

JOSÉ CELSO ROCHA MARTINS JÚNIOR

**GERONTOLOGIA SOCIAL NA VILA CARLOTA – CAMPO
GRANDE/MS DE 2003 A 2007 SOB A PERSPECTIVA DO
DESENVOLVIMENTO LOCAL**



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO LOCAL
MESTRADO ACADÊMICO
CAMPO GRANDE – MS
2013**

JOSÉ CELSO ROCHA MARTINS JÚNIOR

**GERONTOLOGIA SOCIAL NA VILA CARLOTA – CAMPO
GRANDE/MS DE 2003 A 2007 SOB A PERSPECTIVA DO
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local – Mestrado Acadêmico, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Local, sob a orientação da Profª Drª Arlinda Cantero Dorsa.



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO LOCAL
MESTRADO ACADÊMICO
CAMPO GRANDE – MS
2013**

Ficha catalográfica

Martins Júnior, José Celso Rocha

M386g Gerontologia social na Vila Carlota – Campo Grande/MS de 2003 a 2007 sob a perspectiva do desenvolvimento local/ José Celso Rocha Martins Júnior; orientação Arlinda Cantero Dorsa. 2013
71 f. + anexos

Dissertação (mestrado em desenvolvimento local) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2013.

1.Desenvolvimento local 2. Idosos – Aspectos sociais 3. Gerontologia
I.Dorsa, Arlinda Cantero II. Título

CDD – 305.26

FOLHA DE APROVAÇÃO

Título: Gerontologia social na Vila Carlota – Campo Grande/MS de 2003 a 2007
sob a perspectiva do desenvolvimento local

Área de Concentração: Desenvolvimento local em contexto de territorialidades.

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento Local: Cultura, Identidade, Diversidade.

Dissertação submetida à Comissão Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local – Mestrado Acadêmico da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Local.

Dissertação aprovada em: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Arlinda Cantero Dorsa - Orientadora
Universidade Católica Dom Bosco - UCDB

Prof. Dr. Josemar de Campos Maciel
Universidade Católica Dom Bosco - UCDB

Profª Drª Marney Pascoli Cereda
Universidade Católica Dom Bosco – UCDB

Dedico à minha Mãe pelo amor, que me ensinou a ter fé na vida, apoio, confiança e motivação incondicional, que sempre me impulsiona em direção às vitórias dos meus desafios.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado a dádiva da vida, força e saúde para conquistar mais uma etapa em minha vida.

As minhas irmãs, sobrinhos, cunhado e em especial a minha mãe Carminha, meus filhos Mariana e Guilherme que souberam compreender minha ausência, me apoiando em todos os momentos.

A minha orientadora, Prof^ª Dr^a Arlinda Cantero Dorsa, que com sua dedicação e muita propriedade, soube me compreender e apoiar durante toda a trajetória de meu estudo.

A minha Coordenadora Pedagógica da FCG/FACSUL e amiga Prof^ª Daniela Gil, pelo seu apoio irrestrito.

Aos meus grandes amigos Laender, Eliane, Johni, Elaíne e Edilene os quais, cada um de sua maneira, estiveram presentes nesta caminhada.

Enfim, agradeço àqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que meu objetivo fosse alcançado.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”. (Fernando Pessoa)

MARTINS JÚNIOR, José Celso Rocha. Gerontologia social na Vila Carlota – Campo Grande/MS de 2003 a 2007 sob a perspectiva do desenvolvimento local. Campo Grande, 2013. 82p. Dissertação (Mestrado) Universidade Católica Dom Bosco.

RESUMO

A pesquisa apresenta uma percepção dos idosos na Vila Carlota usando como base a gerontologia social na perspectiva do desenvolvimento local no município de Campo Grande – MS. Tem por objetivo aliar as ações fisioterápicas às atividades integradoras como forma de atingir melhor qualidade de vida em uma população de idosos. O norte do trabalho é como as ações fisioterápicas influenciaram um grupo de idosos pertencentes a uma comunidade? Tais ações potencializaram o seu desenvolvimento, melhorando a identidade desses idosos dentro do contexto da diversidade e refletindo uma maior ou menor qualidade de vida para essa parcela da população? Como hipótese, têm-se as ações fisioterápicas como meio de fomentar uma melhora em sua autoestima, o que resultou em modificações de sua autonomia e seu modo de viver a velhice, buscando deste modo, meios de integração social, cultural e econômica. Como metodologia, usou-se a pesquisa qualitativa com base na pesquisa-ação, ou seja, teoria e prática. O estudo teve como fonte de dados às fichas de avaliação preenchidas na anamnese e entrevista, em atividades fisioterápicas oferecidas aos idosos residentes na Vila Carlota. O programa atendia semanalmente 35 indivíduos com 60 anos ou mais, homens e mulheres, dos quais 77% são mulheres e 23% são homens. É possível que a adesão dos idosos ao programa direcionado à atenção de todos os níveis de assistência em saúde esteja relacionada à localização da Associação de Moradores da Vila Carlota, que é nas redondezas das suas residências, facilitando o deslocamento para as atividades, bem como possibilitando o convívio entre idosos com características semelhantes. Deste modo, a pesquisa foi organizada em três capítulos. No primeiro capítulo é abordado o idoso sob diferentes óticas, biológica, jurídica e social. No segundo capítulo são discutidos os conceitos de território/territorialidade, comunidade e desenvolvimento local. No terceiro capítulo é descrita a percepção do agente de desenvolvimento local em sua observação “*in loco*” sobre o que potencializou o desenvolvimento dos idosos da Vila Carlota. As ações fisioterápicas integradoras desenvolvidas após o diagnóstico cinésico funcional, possibilitaram que os idosos melhorassem suas limitações e incapacidades. Estas ações favoreceram para que estes conseguissem autonomia em suas atividades de vida diária. Neste contexto, a reflexão é constante para a progressão da pesquisa, sendo que o desenvolvimento local tem sua percepção a partir do sentimento de pertencimento a um grupo, neste caso, o sentimento de perceber que se podem ampliar os horizontes de um idoso realocando-o ao local, de modo que este seja inserido em ambiente sociocultural que os possibilite viver a velhice com qualidade, podendo repassar sua vivência aos mais jovens ao longo de sua jornada. As ações ainda necessitam de uma maior observação em outros níveis de pesquisa por não serem foco deste trabalho. De forma geral, a presente pesquisa conseguiu atingir seus objetivos, ao delinear que os idosos no exato momento em que são empoderados, conseguem caminhar para o desenvolvimento em todos os níveis, através da reflexão crítica do que ele representa na comunidade.

PALAVRAS CHAVE: Percepções, Idosos, Identidade, Comunidade, Desenvolvimento.

MARTINS JÚNIOR, José Celso Rocha. Gerontology social in the Vila Carlota - Campo Grande/MS 2003 to 2007 under the local development perspective. Campo Grande, 2013, 82 p. Paper (Master's) Dom Bosco Catholic University – UCDB.

ABSTRACT

The survey presents a perception of elderly people in the Vila Carlota using social gerontology from the perspective of local development in the city of Campo Grande - MS. It aims to combine the actions physiotherapy integrative activities as a way to achieve better quality of life in an elderly population. North of the work is how actions physiotherapy influenced a group of elderly people belonging to a community? Such actions potentiated its development, improving the identity of the elderly within the context of diversity and reflecting a greater or lesser quality of life for this portion of the population? As a hypothesis, it has been the actions physiotherapy as a means of promoting an improvement in their self-esteem, which resulted in modifications of their autonomy and their way of living to old age, seeking thereby the means of social, cultural and economic. The methodology used was qualitative research based on action research, theory and practice. The study is the data source evaluation forms filled in and anamnesis interview in physiotherapy activities offered to elderly residents in Vila Carlota. The weekly program served 35 individuals aged 60 years or more, men and women, of whom 77% are women and 23% men. It is possible that the accession of the elderly program directed to the attention of all levels of health care is related to the location of the Associação de Moradores da Vila Carlota, which is in the vicinity of their homes, facilitating the displacement for the activities, as well as enabling the interaction between older adults with similar characteristics. Thus, the research was divided into three chapters. The first chapter deals with the elderly under different optical, biological, social and legal. The second chapter discusses the concepts of territory / territoriality, community and local development. The third chapter describes the agent's perception of local development in his observation "in loco" about what enhanced the development of the elders Vila Carlota. The actions developed integrating physiotherapy after diagnosis cinésico functional, enabled the elderly improve their limitations and disabilities. These actions favored autonomy so that they succeeded in their daily activities. In this context, the reflection is constant for the progression of the research, and the development site has your perception from the feeling of belonging to a group, in this case, the feeling of realizing that you can enlarge the horizons of an elderly relocating it the place, so this is inserted in the sociocultural environment that enables them to live to old age with quality and can pass on their experience to younger throughout his journey. The actions still need further observation at other levels of research because they are not the focus of this work. Overall, this research has achieved its objectives, to delineate the elderly at the exact moment they are empowered, they can walk to development at all levels, through critical reflection of the community it represents.

KEYWORDS: Perceptions, Seniors, Identity, Community, Development.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AVE** – Acidente Vascular Encefálico;
- CF** – Constituição Federal;
- DCNTs** – Doenças Crônicas não Transmissíveis;
- DL** – Desenvolvimento Local;
- DNTs** – Doenças não Transmissíveis;
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
- FESCG** – Faculdade Estácio de Sá de Campo Grande;
- MS** – Mato Grosso do Sul;
- OMS** – Organização Mundial da Saúde;
- ONU** – Organização das Nações Unidas;
- RFFSA** – Rede Ferroviária Federal Sociedade Anônima;
- SESC** – Serviço Social do Comércio;
- SUS** – Sistema Único de Saúde;
- UCDB** – Universidade Católica Dom Bosco;
- UMAM** – União Municipal de Associações de Moradores;
- UNIGRAN** – Centro Universitário da Grande Dourados;

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Fachada da Associação de Moradores da Vila Carlota.....	43
Figura 02 – População Residente do Município de Campo Grande - MS	44

LISTA DE QUADROS E TABELA

Quadro 01 – Dimensões físicas do envelhecimento	19
Quadro 02 – Sociedades Antigas X Sociedades Atuais	21
Tabela 01 – Pessoas com mais de 60 anos ou mais de idade, responsáveis pelo domicílio, em relação ao tipo de família em que se encontram inseridas, segundo o sexo – Brasil 2000.	47

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice 1 – Roteiro da Entrevista	73
Apêndice 2 – Instrumento de Avaliação Fisioterápica	75
Anexo 1 – Modelos de Avaliações psicossociais	79

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 O IDOSO SOB OLHARES DE DIFERENTES ÓTICAS	18
1.1 O idoso no contexto biológico	18
1.1.1 Caracterização do envelhecimento	19
1.1.2 Aspectos anátomo - fisiológicos relacionados ao envelhecimento	21
1.1.3 Principais doenças relacionadas ao envelhecimento	23
1.1.4 Significados de termos empregados no estudo sobre o envelhecimento	25
1.2 Aspectos jurídicos relacionados ao idoso	26
1.2.1 O idoso na constituição	29
1.2.2 Cidadão Idoso: sua capacidade de autonomia jurídica	30
1.3 Conceitos de envelhecimento ativo	32
1.4 O idoso no contexto familiar	34
1.5 O idoso institucionalizado	37
1.6 A vivência de grupos entre idosos	38
2 TERRITÓRIO/TERRITORIALIDADE – COMUNIDADE – DESENVOLVIMENTO LOCAL	40
2.1 Território/ territorialidade	41
2.2 Comunidade	41
2.2.1 Vila Carlota e o idoso	42
2.3 Quem é o idoso para o desenvolvimento local	45
2.4 Empoderamento	48
2.4.1 Empoderamento: uma articulação no campo do envelhecimento	50
2.5 Capital social	52
2.6 O papel das redes sociais na vida dos idosos	54
2.6.1 Redes de apoio informal: papel da família, amigos e vizinhos	54
3 PERCEPÇÃO DO AGENTE DE DESENVOLVIMENTO LOCAL	56

3.1 Avaliação fisioterápica geriátrica	56
3.1.2 Resultados das ações fisioterápicas	57
3.2 A autonomia do idoso	58
3.3 Percepção do idoso dentro do desenvolvimento local.....	59
3.3.1 O idoso como agente de desenvolvimento local	59
3.4 O agente de desenvolvimento local e as percepções da Vila Carlota.....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES	72
ANEXOS	78

INTRODUÇÃO

Iniciei minha carreira como docente no Centro Universitário da Grande Dourados – UNIGRAN, nas disciplinas de Introdução à Fisioterapia e Fisioterapia Aplicada a Reumatologia e Gerontologia. Ao aprofundar estudos sobre o envelhecimento, emergiu meu interesse no campo da geriatria e gerontologia. Vale ressaltar, que esta oportunidade foi imprescindível na minha formação como docente, pois foi a primeira incursão na academia, aprendendo muito e tendo apoio irrestrito da instituição para que desempenhasse meu trabalho nas melhores condições.

Esta ação fez com que criasse, junto aos acadêmicos do 5º semestre de fisioterapia, um projeto de extensão universitária no Asilo da Velhice Desamparada de Dourados, prestando assistência fisioterápica em níveis primário, secundário e terciário, sendo estes atendidos de forma individual e em grupo. O trabalho realizado com esta população consistia em prestar atendimento aos pacientes acamados na área respiratória, cinesioterapia, mudanças de decúbito, estimulação sensorial, retirada do leito para socialização, melhora da autoestima, dentre outras. Com os pacientes não acamados, além destes trabalhos, realizávamos atividades em grupo visando, também, a parte lúdica das atividades.

Em vista dos resultados obtidos, resolvi implantar um novo projeto de extensão com os acadêmicos do 6º semestre da Faculdade Estácio de Sá de Campo Grande - FESCG, semelhante ao anterior. Iniciamos as atividades nas comunidades Santo Eugênio, Guaicurus e Vila Carlota em parceria com a Prefeitura Municipal de Campo Grande – Projeto-Mais – onde realizávamos atividades de orientação individual ou por meio de palestras, monitoração de sinais vitais e cinesioterapia em grupo. Por ser uma solicitação da própria comunidade, fomos bem recepcionados, obtendo cooperação irrestrita dos membros do grupo. Nosso objetivo não era apenas pesquisá-los e sim contribuir de alguma forma para a melhoria da qualidade dos anos de vida dos idosos.

A resposta deles em relação às atividades foi de grande importância na obtenção dos resultados favoráveis, visto que o profissional necessita da motivação dos idosos para

alcançar os objetivos propostos. Isto foi demonstrado pelo aumento do número de participantes no grupo, convidados pelos próprios idosos. Com isso, outros bairros tomaram conhecimento do projeto e solicitaram que o projeto também fosse estendido a outras comunidades. Lamentavelmente, como eram aproximadamente 24 bairros que faziam parte do Projeto-Mais, tornou-se impossível atender a todos. Continuamos a atender as mesmas comunidades, incluindo mais um bairro, a Vila Bálsamo.

Este projeto funcionou do ano de 2003 a 2007, a partir do primeiro ano de implantação. Um ponto importante neste processo foi que, inicialmente, tínhamos o intuito de tratá-los como fisioterapeutas pensando apenas no aspecto biológico, aplicando-lhes técnicas e recursos terapêuticos para a melhoria de sua condição, porém, com o decorrer do projeto observou-se que, além das atividades propostas acabava-se por promover a socialização entre eles sendo que atuávamos como coparticipantes deste grupo, fazendo o papel de agregar as pessoas, estimulando em cada um, o sentimento de pertencimento ao grupo.

Em 2005, com as mudanças ocorridas em decorrência de alterações políticas, o Projeto-Mais foi extinto tornando difícil sua continuidade sem o auxílio do município. Procuramos, então, o apoio da faculdade e, ainda, conseguimos junto à prefeitura manter o projeto apenas na Vila Carlota, visto que o trabalho estava dando resultados excelentes. Os próprios participantes solicitaram junto à prefeitura sua continuação, pois sempre que um projeto era realizado, com resultados favoráveis, logo era encerrado por motivos alheios.

Com esta experiência senti necessidade de ampliar meus conhecimentos sobre o desenvolvimento sociocultural dos grupos em pequenas comunidades, assim, busquei conhecer as possibilidades de estudo, encontrando no Programa de Pós-Graduação Mestrado em Desenvolvimento Local da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB – MS), local onde foi possível externar toda a vivência no Projeto-Mais. O mestrado levou-me a repensar o idoso, pois como fisioterapeuta atuava sobre a patologia e suas limitações da forma que se apresentavam sem percebê-lo em todos os aspectos biopsicossocial. Coursar desenvolvimento local me fez descobrir outro velho, pois pude perceber que o envelhecimento envolve todos os aspectos biopsicossociais e que cada um deles tem papel fundamental no envelhecer e na comunidade.

Sob o alicerce da gerontologia social por meio de ações fisioterápicas como fator de integração dos idosos da Vila Carlota – Campo Grande/MS, a pesquisa teve como metodologia uma abordagem qualitativa através da observação das teorias basilares do desenvolvimento local como ponte para a percepção do agente de desenvolvimento. De

acordo com Gil (1999), a pesquisa qualitativa pretende apreender as percepções, ou seja, as representações e subjetividades do proposto, identificando os aspectos comuns e incomuns das representações.

Todo o esforço teórico e qualitativo busca ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo da interpretação alcançando uma vigilância crítica sobre a comunicação de documentos (MINAYO, 2010).

O método da pesquisa segue o lógico-teórico-evolutivo e dedutivo, pois se farão inserções teóricas a partir das percepções e representações do conhecimento adquirido, bem como deduções das normas existentes por meio de suas teorias e aplicações. Entre os traços mais importantes da metodologia aqui utilizada, deve-se enfatizar o seu caráter autocrítico, mas não neutro, uma vez que todos os levantamentos e discussões de dados são realizados no contexto de iniciativas de mudança na qualidade de vida do público participante da pesquisa.

Assim, ela aproxima-se da denominada “pesquisa-ação” o que corrobora com a pesquisa de alguns autores como Tripp (2005) pesquisa-ação é o superordenamento de uma pesquisa, sendo um termo que se aplica a projetos práticos, buscando efetuar transformações em suas próprias práticas, já para Filippo (2008) a pesquisa-ação é um método de pesquisa que tem o duplo objetivo de pesquisa (para ampliar o conhecimento científico) e ação (promover uma melhoria na organização ou comunidade onde a pesquisa está sendo realizada).

A definição ressalta a essência do método da pesquisa-ação, ou, de outra forma, teoria e prática. O pesquisador assume como premissa que processos sociais complexos, como a interação entre comunidades e seus sistemas de informação, são melhores investigados quando se introduz mudanças nos processos e se observa os efeitos destas mudanças. Tratamos assim a pesquisa-ação sem ter a pretensão de esgotar com perfeição todas as suas etapas.

A análise do trabalho foi realizada por meio de observação “*in loco*” pelo agente de desenvolvimento local inserido na comunidade Vila Carlota no período 2003 a 2007, neste tempo, o agente pôde observar as modificações ocorridas entre os idosos que participaram do programa proposto e as mudanças que ocorreram no seu modo de vida.

A percepção do agente de desenvolvimento local na essência tenta traduzir o sentimento dos idosos ao sentir-se novamente inseridos em um meio comum, deixando a ociosidade para uma total integração com a sociedade civil em todos os parâmetros legais.

Com relação ao objetivo geral do trabalho, foi aliar as ações fisioterápicas às

atividades integradoras como forma de atingir melhor qualidade de vida em uma população de idosos. Neste contexto, é prioritário que se atinjam alguns objetivos específicos: selecionar a prática de ações fisioterápicas para pessoas da 3ª idade como forma de prevenir incapacidades motoras e limitações funcionais auxiliando na promoção da saúde, e autonomia dos idosos. Estimular a reflexão sobre como as ações potencializadoras locais podem ser consideradas fontes de desenvolvimento sustentável, ou seja: cultural, social, ecológica e econômica.

Questiona-se, portanto: Como as ações fisioterápicas influenciam um grupo de idosos pertencentes a uma comunidade? E se tais ações potencializam o seu desenvolvimento, melhorando a identidade desses idosos dentro do contexto da diversidade e refletindo uma maior ou menor qualidade de vida para essa parcela da população?

Como hipótese basilar, têm-se as ações fisioterápicas como meio de fomentar uma melhora em sua autoestima, o que resultaria em modificações de sua autonomia e seu modo de viver a velhice, buscando deste modo, meios de integração social, econômica e cultural.

A pesquisa foi organizada em três capítulos. No primeiro capítulo é abordado o idoso sob diferentes óticas, biológica, jurídica e social. No segundo capítulo, são discutidos os conceitos de território/territorialidade, comunidade e desenvolvimento local. No terceiro capítulo é descrita a percepção do agente de desenvolvimento local em sua observação “*in loco*” sobre o que potencializou o desenvolvimento dos idosos da Vila Carlota.

Neste contexto, a reflexão é constante para o desenvolvimento da pesquisa, sendo que o desenvolvimento local tem sua percepção a partir do sentimento de pertencimento a um grupo, neste caso, o sentimento de perceber que se podem ampliar os horizontes de um idoso realocando-o ao local, de modo que este seja inserido em ambiente sociocultural que os possibilite viver a velhice com qualidade, e repassando sua vivência aos mais jovens ao longo de sua jornada.

1 O IDOSO SOB OLHARES DE DIFERENTES ÓTICAS

O idoso será estudado em seus aspectos morfofisiológicos e jurídicos, de modo que serão analisados as questões da formação de grupos de vivência, e os aspectos relacionais que antevêm os idosos em seu território de vida. Assim, teremos debatido o ambiente em que a vida destes idosos é colocada, de formas análogas, ou seja, o meio que estão inseridos nos aspectos sociais. Trata-se então, de um diálogo entre o ser idoso morfológico com suas questões jurídicas e de espaço de composição de vida.

1.1 O idoso no contexto biológico

Na biologia, o idoso assume algumas características análogas que somadas às questões psicossomáticas, constroem o conceito de idoso. Neste sentido, o que se propõe é que o idoso seja compreendido com suas características de vivência, e assintomáticas de sua biologia, pois não há diferença entre os seres humanos, suas características são apenas fruto da passagem do tempo (UCHÔA, 2003). Este mesmo tempo que é sintoma para todos, não há fuga, o que se pode fazer é reduzir o impacto através de metodologias, em nosso contexto, são ações fisioterápicas, propostas de forma que o idoso possa ser reintegrado na sociedade, como parte e não como peso.

De acordo com o Estatuto do Idoso identifica-se como idoso as pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos (BRASIL, 2010).

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe, 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, é considerada

obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

O envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levar o idoso à morte (PAPALLÉO NETO e BRITO, 2002).

1.1.1 Caracterização do envelhecimento

Conforme Papalléo Neto e Brito (2002) o processo de envelhecimento, assume como velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto cujos componentes estão intimamente relacionados. Ainda segundo os autores, às manifestações somáticas da velhice, que podem ser consideradas a última fase do ciclo da vida, são caracterizadas pela redução da capacidade funcional, calvície e redução da capacidade de trabalho e da resistência, entre outras. Associam-se a outras perdas dos papéis sociais, solidão e perdas psicológicas, motoras e afetivas.

O Quadro 01 caracteriza as dimensões físicas do envelhecimento para homens e mulheres.

Quadro 01 – Dimensões físicas do envelhecimento

FAIXAS ETÁRIAS		
Descrição	Idades (Anos)	Décadas
Bebês	0-2	1 ^a
Crianças	03/dez	1 ^a -2 ^a
Adolescentes	13-17	2 ^a
Adultos jovens	18-24	2 ^a -3 ^a
Adultos	25-44	3 ^a -5 ^a
Adultos de meia idade	45-64	5 ^a -7 ^a
Idosos jovens	65-74	7 ^a -8 ^a
Idosos	75-84	8 ^a -9 ^a
Idosos – idosos	85-99	9 ^a -10 ^a
Idosos muito idosos	100+	11 ^a

Fonte: Spirduso (2005)

Alguns autores definem diferenças entre o processo de envelhecer e o processo de envelhecimento.

Para Spirduso (2005), o processo de envelhecimento representa mudanças universais próprias da idade, dentro de uma espécie ou população e independem de doenças ou influências ambientais. Já para Neri (2001), tal processo “compreende os processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual e que implicam a diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência”.

O processo de envelhecer consiste em mudanças relacionadas à idade e dependem de doenças. Este processo de envelhecer refere-se a sintomas clínicos e inclui efeitos do ambiente e das doenças (SPIRDURO, 2005).

A evolução das instituições sociais foi acompanhada pela alteração da visão do idoso (CORREIA, 2007). Deste modo, a autora ainda nos passa a noção de que o envelhecimento foi se alastrando ao longo dos últimos séculos, tendo em conta a construção social e a conjuntura histórica de cada sociedade. No Quadro 02, evidencia-se a diferença entre a cultura da oralidade e da produtividade, enumerando as características do idoso dotado de uma sabedoria que guiava as novas gerações, para no momento atual ele ser considerado apenas um fardo.

Quadro 02 – Sociedades Antigas X Sociedades Atuais

Sociedades Antigas – “Camponesas” (Cultura da Oralidade)	Sociedades Atuais – “Ocidentais” (Cultura da Produtividade)
Processo de Herança: transmissão do saber oralmente de geração em geração (oral)	Processo de transmissão do saber pela escolarização (escrita)
Valorização do idoso pelo seu poder de sabedoria acumulada ao longo de vida.	Valorização da juventude pela sua força física, ação e símbolo de produtividade.
Respeito, responsabilidade, posição importante.	Improdutividade, dependência, velhice vista como doença social.
Valorização dos laços de parentesco.	Perda de laços familiares com a institucionalização.
Autoridade dos idosos, por quem o filho varão cuidava até à morte, herdava o patrimônio familiar.	O patrimônio familiar é dividido, pelos filhos sob forma de partilhas.
Responsabilidade individual de cada família em cuidar do seu idoso: Função econômica, educativa e de segurança social.	Responsabilidade pública do estado, pela atribuição de reformas, institucionalização: Função econômica, educativa e de segurança social.
Gestão da Velhice implica negociações pessoa a pessoa, entre família ou meios locais.	Gestão da Velhice através da mediação anônima que age entre gerações, num sistema de instituições e agentes especializados em tratar do envelhecimento.

Fonte: CORREIA (2007)

Não há como fugir da ‘velhice’, tal fato consiste em uma assertiva defendida por Correia (2007), na qual afirma que essa fase nasce com os indivíduos, e é o lugar onde todos estarão um dia, como resultado daquilo que foram na infância, na adolescência e na fase adulta, consequência de uma trajetória de vida substancialmente que inicialmente é incerta. O que importa é que os homens possam viver com plenitude, alcançar o auge em boa forma, realizar seu potencial de ser humano com dignidade.

1.1.2 Aspectos anátomo - fisiológicos relacionados ao envelhecimento

Fundamentalmente, marca-se o envelhecimento biológico na ‘velhice’ pela diminuição da taxa metabólica, o que se reflete na lentidão do intercâmbio de energia do organismo. A energia (capacidade de reserva), quando usada em excesso, não é totalmente

recuperada, uma vez que o aumento da idade celular decorrente de menor capacidade para a divisão celular resulta em uma desaceleração funcional.

Assim, o envelhecimento do tecido é resultado da mudança das células renováveis para não renováveis. Há uma diminuição marcada da capacidade de regeneração celular. O progresso do tecido intersticial sobre os tecidos nobres é surpreendente no nível das glândulas e do sistema nervoso (MCARDLE, *et al*, 1998), embora a pesquisa seja de 1998 nada mais significativo foi encontrado na literatura.

Uma vez que o ser humano, no processo de envelhecimento sofre algumas alterações morfofisiológicas em todas as fases da vida, na ‘velhice’ não seria diferente, entretanto, essas alterações podem se expressar de forma acentuada nesse período. Observem alguns aspectos anátomo fisiológicos abordados no processo de envelhecimento citados por Guccione (2000, p. 35):

i) Estatura – essa pode ser comprometida pelas restrições sutis na mobilidade articular do idoso inativo.

ii) Sistema cardíaco – envolvem o miocárdio, o sistema de condução cardíaco e o endocárdio. Observa-se nessa fase da vida, “uma degeneração progressiva das estruturas cardíacas, com o envelhecimento, inclusive perda de elasticidade fibrótica nas valvas do coração e infiltração amiloide”. E, no que se refere às características estruturais relacionadas à idade, constata-se, em relação ao sistema cardíaco, um maior impacto envolvendo “a contratilidade da parede do ventrículo esquerdo (a maior câmara do coração e aquela da qual o sangue é bombeado para dentro da aorta) e a capacidade das artérias distenderem-se em resposta à ação de bombeamento do coração (aorta)”.

iii) Sistema ósseo articular – na medida em que o indivíduo chega à ‘velhice’ e torna-se menos ativo, há perda da massa óssea, podendo tornar o tecido ósseo extremamente frágil e sujeito a fraturas. Na ‘velhice’ pouco ativa ou inativa, deve-se considerar ainda a redução da velocidade angular pela redução da atividade física e consequente rigidez do tecido conjuntivo periarticular.

iv) Sistema muscular – no envelhecimento do idoso há uma diminuição da massa muscular associado à redução da área de secção transversa do músculo de cerca de 40% entre os 20 e os 80 anos, bem como do número de fibras musculares com alteração do tamanho individual das fibras tipo II, de contração rápida, sem alteração, entretanto, do tamanho das fibras tipo I, de contração lenta. Observa-se, ainda no sistema muscular do idoso, uma diminuição do número total de unidades motoras, bem como a perda de motoneurônios e a

redução do diâmetro dos axônios motores e as junções neuromusculares passam por alterações graduais nos componentes pré-pós-sinápticos. Tais alterações podem culminar na diminuição da força, da resistência e da velocidade no desempenho muscular do idoso.

v) Sistema nervoso – há uma diminuição linear do peso do cérebro adulto no idoso e uma diminuição da função celular. Observa-se o declínio gradual da acuidade visual e espacial depois da sexta década, assim como podem ser encontradas perdas auditivas nos idosos, bem como hiposmia (sensibilidade olfativa diminuída) e hipogeusia (sensibilidade gustativa diminuída).

Para Guccione (2000), tais aspectos podem estar associados a outros ou serem derivados destes e poderiam afetar ainda o fígado, a pele, os pelos (causando a calvície), a cognição, o sistema respiratório e outros órgãos ou sistemas de forma macro ou microscópica, encontrando-se dentro de parâmetros considerados normais ou patológicos. Quando tais alterações alcançam o patamar patológico várias doenças podem se manifestar no idoso.

1.1.3 Principais doenças relacionadas ao envelhecimento

Nas últimas décadas do século passado, houve um declínio acentuado dos nascidos vivos no país que associado à queda da mortalidade e consequente aumento no número de idosos com idade acima de 60 anos no Brasil devido ao aumento da longevidade da população (LIMA-COSTA *et al*, 2002; ALVES *et al*, 2007). Estima-se que esse aumento chegue a 35% a mais do que o constatado no restante da população brasileira, entretanto, enfatiza-se que o segmento dos idosos mais velhos foi o que mais cresceu entre os anos de 1990 e a 2000 na população brasileira (LIMA-COSTA *et al*, 2002). Outra característica interessante nesse sentido consiste no fato de que há um maior número de mulheres nessa faixa etária (GARRIDO e MENEZES, 2002).

Tal fato chega a ser preocupante, uma vez que, conforme os indivíduos vão chegando à ‘velhice’, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo, inclusive em países como o Brasil, em desenvolvimento (OMS 2005).

As doenças não transmissíveis (DNTs), enfermidades típicas da 3ª idade, são caras para os indivíduos, as famílias e o Estado. Mas muitas DNTs para a OMS (2005) podem ser evitadas, ou pelo menos adiadas.

Segundo os indicadores demográficos e de saúde divulgados pelo Brasil (2009) as DCNTs mais recorrentes são:

-Infarto, angina e seus amigos (11,8%) — A doença cardíaca isquêmica consiste no entupimento (ou, muito raramente, num espasmo) das artérias coronarianas, que levam o sangue ao coração.

-AVE (Acidente Vascular Encefálico) (9,9%) — A doença cerebrovascular consiste não apenas no derrame (AVC), mas também em outras formas menos dramáticas, mas que também prejudicam a autonomia do idoso.

-Diabetes mellitus (5,9%) — O diabetes mellitus é caracterizado por elevação anormal da concentração de glicose sanguínea. É uma doença altamente prevalente, afetando cerca de 150 milhões de pessoas em todo o mundo. As estimativas são de que esse número chegue a 300 milhões no ano de 2025, resultado do envelhecimento populacional, da alimentação não saudável, obesidade e sedentarismo. Os países em desenvolvimento contribuem com aproximadamente 75% do total de casos.

-Enfisema pulmonar e bronquite crônica (5,6%) — Doenças pulmonares caracterizadas por obstrução crônica das vias aéreas dentro dos pulmões.

-Mal de Alzheimer e outras demências (4,2%) — É uma doença cerebral degenerativa primária de etiologia desconhecida, com aspectos neuropatológicos e neuropsíquicos característicos.

-Perda de audição (3,3%) — Não é bem uma doença, é uma condição crônica. Algumas pessoas realmente perdem a audição com a idade, e o aparelho de audição pode ajudar muito na reintegração dessas pessoas à sociedade. Mas às vezes a coisa é mais simples: ouvido entupido por cera.

-Doença cardíaca hipertensiva (3,3%) — É a situação médica na qual existe uma alteração na estrutura e função do coração como consequência de hipertensão arterial sistêmica. Numa fase inicial as alterações são apenas no modo de funcionamento do coração, mas sem tratamento, tendem a evoluir para hipertrofia, dilatação e insuficiência cardíaca.

-Pneumonia (2,7%) — É uma doença inflamatória do pulmão afetando especialmente os sacos de ar microscópicos (alvéolos) - associada à febre, sintomas no peito e falta de espaço aéreo (consolidação) em uma radiografia de tórax. A pneumonia é geralmente causada por uma infecção, mas há uma série de outras causas. Os agentes infecciosos são: bactérias, vírus, fungos e parasitas.

-Osteoartrose (2,6%) — É uma doença que atinge, fundamentalmente, a cartilagem articular (degeneração), que é um tecido conjuntivo elástico que se encontra nas extremidades dos ossos que se articulam entre si.

-Catarata (2,2%) — O olho humano tem uma lente, chamada cristalino, por onde a luz passa para chegar até a retina. Com a idade o cristalino fica cada vez menos transparente, mas o tratamento cirúrgico só deve ser feito se a catarata estiver incomodando a pessoa.

Entretanto, considera-se que muitas dessas DCNTs podem ser evitadas, ou pelo menos adiadas. Ressalta-se ainda que não prevenir ou controlar as DCNTs de forma apropriada poderá resultar em maiores custos humanos, sociais e financeiros, que poderão absorver uma quantidade desproporcional de recursos que poderiam ter sido destinados a problemas de saúde de outras faixas etárias e comprometer o envelhecimento ativo do idoso.

1.1.4 Significados de termos empregados no estudo sobre o envelhecimento

A literatura em saúde apresenta distintos conceitos relacionados ao envelhecimento, tendo em vista que esse é considerado como “sequência de mudanças preveníveis, de natureza genético-biológica, que ocorrem ao longo das idades, e por isso são chamadas de mudanças graduadas por idade” (NERI, 2002, p. 45). Tais conceitos têm considerado diferentes aspectos do desenvolvimento humano, passando pelos campos biológico, social, psicológico e cultural.

Dentre os termos relacionados ao envelhecimento do idoso, enfatiza-se o conceito de Gerontologia que está centrado no campo multi e interdisciplinar que visa à descrição e à explicação das mudanças típicas do processo do envelhecimento no idoso e de seus determinantes tanto genético-biológicos, quanto psicológicos e socioculturais. Nesse aspecto, a Gerontologia compreende o estudo das características dos idosos, bem como das várias experiências da ‘velhice’ e do envelhecimento do idoso que ocorre em diferentes contextos socioculturais e históricos e abrange também aspectos do envelhecimento normal e patológico (MADDOX, 1987).

Outro termo muito utilizado no estudo do envelhecimento do idoso é o conceito de Gerontologia Social, termo que foi utilizado pela primeira vez por Tibbits em 1954 para descrever a área da Gerontologia que se ocupa do impacto das condições sociais e socioculturais sobre o processo de envelhecimento e das consequências sociais deste

processo. São temas importantes nesse campo: atitudes em relação à velhice, práticas e políticas sociais, formas de gestão da velhice pelas instituições sociais e pelas organizações governamentais e não governamentais, índices de bem-estar das populações idosas, redes de suporte social, relações intergeracionais (NERI, 2001).

Em relação ao conceito de Geriatria, o termo diz respeito ao estudo da ‘velhice’. Atualmente, abrange a prevenção e o manejo das doenças decorrentes do envelhecimento do idoso (NERI, 2001).

No estudo sobre o envelhecimento do idoso, aparecem alguns outros importantes conceitos que não serão abordados nesse estudo, entretanto, importa conhecê-los, dentre os quais estão: senescência, que consistem em efeitos naturais do processo de envelhecimento; senilidade que compreende as alterações produzidas pelas inúmeras afecções que podem acometer o idoso.

Os aspectos referentes à eugeria ou alterações puramente fisiológicas no envelhecimento do idoso e patogeria que tratam as alterações provocadas pelas doenças no idoso não serão os abordados no presente tópico.

1.2 Aspectos jurídicos relacionados ao idoso

A proteção ao idoso em nosso ordenamento jurídico já se encontra garantida na Constituição Federal de 1988, em seu Art. 1º incisos II e III onde se define como princípios fundamentais da República Federativa do Brasil, a cidadania e a dignidade humana:

CF - Art. 1º - A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado democrático de direito e tem como fundamentos: II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana.

No que se refere à individualização da pena, o idoso, por sua faixa etária, também tem amparo constitucional, amparado pelo art. 5º, inciso XLVIII, do qual deflui que o idoso deve cumprir pena em estabelecimento penal distinto:

CF - Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: XLVIII - a pena será cumprida em estabelecimentos distintos, de acordo

com a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado.

A família é a base da sociedade e merece atenção especial do Estado, que tem o dever de assegurar assistência a cada um de seus integrantes, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações, tendo assento legal na Constituição Federal, em seu Art. 226 quando afirma que “A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”.

Ainda em se tratando de proteção etária, a Constituição prevê que o idoso tem direito ao seguro social, ou aposentadoria, variando as idades, se homem ou mulher, se trabalhador urbano ou trabalhador rural, previsto em seu Art. 201:

Art. 201. Os planos de previdência social, mediante contribuição, atenderão, nos termos da lei, a: I - cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte, incluídos os resultantes de acidentes do trabalho, velhice e reclusão;

É assegurada pela Constituição Federal a prestação de assistência social à velhice para o idoso que não esteja inserido ao seguro social, que se dará por meio de recursos orçamentários da Previdência Social e prevê, entre outras iniciativas, a garantia de um salário mínimo mensal ao idoso que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

CF – Art. 203 – A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

CF – Art. 204 – As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, organizadas com base nas seguintes diretrizes: I - descentralização político-administrativa, cabendo à coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social; II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

É dever da família, bem como do Estado e de toda a sociedade, amparar as pessoas mais velhas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e seu bem-estar, garantindo seu direito à vida, encontrando amparo legal para tanto, no Art. 203 da Constituição Federal.

Assegura-nos ainda nossa Constituição que os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

CF - Art. 230 – A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

O idoso é cidadão, portanto, além das garantias citadas, deve ser contemplado com todas as demais garantias constitucionais aplicáveis a qualquer cidadão. Para assegurar essas garantias constitucionais, foram editadas leis ordinárias merecendo destaque a Política Nacional do Idoso - Leis 8.842/94 e o Estatuto do Idoso - 10.741/2003.

Acredita-se que o conceito de idoso, para todos os fins, deva ser colhido no direito, ainda que este domínio tenha, para tanto, buscado subsídios noutras áreas, como a biomedicina e a psicologia, ou seja, o direito, aparelhado dos conhecimentos fornecidos por aqueles domínios científicos, dita uma referência, no caso do Brasil, registrada na própria Lei, como sendo determinada base etária o marco da velhice: 60 anos, diz o art. 2º da Lei nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso).

Essa referência etária, juridicamente posta, possivelmente seja a verdade mais viável, considerando que não seria bom deixar em aberto, sem um limite categórico, para que este fosse determinado caso a caso, mediante perícias médicas e psicológicas, o que seria inviável e traria transtornos, principalmente, à segurança jurídica que a sociedade espera.

Dessa forma, em que pese à realidade orgânica de cada pessoa, com seus históricos genéticos e suas compleições personalíssimas, com seus *modus vivendi* diversificados, faz bem haver um limite categoricamente estabelecido como o início da condição idosa.

Baltes e Smith (2006) procuram balizar os limites de uma e outra fase etária, na concepção dos autores, a terceira idade seria, grosso modo, formada por pessoas idosas com habilidades, aptas a usufruírem a vida, a terem prazer de viver, por terem condições de interagir com o meio social, enquanto a quarta idade seria marcada pela vulnerabilidade às doenças e pela complexa fragilidade desses seres, que não teriam como desfrutar, via de regra, de alguma qualidade de vida, até mesmo pelos fenômenos de demência.

Do ponto de vista do direito, todavia, ainda não merece acolhida, e talvez nunca mereça essa divisão biomédica, gerontológica, em terceira e quarta idade. Para o direito, há a pessoa idosa, e só. O que pode haver, para o futuro, é a mudança do limite etário, de 60 para mais, em homenagem a esse acréscimo quantitativo e qualitativo de vida, mas sem nenhum interesse, por não haver cabimento jurídico, em separar os idosos dos super-idosos, salvo

melhor juízo.

1.2.1 O idoso na constituição

A Constituição Federal, de 05 de outubro de 1988, assenta, nos artigos 229 e 230, importantes regramentos, com nítido caráter inclusivista e protetivo do idoso, como se vê:

Art. 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º - Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

§ 2º - Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos.

São essas as normas com expresse direito do idoso, donde se podem destacar, com o propósito deste trabalho, os seguintes aspectos:

a) [...] os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade: isto pode ser traduzido como princípio da solidariedade familiar (LÔBO, 2005). Ajudar e amparar, provavelmente não estão assentados no texto como sinônimos, pois não é da natureza da lei a prolixidade. Ajudar teria um sentido mais distante, em que o idoso ainda teria suficiente autonomia para gerir seu cotidiano, enquanto o amparo diria respeito à fase de maior fragilidade. Observe mais, que esse exercício de solidariedade deve ocorrer na velhice, carência ou enfermidade, deixando claro que vê no simples fato da idade avançada, uma condição de baixa autonomia. Logo, com maior razão, se acumular com a idade a condição de carente ou de enfermo, ou das duas fraquezas, mais intenso deverá ser o braço da solidariedade filial;

b) A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida: no art. 230 o constituinte mantém o discurso do amparo solidário, mas estendendo a toda à família (não só aos filhos maiores), à sociedade e ao Estado, anunciando, neste caso, outro foco, que é a participação do idoso (como do carente e do enfermo) na comunidade, como forma de promover sua dignidade e bem-estar, além de

garantir-lhe o direito à vida. O que se vê nesse ponto é a clara preocupação e a inafastável certeza do legislador, de que a dignidade da pessoa fragilizada passa necessariamente por sua participação na comunidade. Fala do idoso ativo, que interage na construção social, como verdadeiro agente de sua história e de seu tempo;

c) Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares: nesse parágrafo do art. 230, o constituinte garante ao idoso o chamado direito à convivência familiar (art. 3º, *caput*, e parágrafo único, inc. V, do Estatuto do Idoso), que muito se pensou tratar de um direito somente da criança e do adolescente, esse direito à família natural. Somente por exceção o idoso deve ser removido para uma família substituta, preferencialmente da parentela (família substituta estendida ou ampliada), e somente em última análise para o abrigo fornecido pelo Estado ou por instituição privada. Quanto ao § 2º, que garante o transporte gratuito aos maiores de 65 anos, atua como mais um recurso disponibilizado por lei, com o fito de garantir que o idoso não fique limitado em sua liberdade pelo simples fato de ter poucos recursos materiais.

Pode-se depreender, portanto, que o legislador constituinte foi categórico em buscar a interação do idoso com o seu meio, na condição de ator social, com franca participação em sua comunidade e, por isso mesmo, com o direito preferencial a ser mantido em seu lar, nos domínios de sua casa, onde repousa boa parte da construção de sua identidade e, também por isso, corrobora para sua autoestima, sua segurança pessoal, logo, corrobora para seu sucesso enquanto protagonista na construção de sua comunidade.

1.2.2 Cidadão Idoso: sua capacidade de autonomia jurídica

Capacidade é assunto essencial no campo jurídico, pois se a vontade é o principal requisito dos negócios jurídicos (VENOSA, 2009), esse elemento volitivo tem seus atributos diretamente ligados à questão da capacidade.

Há uma capacidade, de acordo com Diniz (2009) chamada de gozo ou jurídica, ou, ainda, capacidade de direito, ou, ainda, de fruição, que consiste na aptidão para adquirir direitos e contrair obrigações. Essa capacidade é adquirida por todos ao nascer (art. 1º do Código Civil), bastando, portanto, o nascimento com vida (art. 2º, primeira parte, do Código Civil), quando ocorre um duplo fenômeno: aquisição da personalidade civil, que coincide com o surgimento da capacidade jurídica.

A autora diz ainda quanto à aptidão para exercer, por si mesmo, os atos da vida civil, nem todos a possui. Esta é a capacidade de fato ou de exercício não a possuem (tratam-se de exceções) as pessoas que se encontrem nas condições nos artigos 3º e 4º do Código Civil.

No art. 3º, têm-se os absolutamente incapazes:

Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:
 I - os menores de dezesesseis anos;
 II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;
 III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

Os tais, não podendo agir por si, são representados de acordo com os artifícios legais, sejam pelos pais, tutores ou curadores, com vistas a contornar essa falta de aptidão. Se agirem sem esse recurso, seus atos são nulos plenamente, quer-se dizer, sem nenhum efeito jurídico.

Relativamente incapazes, conforme as condições do art. 4º atuam na prática do ato, mas devem estar assistidos:

Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de exercê-los:
 I - os maiores de dezesesseis e menores de dezoito anos;
 II - os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;
 III - os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;
 IV - os pródigos.

O legislador entende, ao que se vê que nessas condições a pessoa tem certo grau de discernimento e de autodeterminação, mas não suficiente para dispensar a presença de pessoa mais madura para a vida. Sem a assistência, os atos são anuláveis, que significa cassá-los do sistema, mas, por se tratar de situação menos gravosa, cassá-los com aproveitamento dos efeitos produzidos até o momento da sentença declaratória de anulação.

Os artigos supracitados são enunciados legais que não admitem interpretação ampla, extensiva, por analogia (VENOSA, 2009). Quer-se dizer, tanto o art. 3º quanto o 4º tratam de rol fechado (*numerus clausus*), não cabendo ao intérprete estender o campo de incidência dessas normas, com vistas a abarcar outras situações.

Haja atenção, portanto, estes artigos não fazem menção à pessoa idosa. Se essas indicações legais são restritas e excepcionais, e nelas não consta a condição de idoso, por isso mesmo a idade avançada não configura causa de incapacidade de gozo ou de exercício.

Assim, quando a capacidade é verificada à luz da questão da idade, tem-se o menor de 16 como absolutamente incapaz, o maior de 16 e menor de 18 como relativamente incapaz e, portanto, o maior de 18, capaz (art. 5º do Código Civil).

Gonçalves (2007, p. 119) reflete a lição de Caio Mário, nestes termos:

Embora comum o pedido de interdição de pessoa idosa, a velhice ou senilidade, por si só, não é causa de limitação da capacidade, salvo se motivar um estado patológico que afete o estado mental e, em consequência, prive o interditando de necessário discernimento para gerir os seus negócios ou cuidar de sua pessoa. Neste caso, a incapacidade advém do estado psíquico e não da velhice.

Culturalmente, vê-se o idoso sendo afastado das administrações cotidianas, mas não que o direito tenha estabelecido qualquer limitação à sua capacidade. O legislador cuidou da incapacidade em razão da condição etária, mas, como se vê, unicamente no sentido de estabelecer uma idade mínima, e só. Essa idade mínima, que varia de um país para outro (Argentina, 21 anos) e de um tempo para outro (no Brasil era 21 anos até 2002), visa a garantir que a pessoa apresente discernimento e maturidade para praticar, sem prejuízo para si e para terceiros, a boa administração de sua vida.

É do domínio comum que a educação, a cultura e o momento histórico são fatores que influenciam no desenvolvimento somático, daí essas nuances na referida limitação etária, sempre com a preocupação de estabelecer esse patamar mínimo, como se viu, jamais um teto, pois isso feriria, a um só tempo, os princípios constitucionais da igualdade, da liberdade e da dignidade da pessoa humana.

1.3 Conceitos de envelhecimento ativo

O envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (OMS, 2005).

Ainda segundo a OMS (2005), o envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Ele permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e permite que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidade, protegendo-as e providenciando segurança e cuidados quando necessários.

A palavra “ativa” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e nações.

O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, incapacitadas fisicamente, e que requerem cuidados. O termo “saúde” refere-se ao bem-estar físico, mental e social, como definido pela Organização Mundial de Saúde. Por isto, em um projeto de envelhecimento ativo, políticas e programas que promovam saúde mental e relações sociais são tão importantes quanto aqueles que melhorem as condições físicas de saúde (OMS, 2005).

O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela Organização Mundial de Saúde no final dos anos 90. Ele procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável”, e reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (KALACHE; KICKBUSH, 1997).

A abordagem do envelhecimento ativo é baseada no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas.

Com esta abordagem, o planejamento estratégico deixa de ter um enfoque baseado nas necessidades (que considera as pessoas mais velhas alvos passivos) e passa ter um enfoque baseado nos direitos, o que permite o reconhecimento dos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem.

Esta abordagem apoia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e nos outros aspectos da vida em comunidade. O envelhecimento ativo depende de uma diversidade de fatores “determinantes” que rodeiam indivíduos, famílias e nações. A compreensão destes fatores permitirá a criação de políticas e programas que obtenham êxito nessa área (OMS, 2005).

Além disto, a OMS (2005) salienta a necessidade de considerar a influência dos fatores determinantes durante o curso de vida, a fim de se tirar proveito das transições e “janelas de oportunidade” para estimular a saúde, participação e segurança nos seus diferentes

estágios. Por exemplo, há evidências de que o incentivo e relacionamentos seguros na infância influenciam a capacidade individual de aprendizagem e de convívio em sociedade durante todos os estágios posteriores da vida.

O emprego, que é um fator determinante por toda a vida adulta, tem grande influência sobre a preparação, sob o aspecto financeiro, do indivíduo para a velhice. O acesso a tratamentos de alta qualidade e de longo prazo dignos é particularmente importante nos anos mais avançados. Valores culturais e tradições determinam, numa larga escala como uma sociedade encara as pessoas idosas e o processo de envelhecimento.

Frequentemente, quando sociedades atribuem sintomas de doença ao processo de envelhecimento, elas, provavelmente, não garantirão prevenção, diagnóstico rápido ou serviços de tratamento apropriados. A cultura é um fator chave para que a convivência com as gerações mais novas na mesma residência seja ou não o estilo de vida preferido. Por exemplo, em muitos países asiáticos, a regra cultural é a valorização de famílias ampliadas e a vida em conjunto em lares com várias gerações da mesma família. Fatores culturais também influenciam a busca de comportamentos mais saudáveis.

1.4 O idoso no contexto familiar

Com o advento das transformações fisiológicas e psicológicas ocorridas durante o processo de envelhecimento, o idoso tende, com o avanço dos anos, a viver uma vida social mais restrita, cingindo-se deste modo cada vez mais à sua família. Em consequência, esta se torna um fator básico não só à sobrevivência do idoso, mas também para que este se mantenha emocionalmente equilibrado, face às contingências do declínio biopsicossocial (MARTINS *et al*, 2010).

De fato, a família é uma célula fundamental, enquanto lugar privilegiado de trocas intergeracionais. É aí que as gerações se encontram, interajudam e se completam de forma intensa. No entanto, nas sociedades onde a expectativa de vida está a ser ampliada, as relações familiares apresentam novos desafios e de acordo com Freitas *et al* (2002) há questões éticas que devem ser consideradas: os membros da família não são substituíveis por similares ou pessoas melhor qualificadas, os membros da família são vinculados uns aos outros, a necessidade de intimidade produz responsabilidade, as famílias são histórias em andamento.

O percurso do desenvolvimento da Sociedade Humana tem mostrado que a

família é capaz de resolver ou ajudar a resolver problemas biopsicossociais, individuais ou coletivos, apesar de poder ser também geradora de conflitos e doenças. Neste sentido a família tem de ser uma estrutura cujo desenvolvimento se obtém através dos esforços dos seus membros na realização de várias tarefas nomeadamente: adaptação, proteção, participação, crescimento e suporte na afetividade (NINA e PAIVA, 2001).

Destas ações sobressai o fato de que cada um dos elementos da família tem uma série de papéis determinados, que servem de base para a sua identidade na sociedade. Cada membro tem uma personalidade que pode sair dos limites da família, mas estes fazem uma série de coisas “juntas” e outras em “separado”. Assim, surge a necessidade de se criarem regras que dirijam a conduta da família e dos seus membros. Estas regras não são descritas e vão-se estabelecendo a partir de um processo de convivência: afetam a privacidade, a interação, a autoridade e a tomada de decisões. Esta interação e adaptação a novos papéis e funções implicam que as famílias mudem para se adaptarem e esta capacidade de adaptação; mudança e crescimento são essenciais para o progresso em longo prazo no ciclo da vida familiar.

De acordo com Martins (2006), ajudar cada membro da família é uma função que engloba o apoio físico, financeiro, social e emocional que são aspectos relevantes para a maioria dos idosos. Este apoio verifica-se através de estruturas organizadas de papéis familiares interdependentes e baseiam-se nas reações emocionais dos seus membros. Vivem em grupo e cultivam sentimentos de pertença e de corresponsabilização.

Por outro lado, o estabelecimento de autonomia e independência para cada um dos seus membros tem-se revelado uma medida geradora e facilitadora de crescimento pessoal para os indivíduos, que se desenvolvem e adaptam no seio da família, assumindo particular destaque nos elementos mais velhos (TEIXEIRA, 2002).

Numericamente, a população de idosos no Brasil tem aumentado de forma significativa, pelas mais variadas razões, como a melhoria da qualidade de vida, mas, principalmente, pelo declínio da taxa de natalidade. Dados do Ministério da Saúde mostram que até o ano de 2025 o Brasil terá mais de 32 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos. Entretanto, esse crescimento tem despertado preocupações aos estudiosos, em relação aos problemas enfrentados pelos idosos, apontando uma necessidade premente em garantir uma velhice com dignidade (CALDAS, 1998).

Apesar dos esforços concentrados para proporcionar uma velhice ativa e saudável, essa fase apresenta também uma fragilidade do ser humano, seja emocional ou através das

doenças características do envelhecimento do próprio organismo, que são inevitáveis. Por si só, o fato de envelhecer e ter a mobilidade limitada já acentua os fatores emocionais, principalmente de dependência, agravado pela doença com uma característica de cronicidade, que necessita da presença de alguém para os cuidados (MJDE; YAO, 2006).

Salvo algumas honrosas exceções, o idoso sempre foi visto como um “fardo”, exceto se este, com sua aposentadoria garante as despesas da casa, justificado pela condução do sistema capitalista onde o ser humano também é visto como unidade monetária. Caso contrário, organiza a ida desse idoso para um asilo, onde será organizado também seu esquecimento. Não raro, os casos de maus tratos e tortura a que os idosos estão expostos praticados por aqueles que deveriam garantir sua proteção, os familiares.

Para a maioria das famílias, idoso é aquele que, em nossa sociedade, não tem mais nada a colaborar. Suas experiências são passadas e seu futuro é a decrepitude e a morte. Essa é uma questão de tempo, e esse tempo é curto. Cabe a esse indivíduo esperar pacientemente pela perda iminente de memória e das forças físicas, bem como pela vinda da solidão e da doença. Possivelmente, ele será um fardo de pouca duração para os seus e para a sociedade, mas um fardo. (FERNANDES, p. 11, 2012).

A definição mais conhecida de família é como núcleo de convivência, unidos por laços afetivos e que moram sob o mesmo teto. A família é um sistema extremamente ativo, portanto em constante transformação. Compreende um movimento dinâmico que se altera cotidianamente para assegurar a continuidade e o crescimento dos seus componentes (GOMES, 1998 p.35). Essa família é vista (ou deveria ser) como um lugar de proteção e tem (ou teria) uma função educativa compartilhada com a sociedade.

Juridicamente, família é o núcleo formado por pais e filhos ou apenas um dos pais e sua prole (VENOSA, 2009). Entretanto, em virtude de inúmeros fatores sociais e, principalmente econômicos que desestruturam as famílias, além da deficiência do serviço público de proteção e promoção - neste caso o cuidado a partir da concepção de Seguridade Social – os idosos não recebem o amparo devido. Isso se agrava quando o idoso se torna um doente crônico e que demanda uma atenção e cuidados maiores.

Como explicitado anteriormente, a doença cria algumas situações emocionais inevitáveis como preocupações, angústias, medos, insegurança, queda da autoestima e a dependência. Todas essas condições também abalam a organização familiar, modificando sua rotina, aumentando os gastos, principalmente com medicamentos.

Segundo Montezuma, Freitas, e Monteiro (2008) a assistência é geralmente

prestada por filhos, irmãos, cônjuges e até netos, e na maioria das vezes, não têm habilidade para cuidar daquela pessoa que, muitas vezes, encontra-se acamada e totalmente dependente. Os autores ainda afirmam que a insegurança com relação ao cuidado e a inquietação decorrente da esperança da evolução do idoso, aliadas ao cansaço físico e mental, produzindo um clima de tensão entre familiares.

Faz-se necessário destacar que, por si só, a família não dispõe de uma formação consolidada que permita cuidar de uma pessoa idosa. A família é a primeira instituição que promove a integração e o desenvolvimento dos seus membros, todavia, é preciso que o Estado contribua, complementarmente, criando instrumentos que inclua a pessoa idosa para que ela continue cumprindo seu papel social e legalmente atribuído.

O envelhecer deve ser acompanhado - dado as sabedorias e experiências da pessoa – de momentos produtivos, de realizar tarefas dentro do seu ritmo, de aprender coisas novas. É necessário que a sociedade vislumbre novas situações, novas políticas públicas que contemplem o novo conceito de velhice que é um constante somar de experiências.

1.5 O idoso institucionalizado

Segundo Martins (2006) a partir dos anos de 1970 as instituições orientaram-se pelos princípios da prevenção, da dependência e da integração das pessoas idosas com a comunidade. A autora distingue dois tipos de encargos de velhice: o primeiro refere-se à assistência médica e o segundo de caráter mais social. Este último, por sua vez, pode dividir-se consoante o apoio que presta: por um lado temos as organizações cujo objetivo é o do alojamento de idosos, “substituindo” os antigos asilos ou hospícios atualmente com outro tipo de vocação.

De acordo com a sua organização podem classificar-se como lares ou residências. Contudo, estas novas formas de resposta debatem-se com a necessidade de superar a carga pejorativa atribuída aos antigos asilos e hospícios, que em muitos casos ainda persiste, ou de alguma forma continua a envolver os lares (TEIXEIRA, 2002).

Segundo Mello *et al* (1998), o ambiente residencial ocupa um lugar importantíssimo na vida da pessoa idosa. A autora defende que a satisfação com o ambiente residencial surge ligada ao sentido de bem-estar psicológico do idoso, podendo a casa refletir também valores culturais relativos às identidades pessoais e sociais dos indivíduos.

Independentemente das razões que levam o idoso à institucionalização, analisar o seu ingresso é rapidamente perceber que no mínimo lhe é exigido o abandono do seu espaço conhecido e vivido, obrigando-o a reaprender a integrar-se num meio que lhe é limitativo e que, em muitos casos, assume o controle de muitos aspectos da sua vida (PAÚL, 1997).

Os estudos realizados sobre a envolvente habitacional/institucional do idoso levam-nos a concluir que não existem soluções ótimas e universais para os idosos e que mesmo as soluções aparentemente menos favoráveis podem ter vantagens para o seu bem-estar se preservarmos, ao idoso, a possibilidade de escolha e/ou adequação desse mesmo ambiente (TEIXEIRA, 2002).

1.6 A vivência de grupos entre idosos

As teorias de grupo são chamadas de grupo terapias que são estudadas por várias correntes da psicologia. Existem, portanto, estudos voltados para a macrosociologia e a psicologia, que abordam os grandes grupos, e a micropsicologia, com o estudo dos pequenos grupos (TEIXEIRA, 2002).

Mills (1970, p. 13), define grupo como:

Unidades compostas de duas ou mais pessoas que entram em contato para determinado objetivo, e que consideram significativo o contato e representam não apenas microssistemas, mas são também, fundamentalmente, microcosmos de sociedades mais amplas.

Dessa forma, para que um grupo seja qualificado é necessário que possua elementos que o guiem para tal. Assim, Dias e Castro (2006) caracterizam os grupos dentro de interesses comuns sendo que: i) os integrantes estejam reunidos em torno de um interesse comum, no grupo; ii) é preciso que se mantenham discriminadas as identidades individuais, de forma que as pessoas mantenham a sua individualidade e não virem uma massa indiscriminada e a iii) necessidade que haja alguma forma de interação afetiva entre os membros do grupo.

Diante da importância do contexto grupal surge à necessidade de inclusão de espaços de conveniência para idosos, que são chamados grupos de terceira idade que se fazem presentes em universidades públicas, em centros de saúde, em órgãos privados como o SESC,

em espaços culturais e religiosos (TEIXEIRA, 2002).

Dias e Castro (2006) chamam atenção para onde se dá o afloramento dos grupos de convivência. Os grupos surgem num contexto, onde uma nova linguagem aparece para tratar os velhos e aposentados. O que corrobora com o pensamento de Teixeira (2002) ao abordar Debert, onde consegue traduzir o pensamento para a formação dos grupos de terceira idade.

Terceira idade substitui a velhice; a aposentadoria ativa se opõe à aposentadoria; o asilo passa a ser chamado de centro residencial, o assistente social de animador e a ajuda social ganha nome de gerontologia. Os signos do envelhecimento são invertidos e assumem novas designações: "nova juventude", "idade do lazer". Da mesma forma invertem-se os signos da aposentadoria, que deixa de ser um momento de descanso e recolhimento para tornar-se um período de atividade e lazer (DEBERT 1999, p.61, *apud* TEIXEIRA, 2002, p. 49).

Segundo Neri (1993), a qualidade de vida na velhice depende do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, o qual lhe possibilitará lidar, em diferentes graus de eficácia, com as perdas inevitáveis do envelhecimento.

2 TERRITÓRIO/TERRITORIALIDADE – COMUNIDADE – DESENVOLVIMENTO LOCAL

O território possui algumas características diferentes a que estamos acostumados, pela geografia. O sentido de espaço territorial é desconstruído para que seja possível reconstruir toda uma mentalidade de vida com ligações entre as pessoas, construindo uma rede relacional que fomenta todo o *status quo* sobre modo de observar o espaço. Assim, tem-se uma noção diferente do que é o espaço de vida, o território de vida, e a comunidade. Abre-se a mente, e olha-se o mundo sobre o prisma da multi direcionalidade, e teremos construído as bases relacionais da diversidade entre povos, mas, de forma alguma esta base se traduz de pessoa a pessoa.

Deste modo, a relação interpessoal será o ponto de alicerce para os fundamentos de construção do espaço de vida em multi territórios em um mesmo espaço, com regras, e comunidades diferentes, a isso damos o nome de rede, ligações multi facetadas entre pessoas que buscam o mesmo ponto, com as mesmas vontades e com os mesmos sintomas e interesses.

De certa maneira as ligações são parte de um todo, que através de ações de ligações ter-se-á a construção de uma lógica que consegue abrigar as vontades da interação com o todo. Para a pesquisa ora apresentada usa-se ações fisioterápicas como fomento para a reinserção dos idosos em suas comunidades, e alavancar o desenvolvimento em seu local através de sua vivência diária com o aumento de possibilidades de apoio no seio familiar, deixando de ser um peso, para ser parte da solução.

2.1 Território/ territorialidade

Território no sentido aqui posto de territorialidades diverge do território geográfico, estamos falando do sentido de ambiente de vida, sentir-se parte de um ambiente.

A construção do espaço territorial é composta de algumas etapas, que variam proporcionalmente à: i) tempo de vida no local; ii) atividade exercida no local; iii) relações de vizinhança; iv) relações institucionais; v) relações comerciais; dentre outros. O território será aquele em que o agente define como seu ambiente de vida, ele poderá ser informal como simples relações de vizinhança, mas, pode ser formal como relações institucionais/comerciais, assim o território será formado por suas relações com o ambiente. A real necessidade de formação de um território irá definir o que o agente espera daquele ambiente, dada suas dotações iniciais, sejam elas institucionais/comerciais ou relações de vizinhança (BONNEMAISON e VANUTO, 1981).

Define-se assim, o território, porque ele será importante para analisar o desenvolvimento que se obterá em determinada região ou território constituído.

2.2 Comunidade

Por comunidade, entende-se um grupo de pessoas que interagem diretamente, com frequência e em multifacetadas formas. Pessoas que trabalham juntas são geralmente comunidades neste sentido, assim como alguns bairros, grupos de amigos, redes de profissionais e de negócios, gangues e ligas desportivas. A conexão para se ter uma comunidade são as relações de proximidade seja por relações institucionais ou por amizade, e é a característica definidora de uma comunidade. Se um é nascido em uma comunidade ou um entrou por opção, normalmente, existem custos significativos para se mover de uma para outra (BOWLES e GINTIS, 2002).

As comunidades, algumas vezes, podem fazer o que os governos e os mercados não conseguem fazer, uma vez que os seus membros possuem informações cruciais sobre os comportamentos dos demais, suas capacidades e necessidades. As comunidades, portanto, podem dar um contributo importante para a governança onde os contratos de mercado e governos falham, pois existem informações necessárias para projetar e executar trocas

benéficas e diretrizes, por sua vez, não podem efetivamente serem utilizados por juízes, funcionários públicos e ou outros (COMMONS, 2001).

Uma comunidade eficaz monitora o comportamento de seus membros, tornando-os responsáveis por suas ações. Em contraste com os estados e mercados, as comunidades de forma mais eficaz conseguem promover e utilizar os incentivos que as pessoas têm, tradicionalmente implantados para regular sua atividade comum: a confiança, a solidariedade, reciprocidade, reputação, orgulho pessoal, o respeito, a vingança, entre outros (LEHMANN, 2008).

Alguns argumentos entre os membros de uma comunidade podem ser observados:

i) em uma comunidade a probabilidade de que os membros que interagem hoje vão interagir no futuro é alto, e, assim, há um forte incentivo para agir de forma socialmente benéficos agora para evitar problemas no futuro; ii) a frequência de interação entre os membros da comunidade reduz o custo e aumenta os benefícios associados às suas características, bem como o comportamento recente e prováveis ações futuras de outros membros, os membros da comunidade terão um incentivo para agir de forma a produzir resultados benéficos coletivamente (BOWLES e GINTIS, 2002)

Os membros da comunidade são os responsáveis pelos frutos de seu sucesso ou fracasso na solução dos problemas coletivos que enfrentam. As comunidades necessitam de um ambiente legal e governamental favorável para seu funcionamento, estes complementam as capacidades de governança distintas das comunidades e realizam distribuição de direitos de propriedade, fazendo com que as comunidades promovam a resolução de seus problemas com sucesso (COMMONS, 2001).

2.2.1 Vila Carlota e o idoso

A Associação de Moradores da Vila Carlota, é entidade civil, autônoma, de direito privado, sem fins lucrativos, regida por estatuto, filiada a União Municipal de Associações de Moradores – UMAM, com sede e base territorial fundada em 1984, sito na Rua da Coroa, nº 239 no município de Campo Grande, Estado de Mato Grosso do Sul, no lote 01 a 04, com uma área de 2.116,69, CNPJ: 01951920/0001-58, processo 131/95, de acordo com o Termo de Permissão de Uso de Bem Público.



Figura 01 – Fachada da Associação de Moradores da Vila Carlota

Está localizada entre a Rua do Cruzeiro: oeste, e Rua do Sucre: norte, na Vila Carlota – na Região Urbana do Bandeira fica assim dividida: parcelamento do Bairro Carlota polígono formado por: Córrego das Cabaças, Rua do Cruzeiro, Rua do Boliviano, Rua do Bolívar, Rua São Félix, Córrego Bandeira, antigo leito dos trilhos da Rede Ferroviária Federal Sociedade Anônima – RFFSA (Lei nº 74 de 06/09/2005 de Ordenamento do Uso e da Ocupação do Solo).

Em entrevista realizada em 2012 com o atual presidente e membro fundador da associação, Sr. Tércio Pessoa de Souza, residente e domiciliado na Rua Spipe Calarge, nº 1.313, em Campo Grande/MS - Vila Carlota, relata que a associação foi fundada pelo Sr. José Campos que coordenou os primeiros encontros/atividades dos moradores, iniciados na Escola Municipal Múcio Teixeira, e nas residências de moradores da Vila Carlota, pois não tinha sede própria.

Posteriormente no mandato do Prefeito Juvêncio César da Fonseca (1993 – 1997), foi criado o grupo da melhor idade com encontros periódicos realizados na Igreja Católica Nossa Senhora da Aparecida da Vila Carlota. Devido a mudanças na coordenação das atividades paroquiais não foi possível continuar os encontros neste local, em função dos gastos, sendo o mesmo transferido para a Igreja Batista do mesmo bairro, e de lá para o Ginásio de Esportes Dois Irmãos na época conhecido como Ginásio do TIM.

Em 2003, no referido ginásio em parceria com a Prefeitura Municipal de Campo Grande “Projeto-Mais”, e Instituição de Ensino Superior sob a coordenação deste pesquisador tiveram início as atividades de promoção da saúde com o grupo da melhor idade da Vila Carlota, surgindo à necessidade de um local permanente da própria comunidade para sua realização.

Neste sentido, através de convênio com o governo estadual, em área cedida pela Prefeitura Municipal de Campo Grande por Termo de Permissão de Uso de Bem Público foi construído a Associação de Moradores da Vila Carlota. Com a conclusão das obras da sede as atividades passaram a ser realizadas neste local. As atividades aconteciam regularmente, porém atualmente sem a parceria da Prefeitura Municipal de Campo Grande.

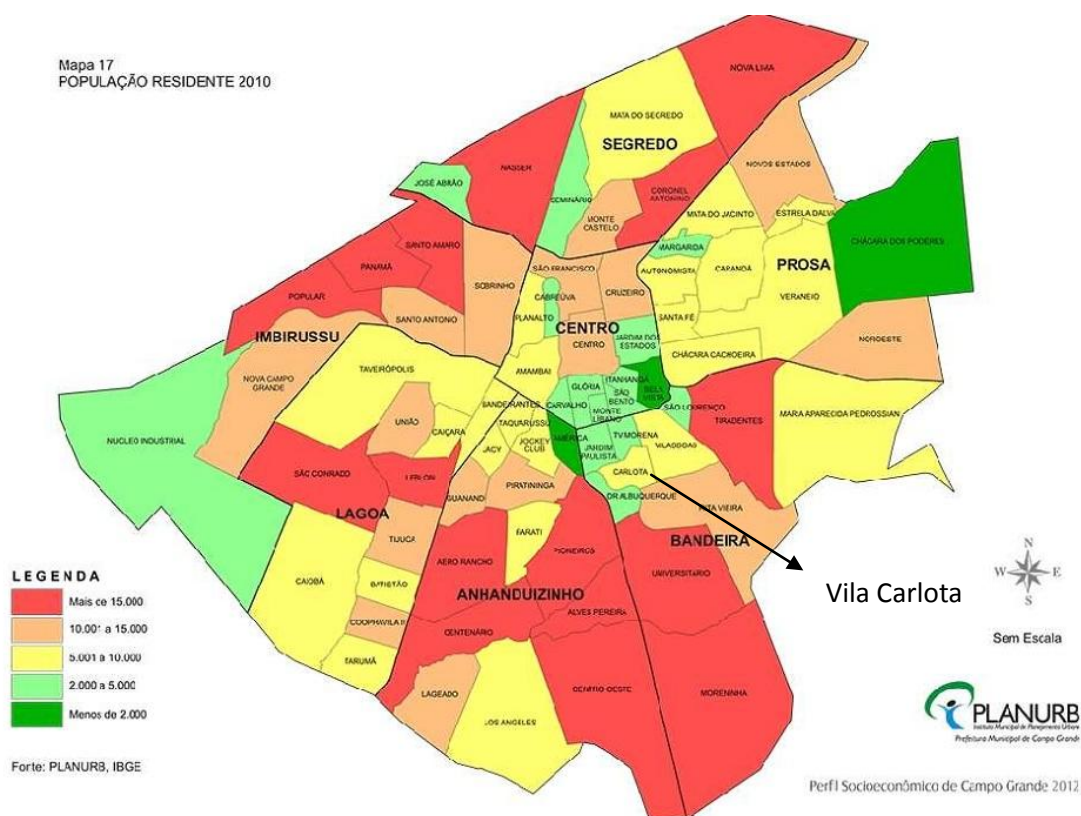


Figura 02 – População Residente do Município de Campo Grande - MS

Fonte: Planurb (2012)

Na época da realização da pesquisa 2003/2007, o programa atendia semanalmente 35 indivíduos com 60 anos ou mais, homens e mulheres, dos quais 77% eram mulheres e 23% de homens. O programa comunitário desenvolvido e supervisionado pelo pesquisador propõe a prática de ações fisioterápicas para pessoas da 3ª idade como forma de prevenir incapacidades motoras e limitações funcionais auxiliando na promoção da saúde de idosos.

Um dos resultados práticos das concepções fenomenológicas sobre o setor saúde é

o aparecimento de novas formas institucionalizadas de saúde pública combinadas com associações voluntárias; atenção primária; autocuidado; participação comunitária; educação e saúde vinculadas à pesquisa-ação (MINAYO, 2010).

2.3 Quem é o idoso para o desenvolvimento local

O envelhecimento populacional é uma realidade que vem sendo, gradativamente, assimilada pela contemporaneidade. O aumento da expectativa de vida, a redução das taxas de natalidade, os avanços da ciência, as políticas de atendimento, os serviços públicos e privados, assim como tantos outros produtos específicos e tecnologias dirigidas à terceira idade, são materialidades usualmente apontadas nas justificativas da elevação do percentual de população idosa no Brasil e no mundo.

As estimativas feitas a partir dos censos demográficos indicam, a tendência de aumento da proporção de idade avançada sobre as demais, projetando assim, a velhice como a idade do futuro. O culto à juventude e ao novo, fortemente fustigado pela mentalidade moderna, terá que se redimir à forte presença dos sexagenários no cenário social, assimilando os signos da velhice. No cenário político social no Brasil, o protagonismo na velhice não se limita apenas à escolha das governanças a cada período eleitoral (ROZENDO; JUSTO & CORREA, 2010).

Dentre os canais de participação popular que se concretizaram na atualidade, os autores supracitados ressaltam os fóruns de debates e conferências, voltados para o planejamento de políticas setoriais (saúde, educação, assistência social, meio ambiente etc.) e, principalmente, os conselhos de políticas e de garantia de direitos (como os Conselhos de Assistência Social, Conselhos de Saúde, Conselhos da Pessoa Portadora de Deficiência, Conselhos da Criança e do Adolescente e os Conselhos do Idoso).

Nesse cenário, Rozendo, Justo e Correa (2010) destacam os conselhos do idoso, que atualmente encontram difundidos as esferas da administração pública. Dentre outras atribuições, eles são responsáveis pela fiscalização de serviços e instituições, pelo zelo dos direitos do idoso, pelo planejamento e deliberação de políticas públicas.

Os conselhos do idoso são, usualmente, por lei, compostos por membros do poder público, como representantes de secretarias e outros órgãos da administração e por membros da sociedade civil, prevendo assim, a garantia de participação de segmentos distintos da

sociedade. Estes conselhos constituem-se como espaços de participação e protagonismo político e social, onde a população idosa pode tomar frente nas decisões políticas que afetam direta ou indiretamente suas vidas e seus interesses, assim como os da comunidade em geral.

Os conselhos, os fóruns de debates e as conferências são apenas alguns exemplos de espaços de participação popular, previstos nas leis, nos discursos e em outros tratados políticos. Contudo, não se encerra aí a extensão dos espaços de participação política e social.

Segundo Braido (2009) e Oliveira (2009) no Brasil, estudos apontam a presença dos idosos como agentes na gestão dos programas voltados à terceira idade.

No ambiente econômico a dependência financeira, segundo Felix (2007), tem como principais determinantes a falta de autonomia para exercer as atividades da vida diária e a ausência de rendimentos. O autor ainda diz que este fato implica uma reorganização da família frente ao envelhecimento populacional, ao discutir mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira, o autor destaca que os idosos institucionalizados são, em sua maioria, aqueles sem renda alguma.

Para configurar os domicílios de responsáveis idosos, verifica-se que, na atual composição, o tipo mais comum é o domicílio composto pelo modelo de casal com filhos e/ou outros parentes (36,0%), conforme observado na Tabela 01. De fato, os domicílios onde vivem casais, com ou sem filhos e/ou outros parentes, correspondem, praticamente, a metade dos domicílios sob-responsabilidade dos idosos. Essa tendência é mais marcante, quando o idoso responsável é do sexo masculino, com essa proporção atingindo 81,4%. Nos domicílios onde a idosa é responsável, é mais recorrente a forma de organização familiar sem o cônjuge (93,3%), porque, nestes casos, provavelmente, tais domicílios são ocupados pelas idosas viúvas (BRASIL, 2002).

Tabela 01 – Pessoas com mais de 60 anos ou mais de idade, responsáveis pelo domicílio, em relação ao tipo de família em que se encontram inseridas, segundo o sexo – Brasil 2000.

Sexo do responsável	Total de responsáveis pelos domicílios	Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade, responsáveis pelo domicílio, em relação ao tipo de família em que encontram-se inseridas (%)			
		Casal sem filhos (1)	Casal com filhos e/ou outro parentes (2)	Morando com filhos e/ou outros parentes (3)	Morando sozinho (4)
Total	8 964 850	17,0	36,0	28,7	17,9
Homem	5 594 347	25,9	55,5	8,9	9,5
Mulher	3 370 503	2,1	3,6	61,5	31,8

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

Nota: Domicílios particulares permanentes.

(1) Responsável idoso morando com cônjuge, sem filhos e/ou enteados e/ou outro parente. (2) Responsável idoso morando com cônjuge, com filho e/ou enteado e/ou com outro parente (pai, mãe, sogro (a), neto (a), bisneto (a), irmão, irmã, outro parente, agregado (a)). (3) Responsável idoso morando sem cônjuge, com filho e/ou enteado e/ou com outro parente (pai, mãe, sogro (a), neto (a), bisneto (a), irmão, irmã, outro parente, agregado (a)). (4) Responsável idoso morando sem cônjuge, sem filhos e/ou enteados e/ou outro parente.

Neste sentido do idoso como responsável pelo domicílio, há aqueles que além de responsáveis são os provedores. Há famílias em que o *status* previdenciário do idoso é a principal fonte de renda.

Ainda sobre o *status* previdenciário, Felix (2007) determina o grau de protagonismo na gestão familiar e o perfil de morbidade hospitalar da população idosa, logo as despesas do Sistema Único de Saúde (SUS). Néri *et al* (2004) analisa as condições de vida da população idosa, participação no mercado de trabalho, motivações financeiras, efeitos da inflação sobre a renda do idoso e acumulação de capital, previdência privada e gastos com plano de saúde e seu impacto sobre a desacumulação financeira ao longo da vida.

Dentro do contexto de envelhecimento ativo, o desafio do idoso em dominar novas tecnologias, aparece como fator preponderante para a garantia de independência e inserção no mercado de trabalho. Para Peixoto e Clavairolle (2005), o idoso não apresenta resistência ao uso de novas tecnologias, e sim dificuldades, e ressalta como imprescindível uma política de inclusão digital, como forma de manter seu vínculo com a sociedade, que hoje se dá fortemente por meio tecnológico.

2.4 Empoderamento

Empowerment constitui-se num termo da língua inglesa de difícil tradução para o português. Sendo assim, optou-se por se utilizar, neste trabalho, a tradução da palavra *Empowerment* como empoderamento, sendo, muitas vezes, traduzido como fortalecimento (TEIXEIRA, 2002).

Segundo Vasconcelos (2001), o conceito de empoderamento é o tema central das políticas sociais e saúde mental na Europa, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, principalmente, a partir dos anos 90. Historicamente, o empoderamento está associado a formas alternativas de se trabalhar as realidades sociais, suporte mútuo, formas cooperativas, formas de democracia participativa, autogestão e movimentos sociais autônomos.

Empoderamento, em promoção da saúde, é sempre definido como um processo que ajuda as pessoas a firmar seu controle sobre os fatores que afetam a sua saúde (AIRHIHENUWA, 1994). O autor ainda menciona que o uso como sinônimo para habilidades de enfrentamento, suporte mútuo, organização comunitária, sistema de suporte, participação da vizinhança, eficiência pessoal, competência, autoestima e autossuficiência.

Vasconcelos (2001) define empoderamento como o aumento do poder pessoal e coletivo de indivíduos e grupos sociais para as relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão e dominação social.

Vários autores como Wallerstein (1994), Airhihenbuwa (1994), Bernstein (1994), Labonte (1994) trabalham com o empoderamento referindo-se a ele como a habilidade de pessoas conseguirem um entendimento e um controle sobre suas forças pessoais, sociais, econômicas e políticas, para poderem agir de modo a melhorar sua situação de vida.

O entendimento mais comum de empoderamento, dentro do campo da saúde, trabalho social, educação ou psicologia comunitária, deve ter uma conotação de valor baseada na conceituação de poder compartilhado, ao invés do poder sobre o outro. Isto compreende que o empoderamento deve permitir aos grupos desprivilegiados ganhar significado para mudar sua condição de opressão (BERNSTEIN *et al*, 1994).

Desenvolver uma consciência crítica é um meio crucial de ganhar poder. Uma consciência crítica envolve o entendimento de como as relações de poder na sociedade moldam as experiências e percepções de cada pessoa, e de poder identificar como cada um

pode ter um papel dentro de uma mudança social. Isto é particularmente importante em situações de desigualdade, nas quais os indivíduos internalizaram crenças sobre sua própria identidade e poder, em potencial.

O entendimento de como os membros de um grupo podem afetar as circunstâncias da vida, é crucial para identificar a falta de poder como uma fonte de problemas, no sentido de alcançar uma mudança social mais do que a individual (BERNSTEIN *et al*, 1994).

Empoderamento possui em si dois significados possíveis, que vão depender da forma que sejam utilizados: Labonte (1994) chama a atenção para o perigo de se utilizar o conceito de empoderamento transitivamente. Empoderar é a ação central na nova promoção da saúde. É também um verbo transitivo, no qual o sujeito age sobre o objeto; e um verbo intransitivo, no qual o sujeito age sobre si mesmo.

Usado transitivamente, empoderar significa dar poder a outro, compartilhando alguns poderes que os profissionais devem ter sobre outros. Desta forma, o profissional é visto como agente de empoderamento e como sujeito do relacionamento, e permanece como sendo o ator controlador, definindo os termos da interação.

Os indivíduos ou grupos, relativamente desempoderados, permanecem como objeto da relação, como o receptor da ação do profissional, numa atitude passiva. Na afirmação "nós precisamos empoderar este ou aquele grupo" cria-se ou se reforça um mundo de práticas profissionais, atuando sobre grupos não profissionais que não são capazes de sua própria ação de poder.

Segundo Zimmerman (1994), a meta do empoderamento é ajudar pessoas, organizações e comunidades a serem mais independentes; gerar autoconfiança e senso de governabilidade, mais do que se sujeitar à força de alguma coisa ou de alguém do exterior. Valores de empoderamento também sugerem que se devem salientar as reivindicações, pelo menos, tanto quanto se focalizam as necessidades. Isto inclui o pressuposto de que muitos problemas sociais existem devidos à distribuição desigual de acesso a recursos.

Labonte (1994) e Bernstein *et al* (1994) propõem como estratégias de empoderamento, as várias formas de desenvolvimento de grupos de suporte pessoal, incluindo educação crítica, ajuda mútua, suporte terapêutico. Outra estratégia se dá através de organizações comunitárias, que levam grupos a desafiar formas políticas e econômicas de poder, que os oprime ou domina, através da construção e desenvolvimento de coalizão, que forja relações intergrupos, dentro de interesses de poder específico e político. Isto gera um aumento na capacidade dos membros dos grupos em aceitar seus objetivos políticos e

econômicos.

2.4.1 Empoderamento: uma articulação no campo do envelhecimento

Cusack (1999) trabalha com a liderança de idosos, em tempos de recessão econômica, as pessoas têm menos direitos e mais responsabilidades. Esta mensagem possui implicações particulares para os idosos. Assim, o foco deve ser desenvolver atividades para tornar os idosos capazes, possibilitando que permaneçam em suas próprias comunidades, controlando suas vidas e continuando produtivas.

No entanto Myers (1993) afirma o desafio, na amplitude social, alertando para as sociedades atuais a desenvolverem regras para os idosos, de forma, que elas possam encontrar um sentido de ser e eleger, para si mesmas, o propósito de serem respeitadas pelos outros, além de se destinarem à construção de uma barreira efetiva contra a vulnerabilidade que as ameaça.

Para Cusack (1999) é importante aproveitar essa grande fonte de recursos, que é o crescimento da população idosa, para oferecer treinamento e suporte. Para isso, é preciso definir a estrutura organizacional e qual estilo de liderança facilitará a emergência de idosos, treinados em liderança comunitária. Esta autora coloca, ainda, que o mandato central do serviço social, é direcionado para proporcionar aos idosos um maior controle sobre suas vidas e maior poder de decisão nos grupos comunitários e em outras organizações a que pertençam, estando, portanto, diretamente relacionado com o empoderamento.

Myers (1993) estudando os aspectos psicológicos do envelhecimento define três processos fundamentais para se entender o empoderamento pessoal: i) valor pessoal; ii) locus de controle; iii) autoeficiência. Valor pessoal se refere ao sentimento de autoestima. Locus de controle se refere ao modo como cada um avalia sua responsabilidade pessoal nos acontecimentos. Pessoas, com um locus de controle interno percebem os acontecimentos como sendo seus, através de um controle interno; já as pessoas com locus de controle externo, percebem os acontecimentos como sendo devido a circunstâncias sobre as quais eles não têm controle.

Teixeira (2002) retrata ainda o desempoderamento sendo entendido através da falência social. Para a autora, na velhice acontecem fenômenos que estão fora do controle dos indivíduos como: i) o confronto com a morte, através da perda de familiares e amigos; ii) a

saída do mercado de trabalho pela aposentadoria; iii) a perda involuntária do emprego, como é o caso da aposentadoria compulsória; iv) o maior índice de doenças, devido ao declínio da vitalidade. O que corrobora com a afirmativa de Myers (1993, p.4):

Perda de membros da família, morte de amigos, mudanças geográficas, ou outros fatores são exemplos de mudanças que ocorrem com os idosos sem que eles tenham controle sobre os mesmos, e muitos desses indivíduos que antes tiveram muito controle em suas vidas podem começar a perder o sentido de autoeficiência.

O que é mais importante, na perspectiva social é a necessidade de mudar as colocações negativas para as pessoas idosas. Dentro das atitudes de decisão, ao invés de fazer as coisas pelas pessoas idosas, a meta deve ser desenvolver atividades que permitam às pessoas idosas ser parte do processo decisório, concernente aos eventos de suas próprias vidas (TEIXEIRA, 2002).

Minkler (1992), estudando o processo de empoderamento dentro da organização comunitária, afirma que este conceito pode ser visto como uma operação em níveis simultâneos, sendo o indivíduo envolvido num esforço de organização comunitária pode ter a experiência de um aumento do apoio social e do senso de controle. Este aumento, no sentido de autocontrole e determinação, pode, por sua vez, trazer benefícios positivos para a saúde. Estudos mostram, por exemplo, que o envolvimento comunitário pode ser um fator psicossocial significativo, para melhorar a percepção da confiança pessoal, duplicar a capacidade individual e a satisfação em viver. Os benefícios para a saúde física com tais atividades, também tem sido demonstrados em pesquisas experimentais, sugerindo que a participação social pode afetar o sistema de defesas do organismo e diminuir sua suscetibilidade a doenças.

Num nível mais abrangente, a organização comunitária pode contribuir para o empoderamento, operacionalizado, em parte, por um aumento da competência comunitária, definida por Minkler (1992) como partes e componentes que podem cooperar efetivamente em problemas de identificação, seleção de metas e ação.

Pelo fato de se entender o empoderamento como um processo pelo qual as pessoas obtêm controle sobre suas vidas, então, se faz necessário trabalhar com um indicador de saúde, que venha ao encontro deste processo. Empoderamento é um estado de ter poder, ou seja, de obter as ferramentas necessárias para mover a própria vida na direção que se deseja que ela se mova. Neste sentido, ele está associado diretamente ao conceito de autonomia (TEIXEIRA, 2002).

Para Farinatti (1997) saúde não é ausência de doença, e autonomia não é ausência de dependência física. Deste modo, a autonomia é vista sob o prisma da autorrealização, da perspectiva da realização das possibilidades.

Na argumentação de Kalache (1987) a sociedade sonha com uma população que viva cada vez mais, tendo aspirações que o idoso mantenha sua saúde com autonomia, para o desempenho das funções do dia-a-dia que o façam independentes dentro do seu contato sócio-econômico-cultural. Desse modo, envelhecer sem incapacidades é fundamental para a qualidade de vida. Assim, autonomia e independência são dois indicadores de saúde e de qualidade de vida, para a população mais velha (PASCHOAL, 1996).

Outra abordagem de empoderamento é caracterizada pela identificação de forças, ao invés de catalogar fatores de risco; pelo aumento do bem-estar, ao invés de fixar problemas; pela procura de influências do ambiente, ao invés de culpabilizar as vítimas (BERSTEIN *et al*, 1994).

Farinatti (1997) define três níveis da autonomia positiva: 1) autonomia de ação, que incorpora a noção de capacidade física. É a pessoa poder se mover fisicamente de forma independente; 2) autonomia de vontade (ou de intenção), que se refere à capacidade de autodeterminação, que é um valor da autonomia; 3) autonomia de pensamento, que é um nível mais profundo da autonomia, diretamente relacionado com a autonomia de vontade, só que pressupõe um conhecimento crítico, uma reflexão mais consciente de escolha.

Para abordar o empoderamento em idosos, é necessário partir do pressuposto que o processo de envelhecimento detona um processo de desempoderamento. Segundo Myers (1993), a velhice torna as pessoas particularmente vulneráveis à análise e percepções sociais, existindo uma perda real do poder pessoal. A tendência para uma vulnerabilidade psicológica e emocional, que advém da falência e queda social, parece ser natural. É deste modo, imperativo que as pessoas idosas sejam alertadas para a possibilidade de prevenção, assim para as das consequências, caso as pessoas desejem se tornar pessoas empoderadas na velhice.

2.5 Capital social

Segundo De Aquino (2000), o capital social é uma proposta de superação da polêmica entre individualismo metodológico e holismo. A explicação da realidade social exige não somente o conhecimento do nível macro, no caso, as estruturas sociais, como uma

compreensão das ações individuais.

Quando agem, os indivíduos, mesmo que inconsciente e intuitivamente, comparam as situações por que passam com outras já vividas. Ainda segundo o autor, seria extremamente laborioso, a cada nova situação pensar detidamente sobre o que fazer. Na prática, qualquer sujeito age de modo parecido com o que agira anteriormente em situação que, se não é similar, tem semelhanças suficientes com experiências anteriores para permiti-lhe esperar resultados satisfatórios se agir do modo como agira anteriormente.

Se começarmos com uma teoria da ação racional, em que cada agente tem controle sobre os recursos certos e interesses em determinados recursos e eventos, então capital social constitui um determinado tipo de recurso disponível para um agente (COLEMAN, 1988). Para De Aquino (2000) é levando isso em conta que Bourdieu, ao contrário de Coleman, considera equivocado considerar os indivíduos como atores racionais. Os indivíduos não avaliam as chances de suas ações serem bem sucedidas de maneira racional, por meio de cálculos de probabilidade construídos com base em experiências controladas e a partir de dados estabelecidos segundo regras precisas.

No entanto, Coleman (1988) diz que o capital social é definido pela sua função. Não é uma entidade única, mas uma variedade de diferentes entidades, com dois elementos em comum: todas elas consistem em algum aspecto das estruturas sociais e eles facilitam certas ações dos agentes, as pessoas ou empresas-agentes dentro da estrutura. Como outras formas de capital, capital social é produtivo, possibilitando a realização de certos fins que na sua ausência não seria possível. O autor ainda diz que o capital físico e capital humano, capital social não são completamente fungíveis, mas podem ser específicos de determinadas atividades. Uma determinada forma de capital social que é valiosa no sentido de facilitar certas ações pode ser inútil ou até prejudicial para os outros.

Ao contrário de outras formas de capital, o capital social na estrutura das relações entre agentes e entre os atores, não são apresentadas tanto nos próprios agentes ou em implementos físicos de produção. Isto ocorre em razão de que as organizações intencionais podem ser agentes corporativos, assim como as pessoas podem, as relações entre os agentes corporativos podem constituir capital social para eles também (COLEMAN, 1988).

2.6 O papel das redes sociais na vida dos idosos

Griep (2003) caracteriza a presença de rede quando o indivíduo mantém contato com outros indivíduos, que possa ser determinados em número, frequência, composição familiar, atividades sociais, voluntárias e, além disso, em qualidade dos vínculos estabelecidos. A rede afetiva e social está intrinsecamente ligada com a habilidade individual de “lidar com as demandas e os problemas da vida diária”, cujo aspecto mais importante está em requerer “adaptações contínuas”.

Com isto, evidencia-se a relação da rede afetiva e social com o desenvolvimento do indivíduo, já que as transformações em seu ambiente e as habilidades que sua rede lhe ensina não permitem que seu repertório seja sempre constante. O desenvolvimento pessoal diz respeito à efetividade dos meios pelos quais a aprendizagem ocorre e à aquisição no repertório individual de padrões de conduta (FINATO, 2003).

Rede social é um sistema composto por vários objetos sociais (pessoas), funções (atividades dessas pessoas) e situações (contexto) que oferece apoio instrumental e emocional à pessoa, em suas diferentes necessidades e também a ações que levam a um sentimento de pertencer ao grupo (DESSEN; BRAZ, 2000).

Diante desse contexto, a rede de suporte social no envelhecimento ativo é imprescindível, tendo em vista que o mesmo depende de determinantes, como consequência de uma base fisiológica, hereditária única, meio físico, social nos quais estas predisposições genéticas se exprimem e no caso do homem, ainda o efeito do pensamento escolha.

2.6.1 Redes de apoio informal: papel da família, amigos e vizinhos

O papel das redes sociais no processo de envelhecimento refere-se ao seu efeito protetor de evitar o estresse ou efeito almofada que amortece o estresse associado ao envelhecimento. Deve-se diferenciar entre as redes familiares e as redes de amigos sendo que a primeira é involuntária e baseada no sentido da obrigação, enquanto que a segunda é uma escolha voluntária (LITWAK, 1981). Produz então efeitos diferentes na qualidade de vida dos idosos, sendo potencialmente mais positivo o efeito das redes de suporte de amigos e vizinhos

(PAÚL, 1997).

A existência de ligações afetivas próximas entre as quais se pode destacar o casamento parece favorecer o processo de envelhecimento bem sucedido (PAÚL, 1997).

De acordo com Hareven (1999) os indivíduos vivem numa variedade de configurações que mudam ao longo da vida em funções de diferentes contextos culturais e históricos que se refletem na disponibilidade dos membros da família para os idosos.

A existência de redes de suporte social é um importante elemento de bem estar e saúde física e mental dos idosos. No âmbito dessas redes, a família surge como um centro de todo apoio recebido e prestado, embora seu caráter não voluntário possa introduzir efeitos complexos e nem sempre positivos na qualidade de vida dos idosos (PAÚL, 1997). O envelhecimento ativo para o autor é um processo que diz respeito a todas as pessoas e uma tarefa de curso de vida. Para a sociedade, cabe a responsabilidade de criar espaços e equipamentos sociais, diversificados, seguros e acessíveis aos idosos, garantindo e fomentando a sua participação cívica.

A rede de suporte social de cada um principalmente a existência de relações significativas (confidentes), deve corresponder a um investimento afetivo e solidário e constitui seguramente um capital decisivo ao longo da vida e também durante o envelhecimento (PAÚL, 1997).

3 PERCEPÇÃO DO AGENTE DE DESENVOLVIMENTO LOCAL

A percepção do agente iniciou-se no Projeto-Mais na Vila Carlota no Município de Campo Grande - MS, onde eram colhidas informações dos idosos para a participação efetiva no programa que visava melhorar a qualidade de vida destes. O que aconteceu na vida desta comunidade? Mudou apenas a qualidade de vida, ou mudou a forma como o idoso se olha no espelho e busca concomitantemente por um algo a mais em sua vida?

Estas perguntas começam a ser respondidas, quando são aplicados aos idosos, um instrumento de avaliação cinésico funcional (que aborda uma entrevista e avaliações físicas e de saúde mental). Este instrumento técnico foi aplicado pelo pesquisador e pelos acadêmicos envolvidos no trabalho.

Durante as avaliações, foram realizadas palestras informativas sobre alguns procedimentos e sobre o que o Projeto-Mais visa levar aos idosos.

O agente de desenvolvimento local para obter uma maior percepção do seu trabalho *in loco*, utilizou de um roteiro¹ pré-estabelecido como parâmetro para responder algumas de suas indagações, que não são respondidas pelo instrumento de avaliação cinésico funcional.

A percepção obtida através de ambas as ferramentas de pesquisa é apresentada nos subcapítulos a seguir.

3.1 Avaliação fisioterápica geriátrica

O pesquisador juntamente com os acadêmicos que participavam do projeto realizavam as avaliações fisioterápicas individuais, levantando os diagnósticos cinésicos

¹ Roteiro encontra-se no apêndice.

funcionais como requisito inicial para a participação do idoso no projeto e na elaboração das atividades propostas pelo grupo, de modo que os idosos tivessem uma atividade efetiva que colaborasse para a melhora da condição de vida.

Diante desta etapa inicial, as primeiras análises apontaram que dos 35 idosos que participavam do Projeto-Mais da Vila Carlota, após a avaliação, apresentaram os mais frequentes diagnósticos cinésicos funcionais detalhados tecnicamente por Guccione (2000); Spirduso (2005); OMS (2005) e BRASIL (2009) com: 71% com tendinites (lesão nos tendões) e 23% com bursites de ombro (inflamação na bursa), 54% com cervicalgias (dor na região cervical), 20% com cervicobraquialgias (dor na região cervical irradiada para membros superiores), 60% com dorsalgias (dor na região dorsal), 77% com lombalgias (dor na região lombar), 9% com lombocintalgias (dor na região lombar irradiada para membros inferiores, compressão do nervo ciático), 49% com osteoartrose (degeneração articular crônica), 49% com osteoartrite (inflamação articular), 86% com déficit muscular (fraqueza muscular e/ou perda de força), 71% com redução da função articular, 31% com problemas respiratórios, 100% com alterações posturais e da marcha (caminhada), 100% com déficit de equilíbrio (na posição ortostática, ou seja, em pé e na deambulação) e 100% com déficit da coordenação motora grossa (grandes movimentos) e fina (coisas mais detalhadas).

Com estes resultados, foram estabelecidas condutas terapêuticas individuais em nível de assistência secundária (tratamento específico).

Este trabalho inicial foi necessário para que a etapa seguinte fosse realizada por meio de práticas coletivas, que consistiam em atividades lúdicas de cinesioterapia. De acordo com Guccione (2000), trata-se de um tratamento por meio de movimento, onde são trabalhados exercícios para a coordenação motora, equilíbrio, melhora da força muscular, propriocepção (Sensibilidade própria aos ossos, músculos, tendões e articulações e que fornece informações sobre a estática, o equilíbrio, o deslocamento do corpo no espaço), melhora da capacidade respiratória e melhora da função articular. O objetivo desta fase era melhorar o quadro clínico para alcançar o bem estar biopsicossocial.

3.1.2 Resultados das ações fisioterápicas

Após a realização das atividades, foi realizada semestralmente uma reavaliação fisioterápica, com melhoras de modo geral, o que corroborou com os efeitos apontados por

Spirduso (2005) em que as ações regeneradoras tenham efeitos que contribuam para que as condicionantes de vida das pessoas melhorem. Concomitantemente, a partir destas ações, os idosos já apresentavam diminuição do quadro álgico (dor), sendo composto principalmente de força, equilíbrio e capacidade respiratória.

A partir da melhora do quadro clínico, os idosos começaram a solicitar algumas atividades específicas em assuntos que os interessavam de forma individual. Por exemplo, solicitando uma melhor explicitação sobre a diabetes mellitus, hipertensão arterial, orientações posturais e nutricionais, bem como orientação sobre como melhorar as atividades afetivas que eles demandavam. Buscaram também orientações e informações mais completas sobre sexo, que consistiam em conhecer os termos que ouviam pela mídia, bem como as práticas sexuais.

Os efeitos das ações fisioterápicas são notórios neste nível, com uma melhora a tal ponto, que suas demandas começaram a sair do ambiente fisioterápico, passando para demandas socioculturais. Os idosos passam a sentir-se parte de algo, demonstrando interesse em participar dos diversos contextos que a associação os possibilitava, buscando a interação entre eles e com outras comunidades que apresentassem a mesma demanda. Alguns dos idosos começaram a promover encontros da melhor idade, com o objetivo de ampliar sua rede de relacionamentos, bem como ampliar o seu capital social.

3.2 A autonomia do idoso

A percepção da autonomia do idoso acontece quando ele se empodera de sua capacidade de existir, ele passa a conseguir desenvolver as atividades básicas do seu dia a dia, mais ainda, quando começa a planejar atividades com o grupo no qual está inserido e constrói as relações de vivência de forma independente.

O trabalho físico funcional realizado com os idosos corroborou para a melhora, não apenas de suas capacidades, mas para com funções que outrora não eram executadas. Neste, sentido de acordo com Farinatti (1997) aflorou um dos níveis de empoderamento, que é segundo o autor, o primeiro passo para uma autonomia total. Quando esta autonomia se faz presente em sua vida, ele consegue contribuir com a comunidade para o desenvolvimento social, em todos os âmbitos (família, amigos, trabalhos e os grupos a que pertencem).

Este pertencimento ao grupo segundo Kalache (1987) conduz os idosos a uma

melhora no âmbito socioeconômico e cultural.

Desse modo, os envelhecidos deixam de ser subjugados, sendo fundamentais para a ampla melhora da qualidade de vida, não apenas própria, mas de toda a comunidade, passando a ser protagonista de sua vida.

3.3 Percepção do idoso dentro do desenvolvimento local

O idoso consegue pertencer a uma comunidade, por ser parte de um complexo movimento de território. Ele está no local independente do que ocorra, a grande questão é a percepção de como o idoso contribui para o desenvolvimento de uma comunidade. Esta inclusão é o fator essencial para que as conquistas do grupo tragam benefícios a todos.

Commons (2001) tratando da coletividade em comunidades indica que as interações de pertencimento vivenciadas pelos idosos, conseguem fazer com que doem seus conhecimentos e sua experiência de vida para a melhora coletiva. O autor ainda corrobora com a ideia de comunidade apresentada por Bowles e Gintis (2002) ao mostrar que há uma melhora nas relações de vizinhança dada a história de vida dos membros da Vila Carlota.

Neste momento em que o idoso consegue, através do seu empoderamento, movimentar-se em todos os setores da comunidade, ele passa a ser um dos protagonistas das relações que busca desenvolver atividades de cunho sociocultural e econômico. Pois, segundo os autores, o tempo de vida em comunidade destes idosos, corrobora com Coleman (1988) em que pela vivência, conseguiu certo capital social, que os conduz a uma melhor aceitação das regras comunitárias, tornando-os líderes.

3.3.1 O idoso como agente de desenvolvimento local

Não há diferença dentro de agentes de desenvolvimento, seja ele jovem ou idoso, o desenvolvimento local surge da necessidade de transformar o ambiente de vida. No exato momento em que o idoso deixa de se ver como um peso, e passa a ser parte de uma comunidade, ele consegue ser agente de desenvolvimento.

Para Rozendo, Justo e Correia (2010) os idosos são responsáveis pela fiscalização

de serviços e instituições, pelo zelo dos direitos da comunidade e pelo planejamento e deliberação de políticas sociais, passando a participar da formação dos conselhos dentro da Associação dos Moradores da Vila Carlota.

Esta postura vem ao encontro do que os autores explicitam quando afirmam que os conselhos constituem-se em espaços de participação e protagonismo político e social, sendo que a população idosa pode tomar frente nas decisões políticas que afetam direta ou indiretamente suas vidas da comunidade em geral.

No Brasil (BRASIL, 2002), os idosos assumem um papel fundamental para a economia dos lares, ao ponto em que o crescente número de lares que têm idosos como responsáveis e como provedores, vai ao encontro com a afirmativa de Felix (2007) que determina o protagonismo da gestão da família ao idoso, e ambos corroboram com Neri *et al* (2004) que ao analisar a condição de vida da população idosa realoca estes idosos no mercado de trabalho. Esta nova postura mostra que os idosos passam a ser importantes nas motivações financeiras para prover o melhor ambiente familiar e reduzir os impactos do envelhecimento sobre as famílias ao longo da vida. Ou seja, este deixa de ser apenas um velho, e assume o papel de um idoso capaz de colaborar com todos os aspectos socioeconômicos do lar em que está inserido.

Fatos estes que corroboram com Simões (2007), que retrata como os longevos vêm ocupando um papel importante no contexto político do Brasil.

As mudanças em relação à vida cotidiana na Vila Carlota, podem ser percebidas quando os idosos ocupam gradativamente um papel no ambiente social, o que segundo Felix (2007), tem como principais determinantes o fato de terem autonomia para exercer as atividades da vida diária, conseguindo rendimentos. Esta postura implica uma reorganização da família, onde o envelhecimento deixa de ser um problema.

3.4 O agente de desenvolvimento local e as percepções da Vila Carlota

O trabalho “*in loco*”, possibilitou que o agente conseguisse observar não apenas as situações corriqueiras da transformação de um ambiente de vida, mas também colaborou para obter uma observação mais ampla. Consegue-se observar que os idosos da Vila Carlota ampliaram sua rede relacional, saindo do seio familiar e ampliando as possibilidades de vida. Deixaram de ser o peso familiar, para se tornar protagonistas em uma situação de

desenvolvimento socioeconômico e cultural de suas famílias e relações em comunidade.

As reavaliações cinésico funcionais que o pesquisador e os acadêmicos realizavam semestralmente os conduziram a observações psicossociais. Para chegar a conclusões sobre a evolução dos idosos utilizou-se os modelos apresentados por Matsudo (2000), em que são descritas técnicas de avaliação das condicionantes de melhora psicossocial.

Segundo Matsudo (2000) os idosos ao participarem de atividades físicas experimentam alterações positivas em seu estado de animo, ou seja, na autoestima e na autoeficácia. Ainda de acordo com a autora, a determinação do bem estar é subjetivo, para tal é necessário uma avaliação multidimensional de como o idoso julga sua satisfação pela vida.

Deste modo, baseando nos modelos:

Modelo de escala de avaliação de experiências subjetivas na atividade física – na Vila Carlota, a percepção dos idosos era variável, que inicialmente eram subvalorizados, pois se percebiam desanimados, fatigados, tristes, diminuídos. Com as ações fisioterápicas realizadas, os idosos começaram a se sentir mais estimulados e a se ver de um modo positivo. Estes argumentos dos idosos vêm ao encontro com Farinatti (1997) que nos mostra que ao empoderar este idoso, damos mais que simples condições de melhorar a autoestima, ele será capaz de conduzir sua vida de modo autônomo.

Modelo de capacidade física percebida (CFP) e Modelo de avaliação de confiança na autoapresentação física (CAAF) – os idosos da Vila Carlota sentiam-se diminuídos em sua capacidade física, pois não conseguiam realizar pequenas atividades da vida diária, por suas limitações e incapacidades. Após a participação no Projeto-Mais, estes mesmos idosos começaram a exaltar o que estavam conseguindo realizar diariamente em seus lares, e partindo para participações ativas na vida comunitária. Esta regeneração descrita pelos idosos, apenas vem reafirmar o que diz Guccione (2000) e Spirduso (2005) em que o trabalho regenerador influencia na forma de viver.

Modelo de escala de auto-percepção de bem-estar (PAAF) – (GREPEFI) – com este modelo de avaliação, a percepção dos idosos do Projeto-Mais era de algumas insatisfações e medos, como: medo de ficar sozinho e de sofrer fraturas; depressão; irritação; impaciência; vergonha com sua aparência; desvalorização de si próprio; pena de si mesmo; perda da independência; dentre outros. Depois de alguns meses participando do projeto, estes idosos começaram a mudar sua autoimagem. Alterando sua percepção de mundo, agora eles são aptos a se conduzir pelos caminhos que a vida os propõe, possibilitando cuidar-se de si

mesmos, e das atividades da família e da comunidade.

Todos estes acontecimentos corroboram com Wallerstein (1994), Airhihenbuwa (1994), Bernstein (1994), Labonte (1994) ao afirmarem que o empoderamento refere-se a como a habilidade das pessoas conseguiu um entendimento e um controle sobre suas forças pessoais, sociais, econômicas e políticas.

Com os resultados das avaliações propostas por Matsudo (2000) aliados aos modelos psicológicos apresentados por Myers (1993) que define para o envelhecimento três processos: i) Valor pessoal; ii) Lócus de controle; iii) Autoeficiência. Observa-se na Vila Carlota que cada um deles pode ser demonstrado por ações dos idosos após as práticas fisioterápicas. Para cada um dos processos podemos destacar:

Valor pessoal – os idosos conseguiram resgatar a sua identidade que fora perdida durante o processo de envelhecimento quando deixaram de ser protagonistas de sua vida. Após a reavaliação cinésico funcional, o pesquisador observou que não só eles foram capazes de voltar a realizar diversas atividades, como também passaram a adquirir uma nova forma de observação com relação ao seu lugar no local de vida.

Lócus de controle – no exato momento em que o idoso consegue se observar, ele começou a controlar suas ações, tanto no seio familiar, como na busca de oportunidades de melhora da qualidade de vida, sendo o seu protagonista, e carregando com eles todos os anseios de uma nova vida. Gera assim de certo modo, o crescimento socioeconômico da família como um todo, através de suas fontes de renda se constituindo como um dos meios provedores do lar, mas assumindo voz ativa no direcionamento das ações e colaborando de forma efetiva com o desenvolvimento do seu local de vida. Busca de certa forma condições de desenvolver atividades que melhorem sua vida, da sua família e dos seus entes mais próximos.

Autoeficiência – o idoso ao perceber o valor de sua vida passa a deter o controle, tendo autonomia em suas próprias ações e tomadas de decisões.

No projeto desenvolvido na Vila Carlota, pôde-se perceber que os idosos conseguiram este nível de autonomia e de capacidade de interagir, por meio das ações do Projeto-Mais. Este suscitou neles a possibilidade de sair do lugar, o que vem ao encontro de várias teorias do desenvolvimento local, captando a formação do seu território de vida e ampliando a sua rede relacional, o que tornou abrangente o seu capital social.

Todas estas afirmações se apoiam na visão de Farinatti (1997) atinge os níveis de autonomia, bem de acordo com Commons (2001), Bowles e Gintis (2002) e Lehmann (2008)

em que a vivência em comunidade se torna prioridade dentro das regras sociais, o que encontra diretamente na formação de um capital social dentro da Vila Carlota, o que para Coleman (1988) torna a pessoa apta a construir interações eficientes.

Os idosos da Vila Carlota, ao conseguirem esta maturidade ora descrita, podem por escolha pessoal serem agentes de desenvolvimento local. De início, os idosos da Vila Carlota montaram um grupo da melhor idade que os possibilitou a estreitar o convívio e elaborar a continuidade de suas ações junto à associação. Os idosos continuaram a exercer tais funções mesmo depois que o Projeto-Mais deixou de existir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No primeiro capítulo, ao trabalhar o idoso sob óticas e perspectivas diferentes, se pôde alinhar o conceito de idoso, dentro dos parâmetros abrangidos pelo desenvolvimento local, debatendo suas características e conceitos para o afloramento da autonomia e a construção da identidade do idoso para o mundo moderno.

No segundo capítulo, foram enfatizados os conceitos de desenvolvimento local, de modo a dialogar os conceitos com as características do idoso apresentados no primeiro capítulo. Assim, se construiu o arcabouço teórico para enfatizar as modificações ocorridas com os idosos da Vila Carlota. No capítulo 3, foram abordadas as percepções do agente de desenvolvimento local.

As ações fisioterápicas integradoras desenvolvidas após o diagnóstico cinésico funcional, possibilitaram que os idosos melhorassem suas limitações e incapacidades. Estas ações favoreceram que estes conseguissem autonomia em suas atividades de vida diária. A partir desta ação, houve a demanda por atividades mais complexas, bem como complementadas por encontros da melhor idade, ampliando assim sua rede relacional não só na Vila Carlota como também buscando novas interações com as demais comunidades próximas.

Ao buscarem esta ampliação dos relacionamentos e do espaço de vivência, começa a construção de um novo território de vida, que os possibilita a ter interações sociais, culturais e/ou econômicas, com novas possibilidades de melhora na qualidade de vida. Neste ponto, os idosos da Vila Carlota conseguiram atingir um grau de maturidade relacional, ampliando o capital social, pois os mesmos participavam de todas as atividades propostas tanto pelo pesquisador e acadêmicos bem como por suas demandas sociais.

O empoderamento gerado nos idosos da Vila Carlota, mostrou que alguns indicadores de desenvolvimento local começaram a aflorar, pois a entrada do Projeto-Mais na vida destes tornou-os autônomos, em seu modo de vida cotidiano, possibilitando o retorno ao

mundo real, o que só foi possível porque houve um resgate do idoso como cidadão, no sentido de terem seus direitos e deveres ampliados.

O sentimento de pertença destes idosos em seu novo território de vida atingiu um grau de maturidade tal que os conduziu a buscarem novas possibilidades, seja ela, sociocultural e/ou econômica.

Este sentimento novo, retransmitido aos jovens do seio familiar e da comunidade, possibilita a construção de uma rede de relacionamentos abrangente, o que pode levar a construção e ampliação do território de vida, sendo que agora, ele como agente de desenvolvimento consegue provocar transformações em sua comunidade.

Esta percepção foi possível pela compreensão das etapas primordiais de como surgem as condicionantes para o desenvolvimento local, ou seja, é o afloramento interno da vontade de melhorar as condições da vida local.

As ações ainda necessitam de uma maior observação em outros níveis de pesquisa, que não eram foco deste trabalho. De forma central, a presente pesquisa conseguiu atingir seus objetivos, ao delinear que os idosos no exato momento em que conseguem autonomia caminham para o desenvolvimento em todos os níveis, através da reflexão crítica do que ele representa na comunidade.

REFERÊNCIAS

AIRHIHENBUWA, C.O. **Health Promotion and the Discourse on Culture: Implications for Empowerment**. In: Health Education Quarterly, (Special issue. Community empowerment, participatory education and health – Part II), 1994, VOL 21,3: 345-354, fall.

ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C. Q. VASCONCELOS, M. E. L.; CARVALHO, M. S.; FONSECA, A. G. G.; FONSECA, T. C. O. da; LEBRÃO, M. L. LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(8):1924-1930, ago, 2007

BALTES, P.B.; SMITH, J. Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. **A Terceira Idade**, v.17, n.36, p.7-31, 2006.

BERNSTEIN, E., WALLESTEIN, N., BRAITHWAITE, B., GUTIERREZ, L. LABONTE, R., & ZIMMERMAN, M. **Empowerment Forum: A dialogue between guest editorial board members**. In: Health Education Quarterly, (Special issue. Community empowerment, participatory education and health – Part II) – 1994, VOL 21, 3: 281-294, fall

BONNEMAISON, Joél; VANUATU, Orstom. Viagem em torno do território. Voyage autour d'uterritoire. **L'Espace Géographique**, tomo X, n° 4, 1981, pp. 249-62. Tradução de Márcia Trigueiro.

BOWLES, S; GINTIS, H. **Social capital and community governance**. The Economic Journal, 112 (November), 2002 pp. 419–436.

BRAIDO, C. A. **Protagonismo de idosos em comissões gestoras**. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). 2009, 163f. Campinas: Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP.

BRASIL, **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988**. Dispõe sobre os Atos das Disposições Constitucionais Transitórias, 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 04 de mai. de 2012.

BRASIL. **LEI Nº 8.842, DE 4 DE JANEIRO DE 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências, Presidência da República, 1994

BRASIL. **LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Presidência da República, 2003.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo demográfico brasileiro**, 2010b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 17 de mar de 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Indicadores Demográficos e de Saúde.** Comunicação Social 02 de setembro de 2009. . Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 27 de out de 2012.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000.** Estudos e Pesquisa informação demográfica e socioeconômica, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>>. Acesso em 09 de mar. de 2013.

CALDAS, C. P. (org). **A saúde do idoso: a arte de cuidar.** Rio de Janeiro: UERJ, 1998

CAMPO GRANDE. PLANURB – Instituto Municipal de Planejamento Urbano. Disponível em <http://www.capital.ms.gov.br/planurb/canaisTexto?id_can=1606>. Acesso em 10 de agosto de 2012.

COLEMAN, J.S. Social Capital in the Creation of Human Capital. **The American Journal of Sociology**, The University of Chicago Press, Vol. 94, Supplement: Organizations and Institutions: Sociological and Economic Approaches to the Analysis of Social Structure (1988), pp. S95-S120

COMMONS, R. Jr. Institutional economics, the American economic review, 1931, vol. XXI, nº 4, pp. 648-657. **In Cahiers d'économie politique**, 2001/2-3, Nº 40-41. pp. 287-296.

CORREIA, P.S.S. **Velhos são trapos: mito ou realidade?** Escola superior de educação de Coimbra (Portugal), 2007. Disponível em: <<http://www.psychologia.com.pt>>. Acesso em: 18 de Agosto de 2012.

CUSACK, S.; THOMPSON, W. **Leadership for older adults: ageing with purpose and passion.** Philadelphia: Brunner/Mazel, 1999.

DE AQUINO, J. A. As teorias da ação social de Coleman e de Bourdieu. **Humanidades e Ciências Sociais** - vol. 2 no 2 – 2000, PP. 17-29.

DEBERT, G.G. **A reinvenção da velhice.** São Paulo: Edusp, 1999.

DESSEN, Maria Auxiliadora; BRAZ, Marcela Pereira. **Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos.** Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília, v. 16, n. 3, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 27 abr 2011.

DIAS, R.B; CASTRO, F.M. **Grupos Operativos.** Grupo de Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em <<http://www.smmfc.org.br/gesf/goperativo.htm>> acesso em 10 de janeiro de 2013.

DINIZ, M. H. **Código civil anotado**. São Paulo. Saraiva, 2009.

FARINATI, P. T. V. **Avaliação da autonomia do idoso: definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um modelo de interação saúde-autonomia**. Arquivos de Geriatria e Gerontologia, 1997, 1:31-37.

FELIX, J. Economia da Longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. VIII Encontro da Associação Brasileira de Economia da Saúde **Abres**, 2007. Disponível em: < http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/mesa_04_-_jorgemar_longevidade.pdf>. Acesso em 27 de janeiro de 2013.

FERNANDES, P. M. **O idoso e a assistência familiar: uma abordagem da família cuidadora economicamente dependente do idoso**. 2012. Disponível em: < <http://www.castelobranco.br/sistema/novoenfoque/files/07/14.pdf>>. Acesso em 19 de outubro de 2012.

FILIPPO, Denise Del Re. **Suporte à coordenação em sistemas colaborativos: uma pesquisa-ação com aprendizes e mediadores atuando em fóruns de discussão de um curso a distância**. 281f. Tese (Doutorado em Informática) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

FINATO, Mariza da S. S. **As universidades abertas à 3.ª idade e as redes de apoio afetivo e social do idoso**. 2003. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília – Universidade Estadual Paulista - UNESP. Marília, 2003

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

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999

GOMES, I. C. **O sintoma da criança e a dinâmica do casal**. São Paulo. Escuta, 1998

GONÇALVES, C. R. **Direito Civil Brasileiro. Parte Geral**. 5ª ed, São Paulo: Saraiva, 2007.

GRIEP, Rosane Harter; CHOR, Dora; FAERSTEIN, Eduardo; LOPES, Cláudia. Confiabilidade test-retest de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. **Revista Saúde Pública, São Paulo**, v. 37, n. 3, p. 379-385, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15868.pdf>>. Acesso em : 19 abril. 2011.

GUCCIONE, A. A. **Fisioterapia geriátrica**. Tradução de José Eduardo Ferreira de Figueiredo e Marcelo Alves Chagas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

HAREVEN, T.K. Novas imagens do envelhecimento e a construção social do curso da vida. **Cadernos Pagu**, Campinas – SP, n.13, p 11-35, 1999.

KALACHE, A. e KICKBUSCH, I. A global strategy for healthy ageing. **OMS**, 1997, Julho-Agosto, 4-5.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, v.21, n.3, p.200-10, 1987.

LEHMANN, D. **L'économie miraculeuse de la religion: essai sur le capital social**. Social compass, 55(4), 2008, 457–477

LIMA-COSTA, M.F., et al.. **Socioeconomic circumstances and health among Brazilian older in comparison with younger adults**. In: I Oficina de trabalho sobre Desigualdades Sociais e de Gênero em Saúde de Idosos no Brasil. Ouro Preto, 2002.

LITWAK, E. **The modified extended family, social network, and research continuities in aging**. New York: Columbia University Center for Social Sciences, 1981.

MADDOX, G.L.: **The encyclopedia of aging**. New York: Spring. 1987

MARTINS, M.; ARAÚJO, I.; PAÚL, C. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. **Rev Esc Enferm USP**. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a11.pdf>> . Acesso em 22 de novembro de 2012.

MARTINS, R. M. Envelhecimento e políticas sociais. Instituto **Politécnico de Viseu**, Fev-2006. Disponível em: < <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/408>>. Acesso em 27 de agosto de 2012.

MATSUDO, S. M. M. Org. **Avaliação do idoso: física & funcional**. Londrina: Midiograf, 2000, 125p.: il.

MCARDLE, W. D.; KATCH, F. I. & KATCH, V. L. **Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano**. 4ª edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1998.

MELLO, A.L.S.F.; CARCERERI, D.L; AMANTE, C.J. Odontogeriatria: perfil das condições de saúde buco-dental de um grupo de pacientes idosos, em Florianópolis – SC. **Alcance**, Itajaí, ano V, n. 4, p.33-37, 1998.

MILLS, T. **Sociologia de pequenos grupos**. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Pioneira, 1970.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora hucitec, 2010. 266 p

MINKLER, M. **Community Organizing among the elderly poor in the United state: A case Study**. In: International Journal of Health Services, 1992, Vol. 22, 2: 303-316, Baywood Publishing Co., Inc.

MJDE, D.; YAO, D. **Cuidados em domicílio: conceitos e práticas**. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, Diogo MJDE et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MONTEZUMA, C. A., FREITAS, M. C. & MONTEIRO, A. R. M.. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2008; 10 (2):395 404.

MYERS, J. Personal Empowerment. In: The possibilities of empowerment (D.THURZS, org.). **Journal of the International Federation on Ageing**. v. 20, n. 1, p.3-8. 1993.

NERI, A.L. **Qualidade de vida na idade madura**. 2ª ed. Campinas: Papirus, 1993.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas, SP: Alínea, 2001.

NERI, M., CARVALHO, K. CORSI, A., **Motivações financeiras para as pessoas da terceira idade**, in Camarano, A.A. Os novos idosos brasileiros, muito além dos 60?, Rio de Janeiro, Ipea, 2004.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 18 (Supl.), 2002.

NINA E, PAIVA C. **Idosos rurais e urbanos: estudo comparativo**. Geriatria 2001 novembro; 14(138): 9-32.

OLIVEIRA, G. S. D. **Gestão e vivências de velhices nas repúblicas de idosos de Santos**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). 2009, São Paulo: Universidade de São Paulo-USP.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization**; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PAPALÉO NETTO, Matheus. **O estudo da velhice no séc. XX: histórico, definição do campo e termos básicos**. In: FREITAS, E. *et al.* (Orgs). Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 2-12.

PASCHOAL, S.M.P. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto, M. Ed. **Gerontologia**. São Paulo, Editora Atheneu, 1996. p 26-43.

PAÚL, C. **Envelhecimento activo e redes de suporte social**. Disponível em: <<http://www.ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>>. Acesso em: 04 de abril de 2011.

PEIXOTO, C. E; CLAVAIROLLE, F., **Envelhecimento, políticas sociais e novas tecnologias**, São Paulo, Editora FGV, 2005.

ROZENDO, A.S; JUSTO, J.S. CORREA, M.R. **Protagonismo político e social na velhice: cenários, potências e problemáticas**. **Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.13, n.1, p. 1-18.2010.

SIMÕES, J. **A maior categoria do país: o aposentado como ator político**. In: Barros, M. (org.) **Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007.

SPIRDUSO, Waneen Wyrick. **Dimensões Físicas do Envelhecimento**. São Paulo: Manole, 2005.

TEIXEIRA, Mirna Barros. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 105 p.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

UCHÔA, Elizabeth. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):849-853, mai-jun, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15888.pdf>>. Acesso em 09 de mar. de 2013.

VASCONCELOS, E. M. A proposta de empoderamento e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do serviço social e da saúde mental. **Revista Serviço Social & Sociedade**: seguridade social e cidadania. v. 21, n. 65, p. 45-53, 2001.

VENOSA, S.S. **Direito Civil**: Direito de Família, São Paulo: Saraiva 2009.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Roteiro da Entrevista

1 Roteiro das Entrevistas

I. Caracterização do entrevistado

1. Nome:
2. Idade: Data de Nascimento:
3. Naturalidade: Nacionalidade:
4. Sexo:
5. Ocupação Atual: Renda em salário(s):
6. Estado Civil:
7. Anos de Escolaridade:
8. Frequenta alguma religião? Qual? Com que frequência?
9. Examinador:
10. Endereço:
11. Data da Entrevista:

II. Variáveis Relacionadas com a Socialização.

1. Como tomou conhecimento do grupo?
2. Por que resolveu entrar no grupo?
3. Após seu ingresso no grupo, houve mudanças em seus hábitos? Se sim quais?
4. Você tinha amigos antes de participar do grupo? Eles fazem parte deste grupo a qual você pertence?
5. Você se relaciona bem com os participantes do grupo? Fale sobre isso.
6. Após seu ingresso no grupo houve mudança em seu relacionamento com sua família? Explique?

7. Houve mudança na sua maneira de enfrentar os obstáculos do cotidiano? Explique.
8. Atualmente, fazer parte do grupo é importante para você? Por quê?
9. Você promove encontro do grupo que participa? Por quê? Como?
10. O que significa amizade para você? Conte um pouco sobre ela em cada etapa da sua vida.
11. Quando sua vida ficou mais restrita em termo de amizade? Quando se ampliou?
12. Você sente falta do grupo? Em que situação?
13. Como você enxerga as pessoas mais velhas após participar deste grupo? Fale sobre elas e sobre você dentro destas perspectivas.

[illegible]

Pele: () Hidratada
 () Desidratada
 () Áspera

Cor da Pele

() Pálida
() Transparente
() Manchas Hiperocrômicas
() Manchas Hipocrômicas

Deformidades: () Não () Sim / Local: _____

Cicatrizes: () Não () Sim / Local : _____

Motivo: _____

PALPAÇÃO (ADM, TIPO DE EDEMA, CIRTOMETRIA, GRAU DE FORÇA, TONUS, DOR, CREPTAÇÃO)

[illegible]

Sensibilidade

	Preservada	Alterada	Local	Como foi Testada
Táctil				
Térmica				
Dolorosa				
Visual				
Auditiva				
Cinético Postural				

EXAME FÍSICO

Peso: ☐ sobrepeso ☐ obesa ☐ baixo peso ☐ normal

Medicamento: ☐ Não ☐ Sim / Qual: _____

PADRÃO DE MARCHA (Descrever a marcha do paciente):

OBJETIVOS:

CONDUTA DE TRATAMENTO:

Supervisor (a)

Estagiário (a)

ANEXOS

Anexo 1 – Modelos de Avaliações psicossociais

MODELO DE ESCALA DE AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS SUBJETIVAS NA ATIVIDADE FÍSICA

McAuley e Courneya (1994)

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

Para cada um dos itens, faça um círculo em um dos números, indicando quanto você está vivendo cada sensação agora, neste exato momento.

Eu me sinto:

1. ÓTIMA (O)	1 Nada	2	3	4	5	6	7 Muito
2. PÉSSIMA (O)	1 Nada	2	3	4	5	6	7 Muito
3. ESGOTADA (O)	1 Nada	2	3	4	5	6	7 Muito
4. POSITIVA (O)	1 Nada	2	3	4	5	6	7 Muito
5. DIMINUÍDA (O)	1 Nada	2	3	4	5	6	7 Muito
6. EXAUSTA (O)	1 Nada	2	3	4	5	6	7 Muito
7. VIGOROSA (O)	1 Nada	2	3	4	5	6	7 Muito
8. DESANIMADA (O)	1 Nada	2	3	4	5	6	7 Muito
9. FATIGADA (O)	1 Nada	2	3	4	5	6	7 Muito
10. MARAVILHOSA (O)	1 Nada	2	3	4	5	6	7 Muito
11. TRISTE	1 Nada	2	3	4	5	6	7 Muito
12. CANSADA (O)	1 Nada	2	3	4	5	6	7 Muito

MODELO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA PERCEBIDA (CFP)

Ryckman et al. (1982)

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

Como você avalia as suas capacidades físicas? Responda, concordando ou discordando de cada uma das frases abaixo:

1. Eu tenho <u>reflexos</u> excelentes (reações rápidas)	1 discordo totalmente	2	3	4	5 concordo totalmente	6
2. Eu não sou ágil / não faço movimentos bonitos	1 discordo totalmente	2	3	4	5 concordo totalmente	6
3. Meu físico é bastante forte	1 discordo totalmente	2	3	4	5 concordo totalmente	6
4. Não consigo correr rápido	1 discordo totalmente	2	3	4	5 concordo totalmente	6
5. Não me sinto no controle da situação quando faço testes envolvendo minhas habilidades físicas	1 discordo totalmente	2	3	4	5 concordo totalmente	6
6. Eu tenho a musculatura <u>flácida</u> (músculos moles, frouxos)	1 discordo totalmente	2	3	4	5 concordo totalmente	6
7. Não me orgulho de minhas habilidades esportivas	1 discordo totalmente	2	3	4	5 concordo totalmente	6
8. Minha rapidez me livrou de momentos desagradáveis	1 discordo totalmente	2	3	4	5 concordo totalmente	6
9. Eu agarro <u>firme</u> (seguro, pego)	1 discordo totalmente	2	3	4	5 concordo totalmente	6
10. Devido à minha agilidade, sou capaz de fazer coisas que muitos outros não conseguem (rapidez, eficiência, “esperteza”)	1 discordo totalmente	2	3	4	5 concordo totalmente	6

MODELO DE AVALIAÇÃO DA CONFIANÇA NA AUTO-APRESENTAÇÃO FÍSICA (CAAF)

Ryckman et al. (1982)

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

Responda, concordando ou discordando de cada uma das frases abaixo:

1. Raramente fico envergonhado(a) da minha voz	1 discordo totalmente	2	3	4	5 concordo totalmente	6
2. Sob condições de stress, às vezes eu não me dou bem	1 discordo totalmente	2	3	4	5 concordo totalmente	6
3. Tenho algumas limitações físicas que às vezes me incomodam	1 discordo totalmente	2	3	4	5 concordo totalmente	6
4. A idéia de uma relação sexual nunca me intimida	1 discordo totalmente	2	3	4	5 concordo totalmente	6
5. As pessoas pensam coisas negativas a meu respeito por causa da minha postura	1 discordo totalmente	2	3	4	5 concordo totalmente	6
6. Não hesito em discordar de pessoas que são maiores que eu	1 discordo totalmente	2	3	4	5 concordo totalmente	6
7. As pessoas atléticas geralmente não recebem mais atenção que eu	1 discordo totalmente	2	3	4	5 concordo totalmente	6
8. Às vezes tenho inveja daqueles que são mais bonitos que eu	1 discordo totalmente	2	3	4	5 concordo totalmente	6
9. Às vezes minha risada me deixa envergonhado(a)	1 discordo totalmente	2	3	4	5 concordo totalmente	6
10. Não me preocupo com a impressão que meu físico causa aos outros	1 discordo totalmente	2	3	4	5 concordo totalmente	6
11. Às vezes, ao cumprimentar alguém, não me sinto à vontade pois minhas mãos são pegajosas	1 discordo totalmente	2	3	4	5 concordo totalmente	6
12. Sinto que não tenho tendência a ter acidentes	1 discordo totalmente	2	3	4	5 concordo totalmente	6

MODELO DA ESCALA DE AUTO-PERCEPÇÃO DE BEM-ESTAR PAAF — GREPEFI

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

Esta escala destina-se a avaliar a percepção que você tem do seu bem-estar. Por favor, responda o questionário com máxima sinceridade. Para isto **indique em cada item a letra que corresponde a como você vem se sentindo ultimamente**. Coloque a sua resposta no quadrado ao lado de cada item, seguindo a seguinte classificação:

(A) Não sinto isto

(B) Sinto isto de vez em quando

(C) Sinto isto sempre

	RESPOSTAS
1. medo de ficar sozinho (a)	
2. medo de ter fraturas	
3. medo de cair	
4. medo de sair sozinho (a)	
5. medo de estar doente em uma época que poderia estar curtindo a vida	
6. sentir nervoso	
7. mau humor	
8. irritação	
9. impaciência	
10. depressão	
11. dificuldade para me acalmar	
12. insatisfação com a vida	
13. sentir que tudo exige muito esforço	
14. vergonha com a aparência	
15. frustração	
16. desistir facilmente das coisas	
17. sentir que não vale a pena viver	
18. solidão	
19. desvalorização de si próprio	
20. perda do controle da própria vida	
21. pânico	
22. preocupação com doenças	
23. inquietação	
24. pena de si mesmo	
25. infelicidade	
26. perda da independência	
27. perda da autoconfiança	
28. perda da concentração	
29. perda da memória	