

> As mulheres têm a vantagem da longevidade, mas são as vítimas mais frequentes da violência doméstica e de discriminação no acesso à educação, salários, alimentação, trabalho significativo, assistência à saúde, heranças, medidas de seguro social e poder político. Essas desvantagens cumulativas significam que as mulheres, mais que os homens, tendem a ser mais pobres e a apresentarem mais deficiências em idades mais avançadas. (OMS, 2005, p. 39).

Tais configurações contribuem para um panorama geral sobre o envelhecimento e seus aspectos sociais na realidade brasileira, e nos coloca frente a desafios, alertando para novas demandas e atenções nos serviços e benefícios, como lazer, médico, psicológico e previdência (LOPES, 1999, p. 20).

Essas demandas saem do núcleo família e se expandem para sociedade e

Estado, âmbitos nos quais perpassam os elementos constitutivos e de desenvolvimento do ser idoso.

2.2 Envelhecimento e Desigualdade

Em âmbito geral, no Brasil, devido ao crescimento populacional sem planejamento e a intensificação das expressões da questão social como desemprego, miserabilidade e desigualdade, essa camada da população tem estado à margem. Em 2002, as estatísticas já traziam indicadores que mostravam o quadro de desigualdade da população idosa: “43% dos que têm 60 anos ou mais têm renda *per capita* abaixo de um salário mínimo. E 4.870.336 deles (30,4%) continuam a trabalhar, seja para se manter, seja para auxiliar a subsistência de sua família” (MINAYO, 2005, p. 9).

Ainda do ponto de vista da distribuição de renda,

> apenas 25% das pessoas acima de 60 anos ganham 3 salários mínimos ou mais. Ou seja, cerca de 75% é pobre, existindo uma boa parcela na faixa de miserabilidade (43%), necessitando de assistência dos serviços públicos. (MINAYO, 2005, p. 9)

Dados como esses mostram a miserabilidade à qual idosos, em sua maioria, estão sujeitos. Esses números são significativos e nos provocam a pensar na contraditoriedade da riqueza e acumulação de bens no Brasil.

Em março de 2012, o Brasil foi considerado o sexto país com a maior economia do mundo, superando até mesmo o Reino Unido, segundo o Centro de Pesquisa Econômica e Empresarial (CEBR). É notória a concentração de renda existente, pois somos o 6º país com maior economia no mundo; porém 43% dos nossos idosos estão em situação de miserabilidade, sem falar nas outras faixas etárias da população brasileira. E, se pensarmos em projeções futuras e tendências econômicas, se não houver mudanças em distribuição de renda, acesso a serviços públicos de qualidade, alimentação, educação, transporte, moradia, lazer, entre outros, poderemos chegar, em 2025, como o sexto país com o maior número de idosos e aquele com altos índices de miserabilidade nessa população. Portanto, faz-se urgente refletir, analisar, planejar e efetivar políticas que atendam às demandas dos idosos e que possibilitem a melhoria de sua qualidade de vida.

O período histórico em que vivemos hoje é ambíguo − há um esforço, por parte da ciência, para prolongação da vida, prevenção de doenças e promoção de saúde,

mas, quanto maior o prolongamento da vida, maior será o desafio para a sociedade, Estado e família disporem de estratégias, planejamento e preparo para cuidar e conviver com seus idosos.

Ao olharmos para a história atual e passada, para fundamentar o nosso campo de pesquisa, a noção sobre o processo histórico de constituição da saúde pública no Brasil se fez necessário.

3. Breve Histórico sobre Saúde Pública

Ao longo da história brasileira, a saúde permaneceu fora da agenda do governo por longo tempo.

No Brasil colônia, cada pessoa se responsabilizava por si mesma, normalmente buscando auxílio de pajés, curandeiros ou boticários. A medicina era informal, baseando-se em conhecimentos empíricos, costumes culturais e crenças religiosas, sendo que os tratamentos iam de rezas, cantos e feitiços à manipulação de plantas e ervas. Os índios eram afetados com as doenças trazidas pelos europeus e os negros sofriam com os maus-tratos da escravidão. A Medicina informal era o mais comum, pois mesmo quem podia pagar por serviços médicos, na época, encontrava pouquíssimos práticos e barbeiros com práticas e procedimentos avançados utilizados por médicos europeus, como sangrias e aplicação de sanguessugas (TEIXEIRA; PIMENTA; HOCHMAN, 2018).

Com a chegada da família real, fugida da guerrra contra o imperador francês Napoleão, em 1808, esse panorama passou por mudanças, em função da tentativa de criar o mesmo padrão de vida de Portugal e uma estrutura urbana mais organizada. Houve maior estruturação física nos portos e ruas, e a fundação de cursos universitários. Surgiram as formações em Medicina, Cirurgia e Química. A Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro e o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar de Salvador foram os pioneiros (TEIXEIRA et al., 2018).

Durante o império, o que destaco é a instauração da vacinação contra a varíola, a criação do Instituto Vacínico do Império, a implantação das juntas municipais (responsáveis pelas atribuições sanitárias) e o estabelecimento da Lei da Junta Central de Higiene Pública. Além da varíola, as medidas buscavam controlar a disseminação de tuberculose, malária e febre amarela.

Com a instauração da República do Brasil, com os conhecimentos do Instituto Soroterápico Federal, criado em 1900, e a necessidade de reforma urbana e sanitária da cidade do Rio de Janeiro, o sanitarista Oswaldo Cruz iniciou uma fase de intensas mudanças na saúde pública brasileira. Por meio de ações autoritárias e militares, realizou medidas higienistas, casas foram demolidas, pessoas desalojadas, mosquitos combatidos, doentes isolados e vacinações realizadas à força, tudo em nome da saúde pública. O detalhe é que a população não foi educada sobre o porquê de tudo aquilo estar acontecendo. O desagrado dessas medidas culminou com a

Revolta das Vacinas, ocorrida entre 10 e 16 de novembro de 1904. Carlos Chagas, sucessor e Oswaldo Cruz, conseguiu equilibrar melhor as ações, progredindo sem oposição popular (TEIXEIRA et al., 2018).

Ainda assim, cada família ou indivíduo era responsável por procurar atendimento médico ou relacionado à manutenção da saúde, de acordo com suas possibilidades econômicas. Aos desvalidos, restava à caridade, em geral por meio das instituições religiosas, como as Santas Casas.

Nesse período, ocorreu a chamada normatização médica, que regulamentou o ensino e a prática médica seguindo o modelo europeu. A medida resultou em controle sobre as práticas populares de cura, na substituição gradual dos religiosos nas direções dos hospitais gerais, e na construção de hospitais públicos para atender doenças consideradas nocivas à população, como as de saúde mental, a tuberculose e a hanseníase (BAPTISTA, 2007).

A economia era basicamente agroexportadora, com a monocultura do café, quando se iniciou o processo de industrialização no país, principalmente no eixo Rio-São Paulo.

Esse processo foi acompanhado de uma crescente urbanização e da migração de trabalhadores estrangeiros e de outros estados brasileiros para servir como mão de obra nas indústrias.

Os trabalhadores não tinham quaisquer direitos trabalhistas, como férias, pensão ou aposentadoria, jornada de trabalho definida, e se submetiam a péssimas condições de trabalho. Sob a influência da experiência dos trabalhadores europeus (no movimento operário na Europa por direitos trabalhistas), organizou-se, no Brasil, a luta pela conquista de seus direitos. Com a realização de duas greves gerais nos país, em 1917 e 1919.

> A questão social neste período precisava ser enfrentada de forma mais sofisticada, transformando-se em questão de política e não de polícia, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem os assalariados urbanos, que se caracterizavam como atores importantes no cenário político nacional. (BRAVO, 2004, p. 26).

Em 24 de janeiro de 1923, foi aprovada, pelo Congresso Nacional, a Lei Eloy Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil, que instituía as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP’s) voltadas apenas aos operários urbanos com registro em carteira.

> O Estado não participava propriamente do custeio das Caixas, que de acordo com o determinado pelo artigo 3º da lei Eloy Chaves, eram mantidas por: empregados das empresas (3% dos respectivos vencimentos); empresas (1% da renda bruta); e consumidores dos serviços das mesmas. Além das aposentadorias e pensões, os fundos proviam os serviços funerários, médicos, conforme explicitado no artigo 9º da Lei Eloy Chaves:
> 1º – socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia;
> 2º – medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;
> 3º – aposentadoria;
> 4º – pensão para seus herdeiros em caso de morte (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Com a crise do café, em 1929, e com a revolução organizada por Getúlio Vargas em 1930, que, vitorioso, tomou o poder e promoveu uma série de mudanças visando à expansão econômica, estabeleceu-se uma nova legislação e criou-se o Ministério da Educação e Saúde Pública.

Em 1937, foi promulgada nova constituição, que reforça a centralidade no poder presidencial (ditadura). A partir de 1945, ocorrem diversas mudanças ligadas às exigências de aprofundamento do capitalismo no país e às transformações decorrentes do cenário internacional com o término da Segunda Guerra Mundial.

A partir dessa época e com o fim do populismo, a forte entrada de capital estrangeiro impulsionou a proposta desenvolvimentista do governo e iniciou-se uma maior intervenção do Estado na área da saúde, com o objetivo de eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias.

A criação do Ministério da Saúde (Lei nº 1.920, de 1953), desvinculado do Ministério da Educação, foi um marco importante para garantir o direito dos cidadãos ao atendimento à saúde, embora tenha tido pouco investimento público até a proclamação da Constituição de 1988, quando a saúde, além de ser direito e obrigação do Estado, passou a ter recursos constitucionalmente estabelecidos.

O SUS, instituído pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulou em todo o território nacional a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, e estabeleceu as ações no sentido de promoção, proteção e recuperação da saúde à toda população.

Tradicionalmente, o sistema de saúde brasileiro esteve centrado em atender à saúde maternoinfantil, porém, diante da crescente demanda de uma população que envelhece cada vez mais, os idosos têm sido foco de implementação de políticas públicas que buscam atender às suas necessidades específicas.

A desigualdade social em saúde tem ganhado evidência entre grupos sociais

com diferentes condições – socioeconômicas, étnicas, etárias, de gênero e de localização territorial – e essa desigualdade, como consequência, vem gerando um excedente de danos que afetam principalmente os grupos sociais mais vulneráveis: mortalidade precoce, sobrecarga de procedimentos médicos, ampliação de demandas por serviços sociais e redução da possibilidade de ascensão social (OMS, 2002).

Minayo aponta que "são os idosos mais pobres que costumam ter mais problemas de saúde, maior dependência e uma cota maior de sofrimento, como vivências de abandono, maus-tratos, negligência" (2006, p. 48)

Questões como essas são expressões da questão social, que se expressam também na pobreza, condicionadas pela conjuntura atual, como a macroestrutura societária, e são relativas ao mundo do trabalho e às relações sociais, que, na sociedade contemporânea, têm como norte uma política neoliberal, com princípios como Estado mínimo, redução dos investimentos em políticas sociais e ênfase do mercado, favorecendo ao grande capital e corresponsabilizando os indivíduos pelas mazelas, como as desigualdades sociais.

As decorrências do envelhecimento populacional, associadas a um Estado Mínimo[1] (MINAYO, 2006), que apresenta alta concentração de renda e pauperização de uma camada significativa da sociedade, entre ela os idosos, caracterizam um desafio para o Estado e a sociedade, exigindo mudanças significativas nas ações políticas e nos programas sociais e de saúde que acompanham o envelhecimento, para tanto diminuir a desigualdade no acesso aos bens e serviços quanto proporcionar um envelhecimento com qualidade de vida e saúde.

Domingues (2006) destaca que cabe ao poder público elaborar, juntamente com a sociedade, políticas e programas de atenção ao idoso e assumir definitivamente a sua parcela de responsabilidade com essa população emergente.

Diante disso, pode-se destacar algumas políticas públicas voltadas aos idosos, entre elas as Unidades de Referência à Saúde do Idoso (URSI's), que prestam atendimento às patologias mais complexas, com ações de prevenção, promoção e

---

[1] Concepção fundada nos pressupostos da reação conservadora que deu origem ao neoliberalismo. A ideia de Estado Mínimo pressupõe um deslocamento das atribuições do Estado perante à economia e à sociedade. Preconiza-se a não intervenção, e este afastamento em prol da liberdade individual e da competição entre os agentes econômicos. A única forma de regulação econômica, portanto, deve ser feita pelas forças do mercado, as mais racionais e eficientes possíveis. Ao Estado Mínimo, cabe garantir a ordem, a legalidade e concentrar seu papel executivo naqueles serviços mínimos necessários: policiamento, forças armadas, poderes executivo, legislativo e judiciário.

proteção da saúde, com trabalho interprofissional e intersetorial no apoio à atenção primária. Na atenção primária à saúde, há a atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com o programa federal Estratégia Saúde da Família (ESF) em algumas localidades, que busca intervir no território com ações contínuas e racionalizadas à demanda, voltadas à assistência integral da família, através de vigilância à saúde e vigilância epidemiológica nos diversos ciclos da vida.

Dentro da atenção primária, na cidade de São Paulo, há o Programa Acompanhante de Idosos (PAI), que é oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde em parceria com organizações de saúde. O programa oferece cuidado às pessoas idosas em situação de fragilidade física, mental e vulnerabilidade social, tendo como objetivo promover atenção integral, com desenvolvimento de autocuidado, autonomia e independência, a fim de evitar e/ou postergar a institucionalização, bem como tirar do isolamento e da exclusão social. O público-alvo são idosos que vivem sozinhos ou que a família, por diversos fatores, não consegue desempenhar seu papel no atendimento das necessidades de seus entes.

Cada equipe do programa é composta, preferencialmente, por um assistente social, que também atua como coordenador, um assistente administrativo, um médico (preferencialmente geriatra), uma equipe de enfermagem com um enfermeiro e dois auxiliares de enfermagem, e dez acompanhantes de idosos, que recebem o devido treinamento para desempenhar as atividades inerentes à função. Nesse trabalho educativo, há preocupação em demonstrar o processo de envelhecimento, suas implicações, as relações inerentes ao contexto familiar e todo o suporte técnico para o desenvolvimento das atividades. Nessa perspectiva, o processo educacional levou em conta a trajetória de vida, os aspectos culturais, as crenças e os valores dos trabalhadores, pois isso não só impacta e influencia as relações de trabalho, mais especificamente o cuidado que esses trabalhadores oferecerão aos idosos, mas o modo como se relacionam com o próprio desenvolvimento, a educação recebida e suas formas de entender a vida.

3.1 A Saúde Pública e as Políticas à pessoa idosa no Brasil

No Brasil, a primeira lei que surgiu para atender as necessidades da pessoa idosa foi a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que instituiu a Política Nacional do Idoso (PNI), somente regulamentada pelo Decreto Federal nº 1.948, de 3 de julho de

1996. A Lei nº 8.842/1994 está orientada por cinco princípios (Art. 3º do Capítulo II, seção I):

> 1. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
> 2. O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objetivo de conhecimento e informação para todos;
> 3. O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
> 4. O idoso deve ser o principal agente e destinatário das transformações a serem efetivadas através dessa política;
> 5. As diferenças econômicas sociais regionais e particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes e pela sociedade em geral na aplicação dessa lei.

Por meio da análise dos princípios explicitados, é possível afirmar que a lei confirma a concepção atual de Assistência Social como política de direito, o que sugere não somente a garantia de uma renda, mas também o estabelecimento de vínculos e de pertencimento que garantam mínimos de proteção social. Propondo a "participação, a emancipação, a construção da cidadania e de um novo conceito social para a velhice" (FERNANDES; SANTOS, 2008, p. 49-60).

A PNI possibilitou garantir autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania aos maiores de 60 anos de idade, tendo por finalidade instituir condições para promover qualidade de vida para essa parcela da população e para aqueles que irão envelhecer.

Conforme Sousa (2004, p. 124), a PNI:

> veio consolidar os direitos dos idosos já assegurados na Constituição Federal, apresentando formas de concretização de instrumento legal capaz de coibir a violação desses direitos e promover a proteção integral do idoso em situação de risco social, retratando as novas exigências da sociedade brasileira para o atendimento da população idosa, sob o pressuposto da manutenção da Política Nacional do Idoso, como norma orientadora da atuação governamental da área.

A organização da gestão da PNI é feita pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, com a colaboração dos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal do idoso, sendo de todos a responsabilidade da execução, da supervisão, do acompanhamento, da fiscalização e da avaliação da PNI nas suas respectivas instâncias. Dessa forma, é de suma importância que os Estados e Municípios instituam seus Conselhos do Idoso, garantindo o acesso da população idosa aos benefícios estabelecidos na Lei.

Vale destacar que a PNI somente foi regulamentada após o reconhecimento da velhice como questão prioritária no contexto das políticas sociais. Todavia, isso não assegurou que essa legislação fosse cumprida. A regulamentação dos direitos da pessoa idosa só ocorreu posteriormente à aprovação do Estatuto do Idoso. Mais abrangente que a PNI, o Estatuto do Idoso institui penas para quem desrespeitar ou abandonar os idosos.

O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) é uma conquista da sociedade brasileira como política pública de inclusão social e vem desempenhando seu papel em favor da população idosa, ao constituir direitos e deveres e determinar punições aos que violarem essas premissas. Entre suas disposições, destacam-se “os direitos fundamentais, as medidas de proteção e a política de atendimento ao idoso, além de definir as condutas que constituem crimes contra os idosos” (CAMARANO, apud VELASCO; ROMERO, 2000). O estatuto contempla saúde, educação, habitação e concessão de benefícios; institui prioridade absoluta às normas de proteção ao idoso; e estabelece novos direitos e diversos mecanismos de proteção, que vão desde o atendimento preferencial até a inviolabilidade física, moral e psíquica, determinando também penas para crimes de maus-tratos.

Em seu Art. 2º, o Estatuto estabelece e amplia o Artigo 5º da Constituição Federal, pois prevê os interesses e necessidades dos idosos:

> O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

São diversas as ocasiões que o idoso sofre preconceito e rejeição no seu dia a dia. Isso ocorre de diferentes maneiras: quando o idoso é excluído de decisões familiares, quando deixa de ser ouvido em aspectos importantes de sua vida ou quando tomam decisões no lugar dele. A liberdade de poder escolher, andar livremente, manifestar suas opiniões, escolher seus governantes através do voto, ter resguardado seu espaço físico, seus objetos e bens pessoais são direitos de cidadania, propostos também na Constituição.

O Estatuto do Idoso, bem como a PNI, dispõe-se a garantir a efetivação dos direitos da pessoa idosa, ou seja, assegurar o cumprimento dos direitos civis, sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais dessa parcela da população,

estabelecendo condições para que exerçam sua autonomia, integração e participação ativa na sociedade.

Ao mesmo tempo, propõe uma reflexão em relação à velhice, oferecendo referências para compreendermos o processo de envelhecimento e a forma como este deve ser visto no cenário social. O Estatuto pretende ainda favorecer a inclusão social, garantir os direitos desses cidadãos, como pode ser visto em seu capítulo VIII:

> Art. 33. A assistência social aos idosos será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde e demais normas pertinentes.
> Art. 34. Aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social – Loas.
> Art. 35. Todas as entidades de longa permanência, ou casalar, são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada.
> Art. 36. O acolhimento de idosos em situação de risco social, por adulto ou núcleo familiar, caracteriza a dependência econômica, para os efeitos legais.

Como podemos compreender, a intervenção mediante o estatuto tem como bases fundamentais, para o trabalho, a preservação dos vínculos familiares, a responsabilização das famílias e a garantia dos direitos basilares e de proteção social, além de propor o trabalho articulado da rede assistencial pública e privada na busca de redes de intervenção e da qualidade e disponibilidade de recursos. Assim, as ações precisam estar direcionadas ao idoso com o propósito de impedir qualquer situação de desrespeito a ele, instituindo a efetivação dos seus direitos.

E, nesse sentido, as iniciativas, públicas e privadas, no campo da educação informal e da educação não formal, surgiram como grandes aliadas para o desenvolvimento de ações que possibilitaram o atendimento e a valorização de idosos, por meio da efetivação das práticas apresentadas ao longo desta pesquisa, as quais foram capazes de viabilizar atividades e contextos de integração e diferentes aprendizagens entre os educadores e os idosos.

4. Educação informal, formal e não formal

A educação é um fenômeno complexo, multiforme, diverso, heterogêneo, permanente e quase onipresente (TRILLA, 2017). Diante dessa afirmação, vale a inserção de uma primeira impressão sobre os temas que serão tratados no presente capítulo. Conforme nos aponta Trilla (2017):

> o próprio Coombs e seus colaboradores propuseram a distinção entre três tipos de educação: a *formal*, a *não-formal* e a *informal*. Coombs e Ahmed, em seu trabalho de 1974, Attacking Rural Poverty: How Now-Formal Education Can Help, definem esses conceitos nos seguintes termos: a educação *formal* compreenderia "o 'sistema educacional' altamente institucionalizado, cronologicamente graduado e hierarquicamente estruturado que vai dos primeiros anos da escola primária até os últimos anos da universidade"; a educação *não-formal*, "toda atividade organizada, sistemática, educativa, realizada fora do marco do sistema oficial, para facilitar determinados tipos de aprendizagem a subgrupos específicos da população, tanto adultos como infantis"; e a educação *informal*, "um processo, que dura a vida inteira, em que as pessoas adquirem e acumulam conhecimentos, habilidades, atitudes e modos de discernimento por meio das experiências diárias e de sua relação com o meio" (TRILLA, 2008, p. 32-33, citado por COOMBS, 1975, p. 27; COOMBS, 1985, p. 49)

Assim, o primeiro processo educativo vivenciado pelo ser humano, isto é, os primeiros conhecimentos, acontece no seio familiar. A partir do nascimento, é no convívio familiar que se dão as primeiras descobertas, a princípio por meio da repetição, seja de gestos e sons, e que evoluem de acordo com o crescimento do ser humano. Nesse ambiente, pais, mães e responsáveis são os primeiros educadores. Portanto, pode-se dizer que todo ser humano passa, ou passará, por essa construção, que necessariamente será influenciada por outros fatores sociais, culturais e econômicos.

A esse processo dá-se o nome de educação informal, a qual é iniciada na família e ocorrida durante a vida toda na convivência social, nas experiências com o meio, sendo que não há uma intenção, mas apenas a construção de saber, acumulação de conhecimento, habilidades e atitudes. A família é o primeiro espaço de aprendizado, mas não único, pois o convívio com amigos, o ambiente de trabalho e de lazer e até os veículos de informação fazem parte da aquisição do conhecimento.

> A educação informal corresponderia a ações e influencias exercidas pelo meio, pelo ambiente sociocultural, e que se desenvolve por meio das relações dos indivíduos e grupos com o seu ambiente humano, social, ecológico, físico e cultural, das quais resultam conhecimentos, experiências, práticas, mas que

> não estão ligadas especificamente a uma instituição, nem são intencionais e organizadas (LIBÂNEO, 2010, p. 31).

A educação informal tem como característica a falta de intencionalidade e organização, sendo casual e empírica, recebida de forma espontânea a partir das vivências durante a vida, em um processo permanente, não organizado e aleatório. Apesar disso, em decorrência da exigência da sociedade, da temática e do assunto, respalda-se também no conhecimento científico, para construção e divulgação do saber. Portanto, há como afirmar que a educação informal é parte integrante do processo de aprendizado humano. Segundo Gadotti (2005), "educação é um direito de todo ser humano como condição necessária para ele usufruir de outros direitos constituídos numa sociedade democrática".

É parte integrante dos direitos humanos fundamentais, um direito de cidadania, sendo que seu acesso deve ser homogêneo, eficaz e universal. Esse direito de aprender, ou seja, ter como obter conhecimento, é hoje tratado como mercadoria − a mercantilização da educação. Diante disso, na visão dos governantes, a educação passa a ser despesa, e não investimento social para melhoria e crescimento da sociedade.

> A mercantilização da educação é um dos desafios mais decisivos da história atual, porque ela sobrevaloriza o econômico em detrimento do humano. Só uma educação emancipadora poderá inverter esta lógica, através da formação para a consciência crítica e para a desalienação. Educar para outros mundos possíveis é educar para a qualidade humana para "além do capital". (GADOTTI, 2011, p. 97)

A educação formal é ato intencional, podendo alterar o cenário e sua intenção na transmissão de determinado conhecimento.

O papel da educação formal, aquela que é representada principalmente pelas escolas e universidades, com diretriz educacional centralizada, com estruturas hierarquizadas e burocráticas, determinadas em nível nacional por órgão fiscalizador, é a transmissão de conhecimento às novas gerações. Nela, os parâmetros curriculares, a definição de conteúdo para o conhecimento, a definição dos eixos e as bases curriculares, e as disciplinas dependem da posição política ideológica, sendo inalienável a sua relação com a questão política do período. Nesse sistema formal, há uma estrutura hierarquizada e burocrática, que massifica, sem discussão, o espaço e as pessoas, na qual todos os alunos devem reverenciar o professor, sendo este o

mediador, organizador do conhecimento e da aprendizagem. Essa lógica formal da educação pode engessar o processo de aprendizagem, pois enxerga todos alunos da mesma maneira, sem levar em conta que cada um teve uma construção educativa, familiar e social diferenciada, em razão de seus processos singulares de vida. A educação necessariamente é repressiva, pois enquadra as novas gerações no padrão que foi estabelecido, seja ele curricular e estrutural, com formação sequencial e específica; dita normas e regras, regula as pessoas, separa em séries, é seletiva, disciplina com lições e períodos de aula com duração específica.

Na escola tradicional, no modelo conservador, o aluno constrói o conhecimento através de esforço pessoal, com apropriação de um conjunto de técnicas, teorias e instrumentos, onde não há uniformidade na formação devido a interesses e histórias de vida diferentes. Para obter o conhecimento, o aluno é responsável pela sua dedicação e treinamento.

Tenho ciência de que outros movimentos surgiram e surgem na educação formal. Muito se fala na nova educação, na qual a escola deve ter interatividade em sala; onde o papel do professor é de mediador de conhecimento; deve levar em conta a alteridade e a heterogeneidade; deve considerar a visão do aluno; e onde o professor deve ter afetividade, relação de empatia com a classe, possuir dimensão técnica e humanística em um sistema adaptativo para cada situação.

Vale lembrar que o aluno constrói o conhecimento através do esforço para apropriação de conjunto de técnicas, teorias e instrumentos, sendo que não há uniformização na formação, pois há interesses diferentes e histórias diferentes.

Outro ponto a ser apontado é que o contexto educacional ganhou novos caminhos, saindo do ambiente escolar, mas, ainda assim, com pouco reconhecimento, como nos lembra Garcia (2009):

> chamamos atenção à importância que nossa sociedade foi atribuindo à educação formal, aquela que prepara para o mundo do trabalho e para as relações sociais nesse contexto, em detrimento dos outros processos educacionais (a educação não-formal e informal), menos valorizados. É primordial marcarmos que, apesar de vivermos em constante processo de “ensino-aprendizagem”, somos também educados a valorizar muito mais aquilo que é formalizado, que é legitimado, que é validado e certificado pela estrutura social. São os saberes acadêmicos, científicos, aos quais foram atribuídos maior importância e prestígio.

Nessa caminhada por novos caminhos, surge a educação não formal, que se apresenta como um processo de cidadania, capacitação para o trabalho e

organização comunitária. Os espaços de conhecimento podem ser diversos: a empresa, o espaço domiciliar, o espaço social comunitário. “A prática que é social e histórica, mesmo que tenha uma dimensão individual, se dá num certo contexto tempo-espaço e não na intimidade das cabeças das gentes” (FREIRE, 2017, p. 54).

A educação não formal se caracteriza pela aprendizagem em outros espaços, fora do ambiente formal, e está relacionada a política de direitos, capacitação, desenvolvimento de habilidades e potencialidades, autoconhecimento para a organização de soluções para os problemas da vida, sejam laborais ou comunitárias.

Toda ação educativa se realiza em um meio, sendo que o educador influencia este meio, o qual condiciona a ação, exercendo influência educativa no educando.

O educador, dessa maneira, atua no sentido da atenção da responsabilidade ético-política. “A compreensão sobre os limites da prática educativa demanda a claridade política dos educadores com relação a seu projeto. Demanda que o educador assuma a politicidade de sua prática” (FREIRE, 2017, p. 54).

A educação não formal valoriza e reafirma a cultura dos indivíduos, educador e educando, fazendo com que a bagagem cultural que cada um traz seja respeitada e esteja presente nas atividades, com respeito e valorização da realidade de cada um e inserindo-a nas relações (GARCIA, 2009, p.53). “O educador tem a necessidade fundamental de compreender as formas de resistência das classes populares – suas festas, suas danças, seus folguedos, suas lendas, suas devoções, seus medos, sua semântica, sua sintaxe, sua religiosidade” (FREIRE, 2017, p. 57).

Outros fatores fundamentais no processo são a flexibilidade de tempo e a adaptação do conteúdo ao grupo que está sendo trabalhado. Nesse contexto educacional, pode-se atuar na capacitação ocupacional e na competência profissional, promovendo mudança nas pessoas e no meio ambiente, pensando sempre em transformação social e intervenção na história, transformando-a e transformando-se. Esse processo de ensino-aprendizagem traz uma relação prazerosa e significativa aos sujeitos, com o processo de aprender e a construção do saber naquilo que faz sentido (GARCIA, 2009, p. 52), que tem relação com o seu dia a dia e uso no seu espaço, seja ele de trabalho, comunitário e social.

O conhecimento serve para adquirir as habilidades e as competências para o enfrentamento das diversas situações, e o aprendizado ativo prepara para mercado de trabalho, profissionalização, realização pessoal, sociedade, diversão, expectativas alheias e demais demandas impostas no dia a dia.

O ser humano é um sujeito histórico, construído através da história, e o que caracteriza o ato educativo é a intencionalidade, na qual a neutralidade é impossível, pois há sempre a intensão na construção do conhecimento.

Nota-se que, no contexto do envelhecimento e da juventude, ou em outros contextos, a troca de experiências em grupo ocorre, as pessoas se permitem ao aprendizado constante, pois, a todo momento, a sociedade muda e requer novos conhecimentos, no sentido de empoderar para o trabalho, para a colaboração entre iguais e diferentes em grupo ou coletivo e para a vida em sociedade.

Assim, a seguir, apresenta-se o relato de experiências de educadores e idosos sobre as suas percepções acerca do trabalho.

5. Relatos de experiência

5.1 Primeiro momento

Em 2008, a partir de reconhecimento público do PAI, por meio da obtenção de um prêmio do concurso Talentos da Maturidade do Banco Real, que contemplava atividades e projetos que visavam melhorar a qualidade de vida e a integração do idoso na sociedade, e devido à avaliação positiva dos projetos de atenção ao idoso, realizado em duas frentes, na região da Santa Cecília e da Mooca, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), através da Coordenação da Atenção Básica, decidiu tornar o PAI uma política pública para a população idosa fragilizada do município. Nesse ano, houve expansão (12 equipes) para outras localidades da cidade, bairros onde havia estudos sobre a necessidade dessa nova política. Nesse processo, fui contratado como coordenador, assistente social, de uma equipe localizada na região do bairro do Pari.

Na UBS em que o programa foi inserido, havia administração própria da SMS, com funcionários públicos municipais, e, além da entidade que me contratou, outras duas organizações de saúde cuidavam dos programas ESF, Consultório na Rua e Assistência Médica Ambulatorial (AMA). Como o programa era novo e desconhecido por parte dos profissionais da UBS, a entrada da equipe do PAI trouxe um novo olhar à população idosa da região.

A primeira construção foi em relação a preparar as equipes de ESF sobre o perfil da população que seria beneficiária do programa. Estabelecer com essas equipes fluxos de encaminhamento, dentro do perfil estabelecido para ser usuário do PAI, cronogramas de reuniões, acompanhamentos em conjunto e demais situações para controle adequado do processo de atuação do programa na população adscrita no território.

Como o perfil para contratação dos trabalhadores, especificamente os acompanhantes de idosos, não contemplava o conhecimento em envelhecimento, a SMS realizou um seminário (Figura 3), no qual foram abordadas temáticas que pudessem auxiliar os profissionais para realização do acompanhamento dos idosos que seriam incluídos no programa.

Figura 3 − Seminário realizado em novembro de 2008.

Fonte: acervo do autor.

Com o início da atividade, a equipe de saúde (assistente social, médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem) percebeu a necessidade de estabelecer uma atividade educacional periódica em relação às questões que eram vivenciadas no atendimento feito pelos trabalhadores acompanhantes de idosos.

Nos atendimentos, surgiram muitas dúvidas por parte dos acompanhantes, tais como uso de medicações para diabetes, hipertensão e outras patologias, realização de exames, manejo de casos com questões de saúde mental, direitos e leis (direitos previdenciários, interdições, etc.), conflito familiar e problemas de violência através de abandono, negligência, uso indevido de patrimônio e recursos das pessoas que eram assistidas.

Vale ressaltar que cada profissional acompanhante tinha como função atender a 10 idosos, e cada caso acompanhado era discutido e elaborávamos um plano de cuidados, que, ao longo do tempo, seria reavaliado pela equipe de saúde (médico, enfermeiro e assistente social) e acompanhantes de idosos, pois estes estavam no cotidiano do idoso e, por isso, eram os primeiros a identificar demandas, possibilidades e potencialidades de cada caso.

Nesse plano de cuidados, era incluído, quando necessário, algum tipo de intervenção ou orientação a familiares. Havia todo um planejamento da frequência das

visitas dos acompanhantes e, quando necessário, dos auxiliares de enfermagem (para aferir pressão, glicemia, administrar medicação intravenosa, banho, entre outras atividades), uma descrição das atividades externas ou na residência, sd orientações a serem realizadas e um plano de ação para lidar com as diversas situações que se apresentariam no decorrer da semana.

Nessas ações, determinadas em função do grau de necessidade, fragilidade e vulnerabilidade, incluíam-se cuidados no domicílio em relação a cuidados pessoais, higiene, alimentação, uso de medicação, acompanhamento para realização de exames, consultas, compras, ida a banco ou uma simples caminhada na rua.

Diante dessa realidade relacionada ao trabalho, os acompanhantes passaram a fazer parte do dia a dia dos idosos e, com isso, deveriam ser instrumentalizados para atender as exigências que esse acompanhamento demandava. Dessa maneira, iniciou-se a educação não formal, um processo educativo com frequência de pelo menos uma vez por mês, a fim de abordar temas que pudessem trazer subsídios aos acompanhantes para realização do trabalho. Para isso, utilizavam-se recursos como textos, material audiovisual, apresentações de casos para discussão em equipe, aulas ministradas pela equipe de saúde e por outros convidados. O tema que seria abordado era decidido previamente por todos, com participação dos acompanhantes de idosos, que atuavam com essa população no cotidiano.

O objetivo principal era abordar temas de acordo com questões relacionadas à temática do envelhecimento, tais como saúde do idoso de uma maneira geral, uso e administração de medicação, primeiros socorros, legislações para conhecimento de direitos inerentes ao envelhecimento, relação e conflitos familiares, aspectos psicológicos, atividades físicas e educativas, e, até mesmo, elaboração de relatórios e discussão de casos com outras equipes da rede de saúde, como UBS, AMA, hospitais, ambulatórios, CAPS, serviços da justiça e da assistência social.

Esse tipo de trabalho de educação não formal se transformou e, ao longo dos encontros, os próprios acompanhantes passaram a elaborar e ministrar temas para apresentarem nas reuniões da equipe do PAI.

Além disso, após a equipe perceber a necessidade e a pouca oferta de atividades voltadas à população idosa, os próprios acompanhantes, com apoio da equipe de saúde, passaram a desenvolver uma oficina semanal com atividades artesanais, culturais e artísticas, voltadas a convivência, circulação, lazer e principalmente saúde da pessoa idosa (Figura 4).

Figura 4 − Aula sobre pressão alta proferida por acompanhante de idoso e auxiliar de enfermagem para pessoas idosas.

Fonte: acervo do autor.

Foi elaborado um projeto chamado “Espaço Manhã/Tarde com Saúde, Educação e Cultura”, que tinha como objetivo oferecer aos participantes, semanalmente, tempo e espaço para o desenvolvimento criativo de atividades lúdicas e manuais, a fim de promover saúde, educação e cultura.

O projeto visava propiciar, através de oficinas, cursos, palestras e eventos, um espaço de socialização, reflexão, aprendizado e possibilidade de geração de renda. Eram desenvolvidas diversas atividades planejadas e programadas pela equipe do programa. As metodologias e estratégias utilizadas faziam parte do planejamento das atividades, com a possibilidade de utilização de palestras, leituras, discussão de temas específicos, dinâmicas de grupo, realização de trabalhos (individuais, em dupla e em grupos), exercícios práticos e físicos, relatos de experiência e reflexão sobre o resultado das atividades vivenciadas.

As atividades eram coordenadas por membros da equipe do programa, que analisavam os resultados alcançados, avaliando o processo e corrigindo rumos, quando necessário. A participação das pessoas idosas também era fundamental na construção das atividades, no sentido de realizarem realmente aquilo que fazia

sentido naquele momento e na realidade que eles viviam.

Cada atividade tinha seu próprio projeto específico, como o “Projeto de Construção de Material Lúdico”, no qual o objetivo era a construção de material para ser utilizado na visita domiciliar ao idoso. A primeira etapa do trabalho foi dividir a equipe de acompanhante em duplas, sendo que estas escolheriam um idoso pensando em suas dificuldades para realizar as atividades diárias. A partir dessa dificuldade, confeccionariam um material lúdico para estimular atenção, concentração, memória e coordenação motora. No dia agendado para a apresentação do material didático que cada dupla havia construído, foram verificadas as suas diversas possibilidades de uso nas visitas domiciliares. Após esse encontro, os materiais foram disponibilizados para todos os educadores utilizarem em suas visitas domiciliares, sempre com devolutivas nas reuniões dos processos vivenciados com as pessoas idosas visitadas.

Outra atividade desenvolvida que teve grande repercussão foi a “Oficina de Estimulação” para pacientes com Alzheimer e seus familiares. O objetivo era oferecer aos idosos um espaço de integração, convivência e socialização, com atividades lúdicas, manuais e artísticas, a fim de promover a estimulação cognitiva, resgate de história e memória.

As atividades com o grupo de pessoas idosas eram realizadas no auditório da UBS, planejadas e conduzidas por profissionais da equipe capacitados através do “Projeto Estimulação Cognitiva e Funcional para Idosos”, do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP).

Atividade com duração de seis meses, oferecida aos profissionais do programa através de meu contato pessoal com o IPq. Nas oficinas de estimulação, eram utilizados materiais como papel (cartolina, cartão, crepom, sulfite, etc.), tintas, pincéis, lápis, cola, tesoura, giz de cera, jornais, revistas, palitos de sorvete e outros (Figuras 5 e 6), com intuito de incentivar a criatividade e a imaginação e motivar o diálogo entre os participantes.

Com o grupo de familiares, eram desenvolvidas atividades planejadas e executadas pela equipe técnica, com a possibilidade de utilização de filmes, vídeos, palestras, dinâmicas de grupo, discussão de temas específicos, relato de experiências e reflexões sobre o resultado das atividades vivenciadas (Figura 7).

Figura 5 − Oficina de recorte e colagem realizada para estimulação cognitiva e funcional.

Fonte: acervo do autor.

Figura 6 − Oficina palito de sorvete e pintura realizada para estimulação cognitiva e funcional.

Fonte: acervo do autor.

Figura 7 − Grupo familiar com abordagem sobre aspectos relacionados ao envelhecimento, limitações funcionais e cognitivas, como a doença de Alzheimer.

Fonte: acervo do autor.

Os assuntos abordados nos encontros eram planejados pela equipe, que elaborava a sequência de temas para contemplar todos os aspectos da doença, as causas, as consequências e as estratégias de convivência. Os encontros eram mensais e agendados sempre na primeira quarta-feira do mês, com duração de três a quatro horas.

Sempre, na última parte da atividade, era inserido também um *show*, no qual havia repertórios musicais de época, trazendo lembranças das músicas antigas, leitura de poesias, com a participação dos idosos e dos profissionais nas apresentações.

Dentro do “Projeto Espaço Manhã/Tarde com Saúde, Educação e Cultura”, também eram realizadas palestras para oferecer aos participantes educação, orientações e informações sobre diversos temas que fazem parte do cuidado diário com a saúde, abordar situações cotidianas e como o comportamento interfere na saúde (Figura 8).

As palestras eram ministradas por profissionais da equipe e/ou convidados do “Programa Acompanhante de Idosos”, com abordagem e linguagem de fácil

compreensão, distribuição de material informativo e suporte audiovisual. Podemos citar vários temas abordados: “A importância da Caderneta do Idoso”, “O Sistema Único de Saúde”, “Saúde × Doença”, “O que é importante falar, levar e perguntar na Consulta Médica”, “Uso correto e por que tomar Medicação”, “O que é Pressão Alta e a importânia de seu controle”, “A importância da Higiene Bucal”, “Violência contra a Pessoa Idosa”, “Benefício de Prestação Continuada”, “Previdência e Aposentadoria”, entre outros.

Figura 8 – Palestra de educação não formal sobre a promoção de saúde e a prevenção de doenças.

Fonte: acervo do autor.

Por fim, em razão do êxito dessa oficina, que passou a chamar a atenção de familiares dos idosos, inclusive com a participação de filhos e netos, outros usuários da UBS passaram a participar das oficinas também.

A seguir, apresento vários registros fotográficos de atividades desenvolvidas com o objetivo de ensinar aos idosos algumas atividades manuais, com possibilidade de geração de renda (Figuras 9 a 12).

Figura 9 – Oficina de cachecol, uma atividade educativa não formal para propiciar geração de renda aos participantes.

Fonte: acervo do autor.

Figura 10 – Oficina de sabonete de educação não formal para ensinar e propiciar a possibilidade de geração de renda aos participantes.

Fonte: acervo do autor.

Figura 11 – Oficina de confeitaria de tortinhas de frutas e doces, educação não formal para propiciar aprendizado e possível geração de renda aos participantes.

Fonte: acervo do autor.

Figura 12 – Oficina de bonecas de pano de educação não formal para propiciar aprendizado e possível geração de renda aos participantes.

Fonte: acervo do autor.

5.1 Segundo momento

Em 2012, com nova ampliação do programa, abertura de novas equipes em outras unidades de saúde, assumi nova equipe do programa PAI para atender na região no bairro da Vila Madalena, zona Oeste da cidade de São Paulo. Nessa UBS, todos profissionais eram de uma organização de sáude parceira da prefeitura e atuavam com o “Programa Saúde da Família”.

Nesta ampliação, tive a oportunidade de participar do processo seletivo para contratação da equipe de acompanhantes, com o intuito de buscar perfis que pudessem agregar ao trabalho que seria desenvolvido. Mesmo assim, dos selecionados, apenas um acompanhante tinha experiência profissional, além de ter realizado curso de cuidador de idoso.

Como a UBS era muito pequena, não havia sala para que a equipe pudesse se instalar. Como a organização responsável pela equipe possuía imóvel na região, fomos realocados nesse local para, a princípio, receber os novos contratados, realizar as reuniões de equipe, as atividades administrativas e de treinamento.

No período de um mês, que correspondeu entre a montagem da equipe, a estruturação e o início do atendimento, a equipe de saúde desenvolveu diversas atividades educacionais com os novos trabalhadores acompanhantes de idosos.

Foram utilizados os mesmos recursos, textos, material audiovisual, mas com maior participação dos acompanhantes. Eles, a princípio, foram orientados sobre o trabalho, a construção do plano de cuidados para cada idoso assistido, a análise e a avaliação constante dos resultados para construção de novo plano.

Nas primeiras discussões sobre esse cuidado, surgiram várias dúvidas relacionadas a saúde, uso correto de medicação, direitos, violência, ausência familiar e outros assuntos. Pensando em uma maior participação dos acompanhantes, foi iniciado um processo educativo em que os próprios acompanhantes buscassem respostas às indagações, através de pesquisa de determinado assunto que seria tema de discussão no dia posterior. Nessa atividade exploratória, a equipe de saúde sentiu uma maior participação dos acompanhantes, pois estavam na busca de conhecimentos que embasassem o trabalho que nem tinham iniciado.

Com o início das atividades, o programa também passou a atender e foi instalado na UBS Jardim Vera Cruz, na Vila Pompéia, unidade básica tradicional da SMS apenas com funcionários públicos. Passamos, então, a atender dois territórios

onde o sistema de atenção era distinto. Convivíamos com uma UBS cujo atendimento era apenas no local e com a ESF na Vila Madalena, com atuação no território, gerenciada por entidade parceira da SMS, mas diferente da responsável pelo PAI.

O processo educativo continuou a ser feito da mesma maneira, nas reuniões semanais, com a participação dos acompanhantes na elaboração, na condução das situações e na intervenção da equipe de saúde, a fim de garantir a correta compreensão da temática abordada.

Foi possível também, no período em que permaneci na equipe, o desenvolvimento dos acompanhantes, no sentido de realizar pequenos processos avaliativos. Eles tiveram acesso e compreensão de alguns instrumentais de avaliação por meio do processo educativo e das situações discutidas nas reuniões. Ressalto que, semestralmente, os acompanhantes realizavam em todos os seus assistidos, munidos de pequeno instrumental, o levantamento de algumas situações como perda auditiva, de visão, memória, equilíbrio e marcha, sendo que esses levantamentos se transformaram em trabalho, *banner* apresentado em congresso sobre envelhecimento.

Para conhecimento, no teste do sussurro, o avaliador ficava fora do campo visual do idoso, a uma distância de aproximadamente 33 centímetros e “sussurrava”, em cada ouvido, uma questão breve e simples como “qual o seu nome?”. Caso o idoso não respondesse, era necessário examinar seu conduto auditivo, para afastar a possibilidade de cerume ser a causa da diminuição da acuidade auditiva. Se esse não fosse o caso, ele deveria ser encaminhado para audiometria e avaliação de médico otorrinolaringologista.

Na avaliação da acuidade visual, era perguntado se o idoso sentia dificuldade para ler, assistir televisão, dirigir ou executar qualquer outra atividade da vida cotidiana. Aqueles que respondiam afirmativamente eram avaliados com o uso do Cartão de Jaeger ou Snellen, aquele com números, letras ou símbolos de vários tamanhos, para leitura e, depois dessa análise, se necessário, era encaminhado ao oftalmologista.

Para a memória, era utilizado o exame minimental, que é um teste neuropsicológico para avaliação da função cognitiva. Trata-se de um instrumento de rastreio que avalia vários domínios (orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho), mas o faz de maneira superficial, sendo necessária uma avaliação

mais detalhada das funções que apresentarem indícios de problema.

Em relação ao equilíbrio e à marcha, é realizado o protocolo de Mary Tinetti (1986), adaptado para o Brasil em 2003. É um teste capaz de avaliar as condições vestibulares e da marcha do idoso. No teste de equilíbrio, o idoso é colocado em uma cadeira sem braços, e são dados alguns comandos para analisar se ele mantém o equilíbrio quando sentado, ao se levantar, se precisa de ajuda e seu equilíbrio quando fica em pé.

Na marcha, foram analisados o tempo gasto no percurso, primeiro com passo normal, depois voltando com passos rápidos, mas com segurança, sempre usando o suporte habitual (bengala, andador). Na caminhada, são analisados fatores como distância e altura dos passos, direção e velocidade.

Em todo o processo educativo, baseado em instrumentais avaliativos reconhecidos internacionalmente, os acompanhantes passaram a subsidiar a equipe de saúde sobre as alterações que aconteciam com os idosos assistidos, possibilitando intervenções rápidas e pontuais em pequenos problemas que poderiam evoluir, muitas vezes, de forma inadequada.

Para melhor elucidação do processo, a seguir, aprensentam-se excertos de relatos levantados em entrevistas, para levantar as impressões dos profissionais que participaram e ainda participam do programa.

Quando perguntados sobre o que foi mais significativo durante o processo de aprendizagem dos profissionais que atuavam com os idosos, quais conhecimentos adquiriram, as respostas foram as seguintes:

- Entrevistado 1: “Conhecer algumas doenças, a fragilidade e vulnerabilidade, a exclusão social. Aprendi formas de tratamento, como trabalhar com idoso, para que serve determinados medicamentos.”
- Entrevistado 2: “O mais importante durante todos esses anos é perceber que as pessoas são únicas, a única coisa que eles têm em comum é que são ‘idosos’, porém cada um com sua personalidade, suas histórias, suas manias, e a incrível capacidade que o ser humano tem de se adaptar às mudanças que o tempo impõe.”
- Entrevistado 3: “Sobre sarcopenia, como envelhecer com saúde, direitos das pessoas idosas, estatuto do idoso, demências, Alzheimer, Parkinson, polifarmácia e que as vezes os pacientes podem apresentar algum quadro de demência, mas na realidade é alguma infecção. Além disso aprendi a ter

mais admiração e respeito pois cada ser humano carrega uma história de vida.”

- Entrevistado 4: “Aprendi que envelhecer não é o fim. Pode-se buscar novas oportunidades e partilhar conhecimentos.”
- Entrevistado 5: “Valorizar o idoso saber que ali existe vida que o idoso precisa ser acolhido e que ele consegue ir muito mais adiante que pensamos.”
- Entrevistado 6: “A importância de a família estar unida sempre, porque na velhice e a ela que iremos pedir socorro. O amor da família sempre!”

Já quando questionados sobre que transformações pessoais ocorreram com essa atividade e se ela trouxe mudanças, os profissionais responderam:

- Entrevistado 1: “Nunca pensei na velhice, com os conhecimentos obtidos hoje aprendi a me alimentar melhor, fazer alguma atividade física, ter um outro olhar para a pessoa idosa. Foi muito enriquecedor todas as informações, estudo e aprendizado que tive.”
- Entrevistado 2: “Pessoalmente me transformou em uma pessoa melhor, com um olhar diferenciado, me ensinou muito a respeito da empatia com todos não apenas com os pacientes idosos.”
- Entrevistado 3: “Sim, mudei meu modo de interagir com as pessoas, aprendi a não julgar pois em cada caso há uma história a ser desvendada além de tudo a ter mais respeito pelo ser humano a tratá-los como gostaria de ser tratada.”
- Entrevistado 4: “Exercendo essa atividade, passei a me preocupar com a qualidade alimentar, com minha saúde e das pessoas com as quais convivo.”
- Entrevistado 5: “Valorizar a vida, aprendi a me cuidar mais, respeitando o meu corpo, ter uma vida saudável, assim como queremos superbem o idoso.”
- Entrevistado 6: “A aceitação de que a morte faz parte do ciclo da vida. Já não tenho medo de pensar na morte como um acontecimento natural.”

Diante dessas respostas, é possível perceber as mudanças pessoais nos envolvidos no processo, respondendo o problema levantado inicialmente neste

trabalho. Além disso, percebe-se que a qualificação da equipe de trabalho pode ter sido um diferencial para a realização de um serviço adequado, voltado a pessoas que necessitam de proteção social, com o objetivo da busca de melhoria de cuidados, fortalecimento de vínculos, autonomia e inclusão social, por meio de escuta, acolhida, orientação e informação adequadas.

6. Análises e considerações finais

Na comparação dos dois momentos, tenho que deixar claro que, além das equipes serem diferentes, a região e a população dos dois locais eram distintas, sendo que isso interferiu na forma como os idosos se comportavam e se incorporavam dentro da saúde pública e das atividades que foram propostas durante os dois períodos. Ressalto que, no bairro do Pari, as pessoas idosas acompanhadas tinham baixa renda, com adesão maior aos eventos grupais, independentemente de serem educativos ou recreativos, haja vista o trabalho realizado com as oficinas de geração de renda. Já na Vila Madalena e Pompéia, os acompanhados possuíam poder aquisitivo um pouco melhor, e acredito que, em função disso, a participação em atividades grupais aconteceu apenas em eventos como festa junina, festa de final de ano, ida ao cinema ou museus.

Em relação ao trabalho desenvolvido nos períodos, a educação não formal foi utilizada na tentativa de alinhar e difundir o conhecimento em relação ao envelhecimento e aos cuidados para com pessoas idosas. De certo, há como perceber que a forma de obtenção do que foi transmitido depende do ouvinte, do participante do ato, assim como ele teve sua história de vida pregressa.

Foi possível notar que as estratégias utilizadas nos campos da educação não formal, da educação permanente e da educação continuada, como, por exemplo, palestras, aulas expositivas, discussões, rodas de conversa, apresentação de vídeos e material impresso, serviram de estímulo para a construção do conhecimento, que foi absorvido de acordo com a percepção de cada um dos participantes.

É certo que cada um deles teve seu limiar de atenção e compreensão, e assimilou aquilo que lhe interessou ou se apoderou de algo que fazia sentido para ele nos momentos vivenciados.

A construção do conhecimento está intimamente ligada aos nossos desejos e às nossas vontades, sendo que o dia a dia é o fator que nos traz vivência sobre os fatos e nos apresenta aspectos importantes para a construção do nosso trabalho.

Em relação ao problema de pesquisa sobre os processos educativos vivenciados pelos profissionais, eles trouxeram reflexões em relação à questão do envelhecimento, à consciência sobre o seu próprio envelhecimento e à repercussão dele em sua vida pessoal e profissional.

Durante o desenvolvimento das atividades, a ideia sempre foi proporcionar aos

executores do trabalho conhecimento para desempenhar a atividade, mas refletindo sobre o trabalho e o que foi abordado durante os processos. Ficou evidente que houve uma mudança significativa de comportamento e atitude em relação ao processo de envelhecimento, seu papel na sociedade e na própria pessoa.

Somos movidos por pensamentos e sentimentos que modificam de acordo com as nossas vontades e desejos. Diante disse fato, a partir da reflexão sobre nós mesmos, o que somos e para onde vamos, passamos a enxergar melhor o outro e como ele também faz parte disso, parte de algo maior, com defeitos, virtudes e história de vida, estando propenso a erros e acertos. Assim, o trabalho com o idoso busca a melhoria das situações e, consequentemente, da qualidade de vida das pessoas que atendemos e que nos cercam.

A saúde coletiva carece de maiores ações, ditas humanísticas. Passamos do mundo globalizado, tecnológico, para a falta de contato e tratamento adequado à necessidade do outro. Precisamos olhar a necessidade e tentar tratá-la de forma acolhedora, com respeito e atenção pontual sobre as situações.

Cada participante percebeu, da sua maneira, aquilo que foi passado, mas o importante é que fazia sentido o que era vivenciado, pois foi útil para a realização da atividade e, principalmente, para vida pessoal e convívio com familiares. Uma nova forma de enxergar algo que todos irão passar um dia, pois envelhecer é inerente à pessoa humana, e cada sujeito vivenciará essa fase de forma individual, com sua história de vida, sua saúde, suas angústias, seus desejos e suas aspirações singulares.

Com isso, entende-se que o treinamento profissional desenvolvido, além da aquisição sistemática de conhecimentos, pode ter sido capaz de provocar uma mudança na maneira de ser e de pensar do indivíduo, por meio da internalização de novas ideias, valores, normas e da aprendizagem de novas habilidades e outros comportamentos funcionais.

Por fim, foi possível compreender que as mudanças ocorreram, e ainda ocorrem, o que permite vislumbrar o desenvolvimento futuro de novas propostas, como essa, como grande oportunidade e possibilidade de aprofundamento maior na temática que envolve o envelhecimento, com ampliação das intervenções e da investigação até aqui realizadas.

Referências

ALMEIDA, V. L. V.; GONÇALVES, M. P.; LIMA, T. G. **Direitos Humanos e Pessoa Idosa**: publicação de apoio ao Curso de Capacitação para a Cidadania: Atenção e Garantia dos Direitos da Pessoa Idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde (capítulo 1 do livro: Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do SUS). FIOCRUZ e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. Organizadores: Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes.

BEAUVOIR, S. **A Velhice**. Tradução de Maria Helena Franco Ribeiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. M (Org.). **Políticas Públicas para um País queEnvelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.

BRAGA, P. M. V. **Direitos do Idoso**. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

BRASIL. Cartilha Estatuto do Idoso. 5ª ed. **Lei Federal nº 10.741**, de 01 de outubro de 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes Acesso em: 04 abr. 2018.

_____. Cuidar Melhor e Evitar a Violência, Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Brasília, 2008.

_____. **Constituição.** Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: 2014. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatísticos/DadossobreoenvelhecimentonoBrasil.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2018.

_____. **Lei Orgânica da Assistência Social** (LOAS). Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742compilado.htm>. Acesso em: 03 abr. 2018.

_____. **Política Nacional do Idoso**. Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. Disponível <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-socialsnas/cadernos/politica-nacional-do-Idoso/Politica%20Nacional%20do%20Idoso.pdf/>. Acesso: 18 mar. 2018.

CALDAS, C. P. et al. Conversando com idosos: o cuidar/pesquisar dialógico e sociopoético. **Rev. Enf. UERJ**, 2003, v.11, p.308-316.

CASTEL, R. As transformações da Questão Social. In W. Belfiori et al. (Org.). **Desigualdade e questão social**. São Paulo: EDUC, 1997.

CIELO, P. F. L. D.; VAZ, E. R. C. A Legislação Brasileira e o Idoso. Artigo publicado na **Revista CEPPG**, 2009, nº 21, p. 33-46. Disponível em: <http://www.portalcatalao.com/painel_clientes/cesuc/painel/arquivos/upload/temp/d69c5c83201f5bfe256b30a1bd46cec4.pdf>.

Acesso em: 12 abr. 2018.

CORREA, Carlos Roberto Silveira; RANGEL, Humberto de Araújo; SPERANDIO, Ana Maria Girotti. Evolução das políticas públicas de saúde no Brasil. (capítulo 4 do livro: Campinas no rumo das comunidades saudáveis). IPES Editorial, 2004. Organizadores: José Pedro Soares Martins e Humberto de Araújo Rangel.

FERNANDES, M. G. M.; SANTOS, S. R. **Política Pública e Direitos do Idoso**: Desafios da Agenda Social do Brasil Contemporâneo. 2008. Disponível em: <http://www.achegas.net/numero/34/idoso_34.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2018.

FRAIMAN, A. P. **Coisas da Idade**. 4ª edição. São Paulo: Gente, 1995.

FREIRE, P. **Política e Educação**. [Organização Ana Maria de Araújo Freire]. 3ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.

GADOTTI, Moacir – A Questão da Educação Formal/Não Formal. Sion (Suiça) 2005.

GADOTTI, Moacir - Boniteza de um sonho: ensinar-e-aprender com sentido. São Paulo: Ed. E Livraria Instituto Paulo Freire, 2011.

GARCIA, Valéria Aroeira. A educação não – formal como acontecimento. Campinas, SP: [s.n.]. 2009.

GIACOMIN, K. C. Envelhecimento populacional e os desafios para as políticas públicas. In: M. V. Berzins, M. C. M. Borges (Org.). **Políticas Públicas para um País queEnvelhece**. São Paulo: Martinari, 2012. p. 19-44.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5ª edição, São Paulo: Editora Atlas, 2010.

GIOVANNI, G. D. **Políticas Públicas e Política Social**. Instituto de Economia da Universidade de Campinas – Unicamp, 2008. Disponível em <http://geradigiovanni.blogspot.com/2008/08/polticas-pblicas-epoltica-social.html>. Acesso em: 10 abr. 2018.

GOHN, Maria da Glória. Educação não-formal e cultura política: impactos sobre o associativismo do terceiro setor. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2001. 120p. (Coleção da Nossa época; v.71).

GOLDFARB, D. C. **Corpo, tempo e envelhecimento** (dissertação de mestrado). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP). Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/corpo.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2018.

GOLDMAN, S. N.; PAZ, S. F.; PORTELA, A. **Envelhecer com Cidadania**: quem sabe um dia? Rio de Janeiro: CBCISS: ANG/Seção, 2000.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. Oliveira. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, D. (Org.). Representando o

Estado Novo. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1999.

IRIGARY, T. Q.; Schneider, R. H. **O envelhecimento na atualidade**: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2018.

IBGE. **Censo 2010**. População idosa no Brasil. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 25 mar. 2018.

KALACHE, A. Envelhecimento no contexto internacional, a perspectiva da Organização Mundial de Saúde. In **Anais do 1º Seminário Internacional**: Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretária da Assistência Social, 1996.

KALOUSTIAN, S. (Org.). **Família brasileira:** a base de tudo. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

KARSCH, U. M. S. (Org.). **Envelhecimento com dependência**: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC, 1998.

KAUFMAN, F. G. (Org.). **Novo Velho**: Envelhecimento, olhares e perspectiva. Ed. Casa do Psicólogo, 2012.

LIBÂNEO, J. C. **Pedagogia e pedagogos**, para quê? 12. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

LOBATO, A. T. G. Serviço social e envelhecimento: perspectivas de trabalho do assistente social na área da saúde. In: M. I. S. Bravo et al. (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

LOPES, R. G. da C. Saúde na Velhice, As interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento. **Educ. FAPESP**, São Paulo, 1999.

LOUVISON, M. C. P.; ROSA, T. E. C. In: M. V. BERZINS; M. C. M. BORGES (Org.). **Políticas Públicas para um País queEnvelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.

MAGALHÃES, D. N. **A invenção social da velhice**. Rio de Janeiro, 1989.

MARTINEZ, W. N. Comentários ao Estatuto do Idoso. 2. ed. São Paulo: LTr, 2005.

MASC, S. **Na China e no Japão**, a velhice é sinônimo de sabedoria e respeito. Disponível em: <http://longevidade-silvia.blogspot.com.br/2010/11/carta-do-papa-joaopaulo-II-aos-anciaos.html>. Acesso: 02 abr. 2018.

MERCADANTE, E. Velhice: a identidade estigmatizada. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Editora Cortez, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MILLER, A. F. Os conselhos de direitos e a construção de uma política voltada aos idosos. (dissertação de mestrado). Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001. Disponível em:

<repositorio.pucrs.br/dspace/.../1/000422454Texto%2BCompleto-0.pdf>. Acesso: 29 mar. 2015.

NERI, A. L. As Políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa no Estatuto do Idoso. **A terceira Idade**, São Paulo, 2005, v. 16, n. 34.

NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, 1993. (Coleção Viva Idade).

NERI, A. L. **Idosos no Brasil**: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. Edição SESC, 2007.

OLIVEIRA, AGRC; SOUZA, ECF. A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial. In: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Departamento de Odontologia. Odontologia preventiva e social: textos selecionados. Natal: EDUFRN; 1997. P. 114-125.

PEIXOTO, C. Histórias de Mulher, de Desenvolvimento e Sexualidade. In G. Guita Delbert, & M. Goldstein (Orgs.). **Políticas do Corpo e o Curso da Vida**. São Paulo: Ed. Sumaré, 2000.

PEREIRA, P. A. Panorama do processo de regulamentação e operacionalização dos benefícios eventuais regidos pelas Loas. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate, Brasília, n.12, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO (PMSP). Secretaria Municipal de Saúde. DocumentonorteadordoProgramaAcompanhantedeIdosos.Disponívelem: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOCUMENTONORTEADORPAIFINAL02012017.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

RIEMANN, F. **A arte de envelhecer**. São Paulo: Veredas, 1990.

RULLI NETO, A. **Proteção legal do idoso no Brasil**: universalização da cidadania. São Paulo: Fiuza, 2003.

SANTOS, M. O espaço do cidadão. 7ª ed., 2ª reimpressão. São Paulo: Edusp, 2014.

SANTOS, P. A. **Metodologia da pesquisa social**: da proposição de um problema à redação e apresentação do relatório. São Paulo: Atlas, 2015.

SARMIENTO, S., Lima, J. B. **A terceira idade na Pastoral da Criança**: de bem com a vida. 2ª ed. Curitiba: Pastoral da Criança, 2ª ed. 2000.

SARTI, C. A. A velhice na família atual. **Acta Paul. Enf. São Paulo**, 2001, v.14, n.2, p.91-96.

SILVA, M. C. **Políticas sociais para a terceira idade no Brasil contemporâneo**. Disponível em: <http://www.portaldovoluntario.org.br/site/ pagina.php?idconteudo=778>. Acesso em: 27 mar. 2018.

SOUSA, A. M. V. **Tutela jurídica do idoso**: a assistência e a convivência familiar. São Paulo: Alínea, 2004.

SOUZA, D. **Serviço Social na Terceira Idade**: Uma Práxis Profissional. Belém: Editora UFPA, 2003.

SZYMANSKI, H. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios em um mundo de mudança. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 71, ano XXIII. São Paulo: Cortez, 2002.

TEIXEIRA, F. O idoso e a família: os dois lados da mesma moeda. In: **Revista Partes**, ano I, nº 8. São Paulo, 2000.

TEIXEIRA L.A., PIMENTA T.S., HOCHMAN G. – História da Saúde no Brasil – Hucitec Editora – Rio de Janeiro - 2018

TRILLA, J. Educação Formal e não-formal: pontos e contrapontos. In J. Trilla, E. Ghanem, V. A. Arantes. (Org.). São Paulo: Summus, 2008

VERAS, R. P. A longevidade da população: desafios e conquistas. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n.75, São Paulo, Cortez, 2003.

Apêndice A – Questionários

Pesquisa

Educação Não Formal: Experiência Profissional na Atuação com Envelhecimento em Programa de Saúde Pública

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO *

Concordo em participar, como voluntário/a, da pesquisa intitulada Educação Não Formal: Experiência Profissional na Atuação com Envelhecimento em Programa de Saúde Pública, que tem como pesquisador responsável Silvio Ribeiro, aluno de mestrado do Programa Mudança Social e Participação Política da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, orientado pela Prof. Dra. Juliana Pedreschi Rodrigues, os quais podem ser contatados pelo email silvio.ribeiro@usp.br ou telefone (11) 991200553. O presente trabalho tem por objetivo: Apresentar a experiência do trabalho educativo desenvolvido aos acompanhantes, por meio de ações, práticas que se deram no campo de educação não formal. Minha participação consistirá em responder questões através deste formulário online. Compreendo que esse estudo possui finalidade de pesquisa, não me oferece risco e que os dados obtidos serão divulgados seguindo as diretrizes éticas da pesquisa, assegurando, assim, que meus dados e identificação serão sigilosos. Sei que posso retirar meu consentimento quando eu quiser, e que não receberei nenhum pagamento por essa participação.

- [x] Aceito participar
- [ ] Não aceito participar

Qual o seu nome completo? *

[redacted]

Qual o tempo de atuação no programa? *

6 anos

Qual era seu contato com pessoas idosas antes de ingressar no programa? *

Descreva se você tinha contato pessoal ou profissional com pessoa idosa antes de entrar no programa.

Só com familiares

O que você aprendeu - o que foi mais significativo durante o processo de aprendizagem - quais conhecimentos adquiriu? *

Descreva o que foi mais significativo no processo de aprendizado que foi feito para realização da atividade.

Conhecer algumas doenças, a fragilidade e vulnerabilidade, a exclusão social. Aprendi formas de tratamento, como trabalhar com idoso, para que serve determinados medicamentos

Que transformações pessoais ocorreram com esta atividade - trouxe que mudanças? *

Descreva as transformações e mudanças pessoais que você percebe ter sofrido exercendo esta atividade.

Nunca pensei na velhice, com os conhecimentos obtidos hj aprendi a me alimentar melhor, fazer alguma atividade física, ter um oito olhar para a pessoa idosa. Foi muito enriquecedor todas as informações, estudo e aprendizado q tive

Este formulário foi criado em Universidade de São Paulo.

Google Formulários

Pesquisa

Educação Não Formal: Experiência Profissional na Atuação com Envelhecimento em Programa de Saúde Pública

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO *

Concordo em participar, como voluntário/a, da pesquisa intitulada Educação Não Formal: Experiência Profissional na Atuação com Envelhecimento em Programa de Saúde Pública, que tem como pesquisador responsável Silvio Ribeiro, aluno de mestrado do Programa Mudança Social e Participação Política da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, orientado pela Prof. Dra. Juliana Pedreschi Rodrigues, os quais podem ser contatados pelo email silvio.ribeiro@usp.br ou telefone (11) 991200553. O presente trabalho tem por objetivo: Apresentar a experiência do trabalho educativo desenvolvido aos acompanhantes, por meio de ações, práticas que se deram no campo de educação não formal. Minha participação consistirá em responder questões através deste formulário online. Compreendo que esse estudo possui finalidade de pesquisa, não me oferece risco e que os dados obtidos serão divulgados seguindo as diretrizes éticas da pesquisa, assegurando, assim, que meus dados e identificação serão sigilosos. Sei que posso retirar meu consentimento quando eu quiser, e que não receberei nenhum pagamento por essa participação.

- [x] Aceito participar
- [ ] Não aceito participar

Qual o seu nome completo? *

[redacted]

Qual o tempo de atuação no programa? *

8 anos

Qual era seu contato com pessoas idosas antes de ingressar no programa? *

Descreva se você tinha contato pessoal ou profissional com pessoa idosa antes de entrar no programa.

Sim familiares.

O que você aprendeu - o que foi mais significativo durante o processo de aprendizagem - quais conhecimentos adquiriu? *

Descreva o que foi mais significativo no processo de aprendizado que foi feito para realização da atividade.

O mais importante durante todos esses anos é perceber que as pessoas são únicas, a única coisa que eles tem em comum é que são "idosos" porém cada um com sua personalidade, suas histórias, suas manias, e a incrível capacidade que o ser humano tem de se adaptar às mudanças que o tempo impõe.

Que transformações pessoais ocorreram com esta atividade - trouxe que mudanças? *

Descreva as transformações e mudanças pessoais que você percebe ter sofrido exercendo esta atividade.

Pessoalmente me transformou em uma pessoas melhor, com um olhar diferenciado, me ensinou muito a respeito da empatia com todos não apenas com os pacientes idosos.

Este formulário foi criado em Universidade de São Paulo.

Google Formulários

Pesquisa

Educação Não Formal: Experiência Profissional na Atuação com Envelhecimento em Programa de Saúde Pública

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO *

Concordo em participar, como voluntário/a, da pesquisa intitulada Educação Não Formal: Experiência Profissional na Atuação com Envelhecimento em Programa de Saúde Pública, que tem como pesquisador responsável Silvio Ribeiro, aluno de mestrado do Programa Mudança Social e Participação Política da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, orientado pela Prof. Dra. Juliana Pedreschi Rodrigues, os quais podem ser contatados pelo email silvio.ribeiro@usp.br ou telefone (11) 991200553. O presente trabalho tem por objetivo: Apresentar a experiência do trabalho educativo desenvolvido aos acompanhantes, por meio de ações, práticas que se deram no campo de educação não formal. Minha participação consistirá em responder questões através deste formulário online. Compreendo que esse estudo possui finalidade de pesquisa, não me oferece risco e que os dados obtidos serão divulgados seguindo as diretrizes éticas da pesquisa, assegurando, assim, que meus dados e identificação serão sigilosos. Sei que posso retirar meu consentimento quando eu quiser, e que não receberei nenhum pagamento por essa participação.

- [x] Aceito participar
- [ ] Não aceito participar

Qual o seu nome completo? *

[redacted]

Qual o tempo de atuação no programa? *

10 anos e 5 meses

Qual era seu contato com pessoas idosas antes de ingressar no programa? *

Descreva se você tinha contato pessoal ou profissional com pessoa idosa antes de entrar no programa.

Trabalhei como cuidadora da mãe do fofão humorista

O que você aprendeu - o que foi mais significativo durante o processo de aprendizagem - quais conhecimentos adquiriu? *

Descreva o que foi mais significativo no processo de aprendizado que foi feito para realização da atividade.

Sobre Sarcopenia, como envelhecer com saúde, direitos das pessoas idosas, estatuto do idoso, demências, Alzheimer, Parkinson, polifarmarcia e que as vezes os pacientes podem apresentar algum quadro de demência mas na realidade é alguma infecção. Alem disso aprendi a ter mais admiração e respeito pois cada ser humano carrega uma história de vida.

Que transformações pessoais ocorreram com esta atividade - trouxe que mudanças? *

Descreva as transformações e mudanças pessoais que você percebe ter sofrido exercendo esta atividade.

Sim, mudei meu modo de interagir com as pessoas, aprendi a não julgar pois em cada caso há uma história a ser desvendada além de tudo a ter mais respeito pelo ser humano a tratá-los como gostaria de ser tratada.

Este formulário foi criado em Universidade de São Paulo.

Google Formulários

Pesquisa

Educação Não Formal: Experiência Profissional na Atuação com Envelhecimento em Programa de Saúde Pública

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO *

Concordo em participar, como voluntário/a, da pesquisa intitulada Educação Não Formal: Experiência Profissional na Atuação com Envelhecimento em Programa de Saúde Pública, que tem como pesquisador responsável Silvio Ribeiro, aluno de mestrado do Programa Mudança Social e Participação Política da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, orientado pela Prof. Dra. Juliana Pedreschi Rodrigues, os quais podem ser contatados pelo email silvio.ribeiro@usp.br ou telefone (11) 991200553. O presente trabalho tem por objetivo: Apresentar a experiência do trabalho educativo desenvolvido aos acompanhantes, por meio de ações, práticas que se deram no campo de educação não formal. Minha participação consistirá em responder questões através deste formulário online. Compreendo que esse estudo possui finalidade de pesquisa, não me oferece risco e que os dados obtidos serão divulgados seguindo as diretrizes éticas da pesquisa, assegurando, assim, que meus dados e identificação serão sigilosos. Sei que posso retirar meu consentimento quando eu quiser, e que não receberei nenhum pagamento por essa participação.

- [x] Aceito participar
- [ ] Não aceito participar

Qual o seu nome completo? *

[redacted]

Qual o tempo de atuação no programa? *

Desde 22 09 2008

Qual era seu contato com pessoas idosas antes de ingressar no programa? *

Descreva se você tinha contato pessoal ou profissional com pessoa idosa antes de entrar no programa.

Pouco, apenas alguns familiares.

O que você aprendeu - o que foi mais significativo durante o processo de aprendizagem - quais conhecimentos adquiriu? *

Descreva o que foi mais significativo no processo de aprendizado que foi feito para realização da atividade.

A ouvir mais e sentir na pele a dificuldade da pessoa, o abandono etc...

Que transformações pessoais ocorreram com esta atividade - trouxe que mudanças? *

Descreva as transformações e mudanças pessoais que você percebe ter sofrido exercendo esta atividade.

A ser mais humana ,agora penso eu amanhã.

Este formulário foi criado em Universidade de São Paulo.

Google Formulários

Pesquisa

Educação Não Formal: Experiência Profissional na Atuação com Envelhecimento em Programa de Saúde Pública

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO *

Concordo em participar, como voluntário/a, da pesquisa intitulada Educação Não Formal: Experiência Profissional na Atuação com Envelhecimento em Programa de Saúde Pública, que tem como pesquisador responsável Silvio Ribeiro, aluno de mestrado do Programa Mudança Social e Participação Política da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, orientado pela Prof. Dra. Juliana Pedreschi Rodrigues, os quais podem ser contatados pelo email silvio.ribeiro@usp.br ou telefone (11) 991200553. O presente trabalho tem por objetivo: Apresentar a experiência do trabalho educativo desenvolvido aos acompanhantes, por meio de ações, práticas que se deram no campo de educação não formal. Minha participação consistirá em responder questões através deste formulário online. Compreendo que esse estudo possui finalidade de pesquisa, não me oferece risco e que os dados obtidos serão divulgados seguindo as diretrizes éticas da pesquisa, assegurando, assim, que meus dados e identificação serão sigilosos. Sei que posso retirar meu consentimento quando eu quiser, e que não receberei nenhum pagamento por essa participação.

- [x] Aceito participar
- [ ] Não aceito participar

Qual o seu nome completo? *

[redacted]

Qual o tempo de atuação no programa? *

12 meses

Qual era seu contato com pessoas idosas antes de ingressar no programa? *

Descreva se você tinha contato pessoal ou profissional com pessoa idosa antes de entrar no programa.

Eu tive contato com pessoas idosas já algum tempo. Sou Técnica de Enfermagem e cuidadora.

O que você aprendeu - o que foi mais significativo durante o processo de aprendizagem - quais conhecimentos adquiriu? *

Descreva o que foi mais significativo no processo de aprendizado que foi feito para realização da atividade.

Que os idosos necessitam de confiança no cuidador e temos que passar isso, sendo que é muito gratificante.

Que transformações pessoais ocorreram com esta atividade - trouxe que mudanças? *

Descreva as transformações e mudanças pessoais que você percebe ter sofrido exercendo esta atividade.

Eu adquirir conhecimentos, experiência na área pois o ato de cuidar tem que ter amor acima de tudo.

Este formulário foi criado em Universidade de São Paulo.

Google Formulários

Pesquisa

Educação Não Formal: Experiência Profissional na Atuação com Envelhecimento em Programa de Saúde Pública

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO *

Concordo em participar, como voluntário/a, da pesquisa intitulada Educação Não Formal: Experiência Profissional na Atuação com Envelhecimento em Programa de Saúde Pública, que tem como pesquisador responsável Silvio Ribeiro, aluno de mestrado do Programa Mudança Social e Participação Política da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, orientado pela Prof. Dra. Juliana Pedreschi Rodrigues, os quais podem ser contatados pelo email silvio.ribeiro@usp.br ou telefone (11) 991200553. O presente trabalho tem por objetivo: Apresentar a experiência do trabalho educativo desenvolvido aos acompanhantes, por meio de ações, práticas que se deram no campo de educação não formal. Minha participação consistirá em responder questões através deste formulário online. Compreendo que esse estudo possui finalidade de pesquisa, não me oferece risco e que os dados obtidos serão divulgados seguindo as diretrizes éticas da pesquisa, assegurando, assim, que meus dados e identificação serão sigilosos. Sei que posso retirar meu consentimento quando eu quiser, e que não receberei nenhum pagamento por essa participação.

- [x] Aceito participar
- [ ] Não aceito participar

Qual o seu nome completo? *

[redacted]

Qual o tempo de atuação no programa? *

Nove anos.

Qual era seu contato com pessoas idosas antes de ingressar no programa? *

Descreva se você tinha contato pessoal ou profissional com pessoa idosa antes de entrar no programa.

Contato pessoal. Na família.

O que você aprendeu - o que foi mais significativo durante o processo de aprendizagem - quais conhecimentos adquiriu? *

Descreva o que foi mais significativo no processo de aprendizado que foi feito para realização da atividade.

Aprendi que envelhecer não é o fim. Pode-se buscar novas oportunidades e partilhar conhecimentos.

Que transformações pessoais ocorreram com esta atividade - trouxe que mudanças? *

Descreva as transformações e mudanças pessoais que você percebe ter sofrido exercendo esta atividade.

Exercendo essa atividade, passei a me preocupar com a qualidade alimentar, com minha saúde e das pessoas com as quais convivo.

Este formulário foi criado em Universidade de São Paulo.

Google Formulários

Pesquisa

Educação Não Formal: Experiência Profissional na Atuação com Envelhecimento em Programa de Saúde Pública

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO *

Concordo em participar, como voluntário/a, da pesquisa intitulada Educação Não Formal: Experiência Profissional na Atuação com Envelhecimento em Programa de Saúde Pública, que tem como pesquisador responsável Silvio Ribeiro, aluno de mestrado do Programa Mudança Social e Participação Política da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, orientado pela Prof. Dra. Juliana Pedreschi Rodrigues, os quais podem ser contatados pelo email silvio.ribeiro@usp.br ou telefone (11) 991200553. O presente trabalho tem por objetivo: Apresentar a experiência do trabalho educativo desenvolvido aos acompanhantes, por meio de ações, práticas que se deram no campo de educação não formal. Minha participação consistirá em responder questões através deste formulário online. Compreendo que esse estudo possui finalidade de pesquisa, não me oferece risco e que os dados obtidos serão divulgados seguindo as diretrizes éticas da pesquisa, assegurando, assim, que meus dados e identificação serão sigilosos. Sei que posso retirar meu consentimento quando eu quiser, e que não receberei nenhum pagamento por essa participação.

- [x] Aceito participar
- [ ] Não aceito participar

Qual o seu nome completo? *

[redacted]

Qual o tempo de atuação no programa? *

10 anos.

Qual era seu contato com pessoas idosas antes de ingressar no programa? *

Descreva se você tinha contato pessoal ou profissional com pessoa idosa antes de entrar no programa.

Era com familiares e acreditava que era simplesmente uma pessoa idosa que estava chegando ao fim da vida.

O que você aprendeu - o que foi mais significativo durante o processo de aprendizagem - quais conhecimentos adquiriu? *

Descreva o que foi mais significativo no processo de aprendizado que foi feito para realização da atividade.

Valorizar o idoso saber que ali existe vida que o idoso precisa ser acolhido e que ele consegue ir muito mais adiante do que pensamos.

Que transformações pessoais ocorreram com esta atividade - trouxe que mudanças? *

Descreva as transformações e mudanças pessoais que você percebe ter sofrido exercendo esta atividade.

Valorizar a vida, aprendi a me cuidar mais, respeitando o meu corpo, ter uma vida saudável assim como queremos super bem o idoso.

Este formulário foi criado em Universidade de São Paulo.

Google Formulários

Pesquisa

Educação Não Formal: Experiência Profissional na Atuação com Envelhecimento em Programa de Saúde Pública

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO *

Concordo em participar, como voluntário/a, da pesquisa intitulada Educação Não Formal: Experiência Profissional na Atuação com Envelhecimento em Programa de Saúde Pública, que tem como pesquisador responsável Silvio Ribeiro, aluno de mestrado do Programa Mudança Social e Participação Política da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, orientado pela Prof. Dra. Juliana Pedreschi Rodrigues, os quais podem ser contatados pelo email silvio.ribeiro@usp.br ou telefone (11) 991200553. O presente trabalho tem por objetivo: Apresentar a experiência do trabalho educativo desenvolvido aos acompanhantes, por meio de ações, práticas que se deram no campo de educação não formal. Minha participação consistirá em responder questões através deste formulário online. Compreendo que esse estudo possui finalidade de pesquisa, não me oferece risco e que os dados obtidos serão divulgados seguindo as diretrizes éticas da pesquisa, assegurando, assim, que meus dados e identificação serão sigilosos. Sei que posso retirar meu consentimento quando eu quiser, e que não receberei nenhum pagamento por essa participação.

- [x] Aceito participar
- [ ] Não aceito participar

Qual o seu nome completo? *

[redacted]

Qual o tempo de atuação no programa? *

Dez anos e seis meses.

Qual era seu contato com pessoas idosas antes de ingressar no programa? *

Descreva se você tinha contato pessoal ou profissional com pessoa idosa antes de entrar no programa.

Tinha contato pessoal, morando com minha avó, profissional não.

O que você aprendeu - o que foi mais significativo durante o processo de aprendizagem - quais conhecimentos adquiriu? *

Descreva o que foi mais significativo no processo de aprendizado que foi feito para realização da atividade.

A importância da família estar unida sempre, porque na velhice é a ela que iremos pedir socorro. O amor da família sempre!!

Que transformações pessoais ocorreram com esta atividade - trouxe que mudanças? *

Descreva as transformações e mudanças pessoais que você percebe ter sofrido exercendo esta atividade.

A aceitação de que a morte faz parte do ciclo da vida. Já não tenho medo de pensar na morte como uma acontecimento natural.

Este formulário foi criado em Universidade de São Paulo.

Google Formulários