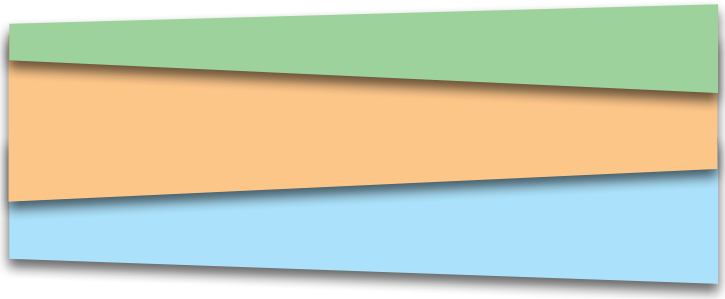
MORAR 60 Mais

Revolucionando a moradia em face da longevidade

Prefácio de Alexandre Kalache

Inês Andrade Rioto • Áurea Soares Barroso • Edgard Borsoi Viana
(Organizadores)

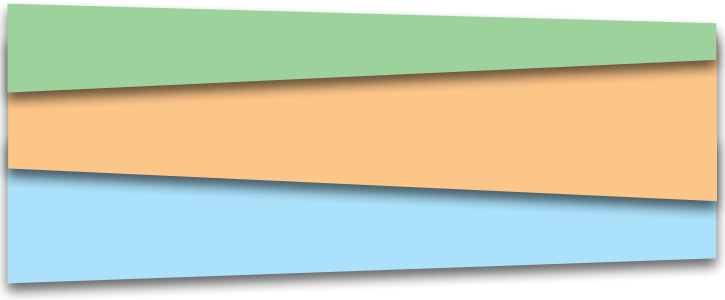


MORAR 60 Mais

Revolucionando a moradia em face da longevidade

1ª Edição

Inês Andrade Rioto
Áurea Soares Barroso
Edgard Borsoi Viana
(organizadores)



São Paulo, 2021

Organizadores
Inês Andrade Rioto
Áurea Soares Barroso
Edgard Borsoi Viana

Capa: Thais Rioto
Diagramação, Edição e Finalização: Editora A4 (ailton.nata@uol.com.br)

NOTA:
Em razão do caráter interdisciplinar desta Coletânea, os textos publicados respeitam as normas e técnicas bibliográficas utilizadas por cada autor(a). A responsabilidade pelo conteúdo dos textos desta obra é dos respectivos autores e autoras.

Inês Andrade Rioto
Áurea Soares Barroso
Edgard Borsoi Viana
(Organizadores)

ISBN: 978-65-00-26054-0
CDL
9 786500 260540

MORAR 60 MAIS
Revolucionando a moradia em face da longevidade
São Paulo: 2021.
520 p.

ISBN: 978-65-00-26054-0

Coletânea de artigos. Perfil de moradias de idosos, Longevidade

Agradecimentos

Quando anos atrás percebi que o olhar sobre moradia para pessoas idosas se restringia a própria casa ou Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas -ILPI, iniciei minha busca por alternativas e foram tantas encontradas que idealizei o livro **Morar 60 Mais.**

Agradeço minha filha Thaís Riotto pela parceria ao acompanhar nas visitas aos condomínios, instituições, fotos, execução do site www.morar-60mais.com.br e capa deste livro.

Meus agradecimentos por todo ensinamento, incentivo e o prefácio do Prof. Kalache. Era imensa minha alegria a cada autor, autora que aceitava o convite para escrever um tema relacionado à moradia.

Quero deixar aqui meu tributo aos que se dedicam a orientar, cuidar das pessoas idosas em vulnerabilidade nos seus domicílios, a Pastoral da Pessoa Idosa e ao Programa Acompanhante de Idosos-PAI.

Percebi que para organizar o livro seria interessante buscar outros olhares sobre o assunto, um olhar acadêmico e outro empresarial.

Convidei Áurea Soares Barroso e Edgard Borsoi Viana**,** que gentilmente aceitaram. Minha imensa gratidão por terem dedicado parte de seu precioso tempo para juntos organizarmos o **"Morar 60 Mais - Revolucionando a moradia em face da longevidade".**

Inês Andrade Rioto

Agradecimento ao Prof. Dr. Alexandre Kalache

Prof. Dr. Alexandre Kalache, médico, presidente do Centro Internacional de Longevidade Brasil (International Longevity Centre Brazil – ILC-BR) e codiretor da *Age Friendly Foundation.* Atua como consultor em diferentes países e professor em várias universidades no exterior.

Dirigiu o Departamento de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS). Nesse período concebeu e publicou, em 2002, o Marco Político do Envelhecimento Ativo e, posteriormente, a iniciativa Cidades Amigas do Idoso em 2005, os dois referenciais são conhecidos e aplicados mundialmente.

Há investigações científicas, intervenções governamentais e da sociedade civil ancoradas em reflexões gerontológicas e estudos publicados pelo professor em centenas de países.

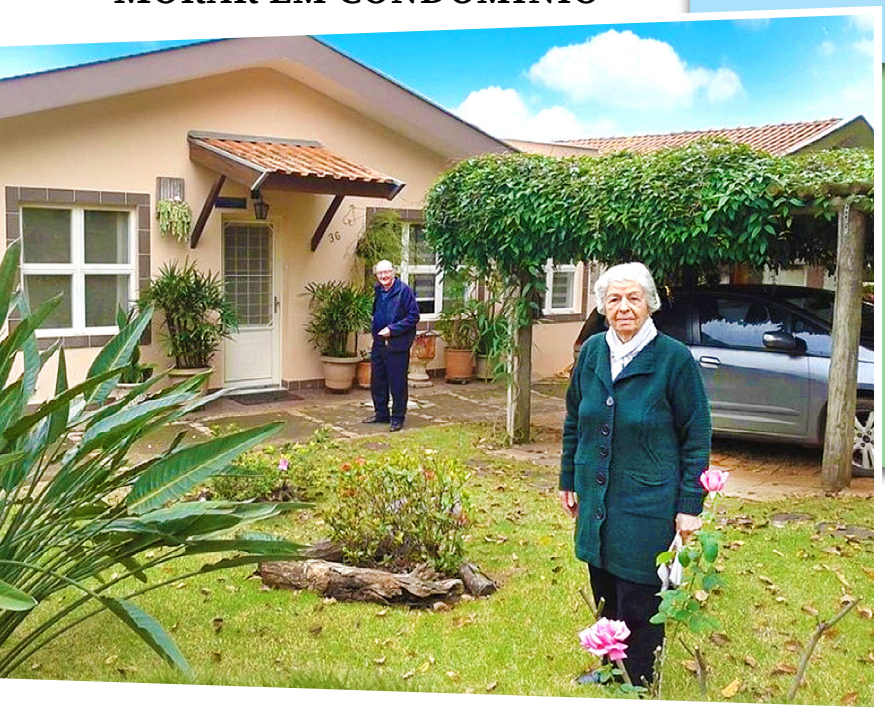
Prof. Dr. Alexandre Kalache é uma pessoa que contagia a todos com a sua simpatia, demonstra curiosidade sem fim, alegria empolgante quando está dialogando com os idosos.

Gratidão professor pela construção de um Prefácio tão inovador e pelo Apoio Incondicional durante a realização desta produção.

Áurea Soares Barroso
Edgard Borsoi Viana
Inês Andrade Rioto

Nossas homenagens às pessoas idosas que ilustram este livro e suas alternativas de morar

Morar em condomínio



O casal, **Norbert e Eunice Brusche**, preparou-se durante a vida para escolher o local onde gostaria de envelhecer.

Os três filhos foram saindo de casa seguindo suas trajetórias. Senhor Norbert engenheiro aposentado, senhora Eunice sempre dedica ao lar, percebendo que com o tempo a saúde foi alterando passaram a procurar um local onde pudessem viver com boa qualidade de vida e segurança. Após muita procura e visitar vários locais optaram, em 1º de julho de 2009, morar em condomínio no Lar dos Velhinhos de Piracicaba, considerado a primeira Cidade Geriátrica do Brasil, por ser um condomínio e ter no mesmo local uma ILPI filantrópica.

Minha homenagem ao casal pela trajetória de vida, por tanto ensinamento, por todas as vezes que me receberam com tanto carinho durante um mês em que vivenciei o dia a dia deste lugar encantador onde moram.

Da mesma maneira atenciosa, receberam Edgard nas visitas que fizemos em que colaboraram com sugestões para o Condomínio Condo Vida.

Ao casal nossa gratidão.

Morar sozinha

Maria Teresa Nogueira de Andrade, atenciosa, carinhosa, sempre compartilhando o que tem. A mais nova de nove irmãos, umas das cinco Marias da família, três fizeram a opção de não se casarem e moraram juntas até os 85 anos, quando as irmãs faleceram. Homenagear Teresa é homenagear todas as Marias da família, que deixaram o legado de "fazer o bem sem olhar a quem", ensinamento de amor ao próximo e solidariedade.

Até aos 94 anos com autonomia e independência, ressalta, morar onde sempre viveu só foi possível graças ao suporte de familiares e vizinhos.

Gratidão por sua generosidade.

Morar com a família

Maria Odila Borsoi, 93 anos, nascida em 1928, superativa, lúcida e totalmente independente, decidiu morar com a família, muito mais pela interação do dia a dia. Tendo com esta opção o privilégio de interagir diariamente com a filha, netos e algumas vezes na semana com a linda bisneta de 7 anos. Uma vibrante interação entre 4 gerações. Esta matriarca, filha de italianos, adora a casa cheia.

Muito obrigado a ela por este exemplo de vida.

Apresentação

A produção deste livro tem o propósito de identificar e dar visibilidade às pesquisas e intervenções criativas e inovadoras empreendidas no âmbito de governos, organizações sociais, universidades, movimentos sociais de idosos e da iniciativa privada com foco na moradia, longevidade e promoção da dignidade humana.

A longevidade é um tema que diz respeito a todos nós, fenômeno da nossa sociedade, do nosso tempo. O conteúdo da obra traz à tona aspectos que perpassam o processo do envelhecimento no campo biológico, psicológico, cultural, social, econômico, histórico e espiritual, entre outros, assim como os seus desdobramentos no cotidiano das pessoas.

Revela que precisamos ampliar o nosso olhar, desconstruir estereótipos sobre a longevidade, compreender que envelhecer é uma experiência única, que a pessoa tem o direito de fazer escolhas essenciais sobre a sua vida e ser respeitada pelas escolhas que faz. No entanto, para que as pessoas possam ser livres e iguais, é fundamental que elas tenham assegurados os seus direitos sociais, entre eles, o de moradia, lembrando, também, que precisamos levar em consideração as potencialidades desse grupo populacional e as suas contribuições sociais.

Os trinta textos aqui reunidos revelam a amplitude teórica, metodológica e as ações que envolvem a temática referencial: "revolucionando a moradia em face da longevidade". Desta forma, esta produção apresenta reflexões que visam oportunizar o debate acerca desta temática, mas sem a pretensão de esgotá-la.

O livro foi estruturado em seções por temas afins, começando pelo Prefácio, em que o Prof. Dr. Alexandre Kalache, referência na área da Gerontologia no Brasil e em diversos países, dialoga com especialistas que lhe enviaram questões.

Há textos que seguem normas para apresentação de trabalhos técnico científicos elaborados por pesquisadores e textos com escrita não acadêmica, o que entendemos ser positivo, pois favorece a interatividade entre estudos teóricos e empíricos.

Este livro está sendo lançado em um momento delicado de pandemia por covid-19 e no ano em que o Estatuto do Idoso (Lei 10.741 - 1º de outubro de 2003) alcança a sua maioridade. Esperamos que as reflexões aqui partilhadas contribuam no sentido da construção de uma sociedade livre, justa e solidária para todas as idades.

Por fim, gostaríamos de dividir o mérito desta produção com os autores(as) que compartilharam textos tão preciosos para a realização dessa obra. Gratidão!

Boa leitura!

Áurea Soares Barroso
Edgard Borsoi Viana
Inês Andrade Rioto

Sumário

PREFÁCIO 14

Diálogos 14
- *Prof. Dr. Alexandre Kalache*

SEÇÃO 1 – REVOLUÇÃO DA LONGEVIDADE 27

Revolução da Longevidade 28
- *Egídio Dórea*

SEÇÃO 2 – INICIATIVAS INTERNACIONAIS 39

Qual é o melhor lugar para envelhecer? 40
- *António M. Fonseca*

Programa Aconchego. "Quem estuda tem casa. Quem tem casa tem companhia" 56
- *Marta Filipa Gomes Pinto da Costa, Susana Maria da Silva Ferreira Matias dos Santos, Hugo Filipe Varela Correia Tavares*

Diversidade e Tendências em modelos de moradia para idosos nos Estados Unidos 68
- *Lycia Tramujas Vasconcellos Neumann*

Hogar y Café: Programa de Viviendas Compartidas entre Personas Mayores 92
- *Concepción García Conde, Pilar Rodríguez Rodríguez*

Condominios de Viviendas Tuteladas para Personas Mayores en Chile: Una Política Pública de Dignidad para Personas Mayores autovalentes sin techo 112
- *Octavio Vergara Andueza, José Miguel Morales Rojas, Gladys González Álvarez*

SEÇÃO 3 – INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS - ILPI 134

Instituições de Longa Permanência para Idosos: relato histórico e cuidados centrados no indivíduo 135
- *Henrique Salmazo da Silva, Adailton Almeida Mendonça, Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez*

Gestão em serviços de moradia para idosos – Uma vivência de desafios e decisões 148
- *Rachel Vainzoff Katz, Anny Caroline Dedicação*

Instituições de Longa Permanência como espaços de promoção da funcionalidade, garantia do bem-estar e qualidade de vida 164
• *Rodrigo Caetano Arantes, Michelle Bertóglio Clos, Walquíria Cristina Batista Alves, Bárbara Gazolla de Macedo, Gisela Gonçalves de Figueiredo*

Ambiência em Instituições de Longa Permanência para Idosos e a Covid-19: a experiência da Casa Ondina Lobo, São Paulo- SP 177
• *Maria Luisa Trindade Bestetti, Nadir Aparecida Menezes, Marianna Barbosa Yamaguchi*

Instituições de Longa Permanência para Idosos: VOCÊ MORARIA? 189
• *Rosamaria Rodrigues Garcia, Caio Brunelli Brasiliense*

Lar dos Velhinhos de Rio Azul: O espaço de moradia como influência no indivíduo e no coletivo 211
• *Talbian Raony Przybycz, Tatiane Cristina Ferreira*

Santa Rita: Moradia construída do asilo à ILPI 226
• *Fabio Ricardo Ledesma, Juliana Marinski, Cesar Rey Xavier*

Liga Solidária e Lar Sant'Ana - área residencial para idosos 241
• *Cristiane de Paula Felipe, Gilberto Camilo da Silva, Monica Etchenique, Rosalu Fladt Queiroz.*

SEÇÃO 4 – INICIATIVAS GOVERNAMENTAIS E SOCIAIS SOBRE MORAR 60 MAIS 254

Envelhecimento e direito à moradia: Experiência da Vila Dignidade em Mogi das Cruzes 255
• *Camilla Cristina Taceli*

Conjunto Habitacional "Vila dos Idosos " 272
• *Rodrigo Cardoso Bonicenha*

Programa Cidade Madura – PB – Brasil 289
• *Francisco Fabrício Firmino de Oliveira*

Lar dos Velhinhos de Piracicaba: Primeira Cidade Geriátrica do Brasil 298
• *João Umberto Nassif*

AGERIP: Qualidade de vida a vida toda.....313
• *Maria Cândida Pereira Azem*

Políticas Públicas de Atenção à Pessoa Idosa em domicílio: uma estratégia necessária 325
• *Rosa Maria Bruno Marcucci, Ana Paula Lima Orlando, Karla C. Giacomin, Lilian de Fátima Costa Faria, Ruth Caldeira de Melo*

Visitas domiciliares realizadas pela Pastoral da Pessoa Idosa por meio do voluntariado.....340
• *Dom José Antônio Peruzzo, Áurea Soares Barroso, Irmã Terezinha Tortelli.*

SEÇÃO 5 – VELHOS E NOVOS DESAFIOS SOBRE LONGEVIVER 352

Reflexões sobre a condição de moradia para o envelhecimento e para pessoas idosas negras 353
• *Alexandre da Silva, Igor Santos Valvassori*

Particularidades da luta por moradia para as velhices LGBT 370
• *Diego Felix Miguel, Milton Roberto Furst Crenitte*

Envelhecendo em casa e na comunidade: idosos que residem sozinhos e sua rede de suporte social, um desafio para as políticas públicas 380
• *Marisa Accioly, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, Andrezza Santos*

Idosos em situação de rua: Cenário e possibilidades de acolhimentos 390
• *Sabrina Almeida da Silva*

SEÇÃO 6 – IMPACTO SOCIAL E CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS EM FACE DA LONGEVIDADE 401

Centro Dia para Idosos: Diálogos sobre a escolha do serviço pelos cuidadores familiares 402
• *Rosa Yuka Sato Chubaci, Eliane Silva Bicocchi Canova, Alessandro Pedrazolli de Morais, Milena Yuri Suzuki, Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez*

Casa segura para abrigo do corpo e da alma.....415
• *Monica Rodrigues Perracini, Maria Luisa Trindade Bestetti, Maria do Carmo Correia de Lima*

Condomínio do Futuro com Propósito, Sociabilização, Saúde e Qualidade de Vida 428
• *Edgard Borsoi Viana*

Senior Design, novo olhar do morar 442
• *Flavia Ranieri*

SEÇÃO 7 - CIDADE PARA TODAS AS IDADES - CENTRO INTERNACIONAL DA LONGEVIDADE BRASIL - ILC BR 459

Muito além da moradia: a importância de um entorno amigo de todas as idades 460
• *Alexandre Kalache,*
• *Ina Voelcker,*
• *Elisa Monteiro Coelho,*
• *Emilio Hideyuki Moriguchi, Berenice Maria Werle, Neide Maria Bruscato, Lilian Vivian Netson, Waldemar de Carli,*
• *Anita Liberalesso Neri, Taiguara Bertelli Costa, Giovanni Vendramini Alves, Márcia Alves Guimarães Costa,*
• *Marília Louvison, Natalia Sperli Geraldes Marin dos Santos Sasaki, Camila Garcel Pancote, Amena Alcantara Ferraz Cury, Antonio Caldeira da Silva*

Valho-me do poema de Roseana Murray[1]

"SEM CASA"

Tem gente que não tem casa,
mora ao léu, debaixo da ponte.
No céu a lua espia
Esse monte de gente na rua,
Como se fosse papel
Gente tem que ter onde morar,
Um canto, um quarto, uma cama
Para no fim do dia guardar o corpo
Cansado, com carinho, com cuidado,
Porque o corpo é a casa dos pensamentos.

PS:

Como a gente aprende com os idosos, minha avó dizia sempre: _ Casa que não entra o sol, entra o médico.

Destaco os quatro pilares do Envelhecimento Ativo: saúde, conhecimento ao longo da vida, participação e proteção. Estão todos entrelaçados. Afinal, saúde é criada no contexto do dia a dia: onde vivemos, trabalhamos, nos divertimos, aprendemos, amamos. E é na moradia onde passamos a maior parte de nossas vidas. Sem moradia digna, tudo o mais põe-se a perder. Impossível conceber uma 'cidade amiga das pessoas idosas' se ao longo de seus cursos de vida não tiveram moradias dignas. Se não tiveram um abrigo que as agasalhasse, um porto seguro para nele estarem ancorados, um teto confiável para a noite passarem. E, no final da vida, sentirem-se aconchegadas e seguras.

Alexandre Kalache

[1] MURRAY, Roseana. *Casas*. São Paulo: Formato Editorial

Prefácio

Diálogos com Dr. Alexandre Kalache

✓ ***Como tem sido para o renomado profissional, referência mundial na área do envelhecimento, que constantemente viajava por vários países, ficar em casa durante a pandemia em isolamento social?***

Eu sou plenamente ciente dos meus privilégios e é claro que eu tive uma mudança brusca, abrupta de estilo de vida. O fato de ter passado as últimas décadas viajando pelo mundo e, de repente, viver um confinamento total, jamais passara pela minha cabeça. Eu estava em Portugal, tinha acabado de chegar em março, a vida estava normal. Saí para jantar com amigos e no dia seguinte foi como se um asteroide estivesse caído no país. Só tive tempo de correr para o aeroporto e antecipar o retorno para o Rio. Fiquei ainda dois a três dias confinado no quarto do hotel, com provisões que comprei no supermercado, pois eu não queria correr riscos. Percebi que a situação tinha chegado como um "tsunami".

Desde meu retorno ao Rio, praticamente não saí do apartamento. Fui algumas vezes visitar minha mãe que mora bem perto. Nada satisfatório, afinal ela é uma pessoa centenária e com Alzheimer. Embora reconheça minha voz, este velho de barba branca não pode ser 'seu filho'. Acredito que deve imaginar que eu seja um impostor, imitando a voz do filho. Talvez pense: "Se fosse meu filho ia me beijar, me abraçar, como sempre fez". Então substitui a única forma de contato que para ela é familiar, que é poder falar no telefone. E sigo dando total apoio a suas magníficas cuidadoras.

Com o resto do mundo, contínuo conectado. Felizmente isso não aconteceu há dez, quinze anos atrás quando as ferramentas tecnológicas eram limitadas. E sobre o ponto de vista profissional, sinto que estou produzindo talvez até mais do que antes, pois não tenho que perder tempo em me deslocar nas viagens, perder horas em espera nos aeroportos.

Estou totalmente focado naquilo que tenho que fazer e uma delas é botar o **chapéu do ativista**. Eu sou um velho, portanto posso exigir respeito e demandar NADA PARA NÓS SEM NÓS! A minha voz conta e tento usufruir do privilégio de ter renome, de ser reconhecido e de fazer com que, em defesa dos Direitos das Pessoas Idosas, eu possa falar para mídia, para o setor acadêmico, para a Sociedade Civil, ONU, OMS, enfim, para instituições nacionais e internacionais.

O mais importante é que eu pude acumular ao longo da minha vida, minha longa vida, 75 anos agora, os "Capitais" de que eu sempre falo: capital da Saúde, capital de Conhecimentos, capital Social e o capital de Segurança e Proteção. **Saúde** sempre em primeiro lugar. Felizmente tenho sido agraciado

ao longo da vida com boa saúde. C**onhecimento,** porque procurei sempre aprender, desde jovem, aprender a aprender, sempre.

Está muito claro, se eu não tivesse aprendido alguma coisa desde minha graduação em 1970, as pessoas não estariam interessadas em falar comigo...há muito tempo. Claro que a gente dá tropeções nesta história toda da tecnologia...afinal, eu sou "pré-analógico", na minha infância nem televisão havia. Não é tão fácil para mim, como é para a "geração Millennials, mas vamos tocando.

O **terceiro pilar que é o Social**, esse eu me valho também, da certeza de que eu tenho meus direitos, como o direito a participar da sociedade e que ninguém vai me passar para trás. Eu sempre fui absolutamente contra a tradução para o português da palavra "aposentadoria". Estabelecer que cabia ao velhinho ficar no aposento, não tem chance com este velhinho aqui, pois vou envelhecer na sala da frente. Nada de ficar escondido no aposento, como naquelas casas antigas, quando a palavra foi cunhada em português. O último é relacionado **à proteção, à segurança**. Não me falta comida na prateleira e os recursos para pagar as contas. Nada disso é o que a maioria das pessoas idosas do Brasil têm. Ou não têm saúde, ou não puderam aprender ao longa da vida, porque ninguém se interessou por lhes ensinar, ou não puderam ter um capital social, porque têm vergonha de convidar alguém em casa, de poder usufruir dos contatos sociais, as famílias fragmentadas, das distâncias, das migrações, de envelhecer em uma periferia, em um casebre sem esgoto. Cinquenta por cento da população brasileira nem esgoto tem! E como falar de proteção, se você não tiver no mínimo: um teto em cima da cabeça, comida na prateleira, dinheiro para pagar as contas e sobrar um pouco nem que seja para comprar os remédios que precisa? Esse velhinho aqui não tem essas preocupações, mas este velhinho aqui é exceção.

O que me motiva é ter um propósito, que eu estou aqui para defender os interesses e a voz dessa maioria que está silenciada, prejudicada, portanto não posso deixar que o meu isolamento, que é apenas de distanciamento, prejudique o trabalho a ser realizado. Eu não estou só, estou isolado... nunca estive tão conectado com tanta gente.

A palavra que nós chamamos de solidão, ela tem dois equivalentes em inglês. Em inglês existem duas palavras que a gente traduz como solidão. A primeira palavra é *loneliness* que é a solidão que dói, que machuca. É a solidão que pode ter uma dimensão qualitativa ou quantitativa. Pois às vezes a pessoa está rodeada de gente, que não lhe dá atenção, não lhe dá carinho, não ouve a sua opinião. Daí, essa pessoa sente-se massacrada, solitária, estigmatizada, passada para trás. Essa é a solidão que dói, que machuca é a 'loneliness'.

A outra palavra em inglês não se pode traduzir literalmente, é *solitude,* que significa um momento de introspecção. Convida a um mergulho dentro de si mesmo para examinar o que falta, que coisas devem ser mobilizadas, como aumentar as reservas, reflexão sobre desejos e aspirações individuais e o que a sociedade precisa. Infelizmente no Brasil nós não temos esse hábito

da *solitude*, vamos apenas levando...levando. Em muitas culturas há solitude, por exemplo, as que cultivam períodos de meditação, de retiros...outra palavra em inglês: mindfulness.

Vejo com imensa tristeza, assistindo na televisão ou da janela da minha casa, as pessoas como se estivessem em festa. Não há um momento para expressar a dor. E, no entanto, esta sociedade está traumatizada. Neste momento em que eu falo, são duzentas e vinte e cinco mil mortes. Não só mortes, muito sofrimento. Há perdas de status, de dinheiro, de desespero, dos jovens sem futuro, dos desempregados, desalentados daqueles que vivem só. Está na hora, de expressar, mais do que nunca, a solidariedade por essas pessoas que estão sofrendo tanto. Não está na hora de ir para festas, baladas, encher a cara nos bares, se bronzear nas praias.

É isso que esse velhinho aqui tem como propósito de tentar aliviar um pouco. Não a minha dor que é relativa, mas a dor coletiva que está sendo desleixada. É o escárnio, a falta de empatia, o deboche que machuca. É o que eu gostaria, gostaria tanto, que o brasileiro pudesse, em um momento como esse, exercer a tal solitude *da língua inglesa*, para aumentar suas reservas e sair dessa situação um pouco melhor do que a gente entrou.

✓ ***Segundo a Constituição Brasileira e Estatuto do Idoso a responsabilidade pela pessoa idosa deve ser da família, sociedade e Estado. Como vê esta escala de responsabilidade em relação à moradia? O mesmo acontece em outros países?***

Nosso Estatuto do idoso e nossa Constituição têm pontos fabulosos! Creio que ninguém discutiria de que cabe a este tripé da família, da sociedade e do Estado a responsabilidade de cuidar, zelar pelas pessoas idosas mais vulneráveis. Vamos refletir? Que família? **A família** fragmentada, separada por um país continental onde as pessoas podem morar a milhares de quilômetros umas das outras? Onde aqueles filhos nordestinos migraram para região sul do país em busca de oportunidades e deixaram seus pais e avós para trás e que agora se encontram desempregados e não podem fazer remessas para poder assisti-los e nem tampouco estarem próximos para o cuidado físico de que seus idosos possam necessitar?

Que família que a gente fica pensando? Como se a família ainda fosse aquela família estendida, com pouquinhos idosos, cheios de filhos, de netos, cheios de bisnetos que podiam se dedicar ao cuidado se revezando. Que família? Falando da mulher que, felizmente, entrou para força de trabalho remunerado, até porque a economia precisa dela ali. Essa mulher não vai ter tempo de trazer dinheiro para casa, cuidar dos filhos, cuidar dos pais, dos avós e até do marido que, de regra, é mais velho que ela. Que família a gente está falando, se os divórcios são cada vez mais frequentes e você vai depender de quem? De uma segunda, terceira, quarta ou quinta nora do mesmo filho?

De que família se está falando, em um país tão machista, em que os homens não participam dos cuidados, ficando quase sempre nas mãos das mulheres? Uma questão de gênero quando se fala da família. A gente está

falando, na verdade, das mulheres da família. E essas mulheres estão suportando um fardo muito grande. Essas mulheres foram as mais sacrificadas no contexto da Covid, não pela morte, mas pela perda daquele trabalho informal. Tiveram que ficar em casa cuidando...dos netos...dos filhos...dos pais... do marido. E renda, que é bom, perdida.

S**ociedade**, que está traumatizada, que tem quinze milhões de desempregados procurando emprego além dos desalentados, sub empregados, estão com a renda cada vez menor, com algum tipo de ganho que não é sustentável. Isso em um país que já estava em profunda crise antes da pandemia, por mais que ela fosse negada.

Estado, que Estado é esse onde o Conselho Nacional de Direitos das Pessoas Idosas sofre uma intervenção vertical, de cima para baixo, no dia vinte e sete julho de 2019, data que gravei pelo traumatismo que me causou. Esse mesmo Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas idosas que nem dialoga com outros setores, nem mesmo outros ministérios. Que ficou nas mãos de um só, o Ministério de Direitos da Família, que tem como padrão uma família "bonitinha' heterossexual**,** onde menino fica de azul e menina fica de cor de rosa, em que nem se pode falar de gênero.

É esse o Estado que vai dar o amparo, a segurança e a proteção? Que nem soube o que fazer quando ficou patente que os mais vulneráveis vivem institucionalizados, desarticulados, sem qualquer mínimo diálogo com a sociedade civil, alguns literalmente postos na rua. Foi preciso que a sociedade civil criasse uma Frente Nacional para protegê-los através de informação, ações, mobilização, do norte ao sul do país.

O Estado não se interessou em absoluto por aquilo que no seu título diz: Conselho Nacional de Direitos das Pessoas Idosas. A impressão que nos dá é que eles nem sequer entendem que a palavra direito significa dignidade, uma vida digna para essas pessoas idosas que tanto necessitam de amparo.

Acho que estamos muito bem no papel, na Constituição, Estatuto do Idoso, mas na prática estamos mal. Os países mais desenvolvidos primeiro enriqueceram e depois envelheceram. Tiveram tempo e recursos para substituir a assistência, antes prestada pelas famílias, por serviços públicos. Mas há alguns países que nos servem de modelos. São países mais similares ao nosso em termos de desenvolvimento socioeconômico, que estão também envelhecendo de forma rápida.

Por que será que nós matamos mais de 225 mil pessoas pelo Covid e o Uruguai aqui do lado, menos de cem? O que será que o Uruguai, Costa Rica, ou países que às vezes são mais pobres que nós, fizeram e conseguiram bons resultados? Não foi por serem países pequenos. Vejam a Tailândia, Malásia ou Vietnã? Esses países ofereceram mais respeito pelas pessoas idosas desde o início no contexto desta pandemia, percebendo que existe um grupo de alto risco, que nós temos que proteger, porque são nossos pais, nossos avós ou eles são quem nós aspiramos ser. Os adultos mais jovens hoje que esperam envelhecer. Afinal, de duas, é sem dúvida a melhor opção.

✓ ***As diferenças socioeconômicas ficam nítidas na questão moradia. A pandemia escancarou as desigualdades sociais, assim como deixou claro que a casa passou a ser para idosos o "lugar de estar". Qual impacto destas diferenças na qualidade de vida das pessoas idosas?***

Quando respondi à primeira pergunta, deixei bem claro que sou um privilegiado. O lugar onde eu moro me oferece todas as condições para que esteja bem, protegido, contas pagas, comida na prateleira, espaço, não estou 'confinado'. A imensa maioria dos brasileiros envelhecem precocemente e mal. Envelhecem em moradias deficientes, sem esgoto, sem água encanada, às vezes com goteiras, às vezes com dificuldades imensas de transporte, porque moram longe, na periferia ou amontoados em favelas, em condições abjetas. Ou que seja em apartamentos de classe média baixa, em que têm que compartilhar um pequeno espaço, dois quartos para adultos, netos. Algumas vezes coabitar o mesmo o quarto com seus netos, e se sente um fardo, se sente ocupando um espaço e tirando oportunidades dos mais jovens.

Me lembro de, há muitos anos, um estudo qualitativo feito em São Paulo nas entrevistas as pessoas idosas relatavam: _ "Eu não tenho nenhuma valia, ninguém pergunta minha opinião, nem opinar qual canal de televisão eu posso. Não posso trazer minhas amigas em casa para tomar um chá comigo, porque meus netos ficam nos ridicularizando". Exemplo claro de que você pode estar cercado de pessoas e, no entanto, só.

É neste contexto que as pessoas que estão envelhecendo. A questão de moradia com frequência não é uma escolha. A pessoa idosa se vê na condição de trazer de volta para casa a filha divorciada e os netos por falta de opção. Abre porta de casa porque, afinal, para isso ali estão: proteger suas famílias. Essas desigualdades sociais ficaram realmente escancaradas. Sempre estiveram aqui, mas é como se, de repente, o Estado descobrisse que tem setenta e três milhões de pessoas que necessitam do auxílio emergencial. Será que eles não sabiam que tinha essa quantidade enorme de pessoas com trabalho precário, desempregados, desalentados vivendo de trabalho informal sem nenhuma segurança?

É isso que tem que se dar conta! E quem sabe a pandemia vai poder dar um jeitinho, um pouquinho de conscientização de que, muitas vezes, apesar de viver na própria moradia, a pessoa idosa não se sente segura. Temos que dar passos imensos para oferecer um pouco mais de dignidade para essas pessoas, que já tiveram décadas de vida sem parar, se dedicando, trabalhando e contribuindo, para se verem agora desprestigiadas, passadas para trás, com mensagens insidiosas de que já viveu, está tirando a vez dos outros".

✓ **Há um grande número de idosos morando sozinhos. O alto custo das reformas e contratação de cuidadores, são causas que forçam idosos a mudar de casa. Há idosos que pagam aluguel e outros que não tem onde morar. Conhecendo nosso país, como delinear políticas públicas de moradia?**

Em primeiro lugar há pessoas que tem casa própria, esse é um sonho da maioria das pessoas – mas grande número não pode ter uma moradia que se

possa chamar “decente” E, as casas pouco a pouco se deterioram, necessitam de reparos e manutenção. É necessário um dinheirinho extra para fazer as reformas e consertos, mas o dinheiro que entra mal dá para o mês.

Aqui mesmo em Copacabana, onde eu vivo, há pessoas morando em apartamentos muito antigos, em que a instalação elétrica precisa ser refeita. Localizados à beira mar a maresia corroeu a fiação e as pessoas acabam sem luz elétrica! A mesma coisa com o abastecimento de água, pois os encanamentos antigos, feitos de chumbo estão entupidos. Tem apenas um gotejar na hora que abre a torneira. Ou seja, há moradias que teoricamente seriam dignas, mas que na verdade não oferecem estabilidade, estão deterioradas e a pessoa não tem alternativas, pois os recursos são insuficientes para a necessária manutenção.

Não temos a facilidade que outros países têm há décadas. Desde que fui para Inglaterra, em 1975, quando ouvi falar em hipoteca revertida, a pessoa mora na casa que tem um valor X, negocia com o banco; é como se a pessoa “vendesse a propriedade” com o direito de continuar a morar nela até o final da vida. Com esse capital, liberado através da venda para o banco, a pessoa aumenta a renda e tem condições de fazer os consertos no telhado, no encanamento inadequado, na instalação elétrica que precisa de reparo. Ao mesmo tempo está investindo no tecido residencial imobiliário comunitário com a reforma e usando seu próprio dinheiro para melhorar a qualidade de vida e continuar aquilo que em inglês é chamado “ageing in place”, continuar vivendo onde você sempre viveu. Ali se tem o capital social, a familiaridade, conhece a vizinhança, a igreja que frequenta, próxima ao médico em que sempre foi. Tudo isso é de imensa valia para pessoa que envelhece. A hipoteca revertida pode permitir tudo isso, mas nós não temos essa modalidade no Brasil. Nós não temos essa cultura. Nossa cultura é deixar a casa para os filhos, nem sempre...tão agradecidos.

A melhor coisa que a pessoa idosa faz para seus filhos é cuidar de si própria até o final da vida. Temos que rever valores para que a pessoa idosa possa realmente usufruir daquilo que tem, porque foi fruto do seu trabalho.

Quanto mais se conseguir manter a autonomia de acordo com seus desejos, independente se precisa de ajuda, mais os filhos vão poder usufruir da companhia. No Brasil é o inverso, os mais novos estão de olho no que vão herdar e são contra a hipoteca revertida, e podem muitas vezes acionar mecanismos para que a pessoa idosa perca o poder de decisão e se torne inapta a gerenciar o próprio patrimônio. Interditados! Os idosos devem fazer de tudo para continuar gerenciando os bens que lhe pertencem e devem gerenciar da maneira que melhor lhe parece. Esta atitude cria um estigma. Os pais acabam não fazendo o que querem por medo de serem censurados. Isso é abuso emocional e psicológico. São situações em que os filhos muitas vezes atuam como tiranos.

Há idosos que pagam aluguel. Muitos pagam pouco por contratos antigos, mas não têm o direito de fazer reformas. Muitas vezes têm medo de mexer no banheiro ou na cozinha, porque pode servir de desculpa para que o

proprietário peça o imóvel de volta. O Brasil precisa de uma legislação que possa proteger os idosos que moram de aluguel, proteger o direto de continuar onde sempre moraram. Precisa de políticas públicas que contemplem essas questões, porque o envelhecimento vai aumentar. A turma que está hoje com trinta anos, vai chegar aos 60 anos em 2050. Estou falando do futuro, próximo, delas.

✓ ***Em alguns países há alternativas de moradias compartilhadas entre idosos e moradias intergeracionais, por atenuar a solidão, criar vínculos de amizade e diminuir gastos. Como vê estas alternativas?***

Vou contar um caso: Quando se vai envelhecendo vamos gostando de contar "causos" e afinal, tenho raízes mineiras. Quando morava na Inglaterra, em Londres, de certa forma ainda moro, tenho minha casa, meus filhos, minhas netas vivendo lá. Há muitos anos, eu tinha uma vizinha idosa, que era simplesmente encantadora. Vivia sozinha, viúva, não teve filhos. A vida toda foi uma ativista na luta por direitos. Morava em um apartamento pequeno, com dois andares, embaixo sala, corredor, cozinha, acesso ao jardim, uma escada, no andar de cima banheiro e o quarto.

Certo dia essa senhora, a Mary, foi na cafeteria que costumava frequentar e encontrou um jovem de 18 anos, tunisiano que tentou imigrar para o Canadá em voo com conexão em Londres. Por algum motivo a companhia aérea não permitiu que ele continuasse o voo. De alguma maneira ele conseguiu sair da área de imigração do aeroporto e foi tomar um café. Quem o serviu percebeu a situação e deu o endereço da tal cafeteria que a Mary frequentava. O dono era também tunisiano e talvez pudesse lhe dar um trabalho, até ele decidir o que fazer. Assim ele conseguiu um trabalho, ilegal, em troca por moradia e alimentação. Começava a trabalhar bem cedo e trabalhava até tarde da noite, dormindo no balcão.

Neste dia, na cafeteria, Mary percebeu que ele não falava inglês, mas falava francês. Ela era fluente no idioma e começou a conversar com ele. Ficou indignada com as condições de trabalho que ele estava se submetendo e imediatamente lhe ofereceu moradia. Embora não tivesse um quarto de hóspede, o Mimo passou a morar na casa da Mary. Onde? Debaixo do vão da escada. Criaram uma grande amizade, ela o ajudou a obter o status legal de imigrante, conseguiu lhe um emprego digno, foram anos até que ele se casou e foi morar perto. O casamento não durou muito e lá volta o Mimo a morar com ela.

Mary não imaginaria que aquela atitude de ajudar um jovem desconhecido anos atrás, um dia se reverteria. Seria cuidada por ele, quando sua saúde deteriorou. Ele se dedicou a cuidar dela até o fim da vida. Quando Mary morreu apareceu uma sobrinha, que era herdeira e o retirou da casa. Ele foi morar com vizinhos onde está até hoje.

Essa intergeracionalidade deveria ser estimulada por políticas públicas. Quantos jovens poderiam se beneficiar com moradias deste tipo. A primeira ideia que se tem no Brasil é que se poderia estar abrindo a porta para vários tipos de abusos, mas quantos universitários vão estudar em cidades

grandes e as famílias não podem pagar hospedagem, ou mesmo morar em uma república de estudantes, é uma despesa grande. Veja que oportunidade de convivência, em Copacabana mesmo há muitas pessoas que moram sozinhas, com muito espaço, que com medidas legais de proteção poderiam abrigar jovens universitários que lhes serviriam de companhia. Não seria pagamento, mas uma troca de moradia por ajudar em pequenas tarefas ou ir às compras, por exemplo. Ou, simplesmente assistirem um filme na tv ou compartilhar um vídeo game.

Na Holanda as instituições de idosos recebem universitários, onde há troca de moradias por horas de atividades sociais. Com os idosos na Inglaterra, perto de onde moro, há voluntários que foram treinados para reconhecer e ajudar pessoas idosas pré demencial ou com demência.

"Um dia andando por Londres, entrei em um brechó e vi uma senhora em uma cadeira de rodas com várias bonecas no colo, perguntei a moça da loja se aquela senhora vinha sempre ali, ela me respondeu que sim e sabia onde ela morava, era perto dali. Explicou que às vezes ficava confusa, algum tipo de demência, mas que ela gostava vir a loja, porque tinha companhia, tomava chá, ficava por algumas horas, depois levavam ela de volta para casa. Tinha sido enfermeira cuidava de crianças, por isso as bonecas lhe traziam boas recordações."

Este é um exemplo de como as pessoas podem continuar morando na mesma casa, onde são conhecidas e estão acostumadas com o local onde sempre viveram.

✓ ***Alguns países estão desenvolvendo estudos pós pandemia para reestruturação das ILPIs com prédios menores, idosos em quartos individuais. Projetam condomínios intergeracionais, ampliam programas que atendam idosos em casa. Como acha que será morar 60 mais no Brasil do futuro?***

Como tudo no Brasil depende da classe social que se pertence, nós vamos ver uma expansão dessas moradias, já estava acontecendo antes, agora com a pandemia vai aumentar ainda mais. Acho que vão aparecer alternativas mais interessantes do que antes, que eram os asilos. Sabemos que as ILPIs estão muito mal regulamentadas, mal fiscalizadas, têm algumas que são depósitos de idosos.

Vou contar a história de uma pessoa muito, muito querida, minha madrinha, que morreu em 2004 com 104 anos em São Paulo. Uma pessoa de uma doçura absoluta. Não teve filhos, o marido morreu em consequência da gripe espanhola, ficou viúva aos 18 anos. Se dedicou muito à família, entre elas uma prima mais jovem que havia se divorciado e tinha uma filha. Estavam numa situação precária e a minha madrinha convidou-a para morar com ela, tratava a menina como se fosse sua própria filha. Anos se passaram ela se casou teve filhos, se divorciou, e tinha uma rede de negócios.

A prima, já de idade e doente, pediu que minha madrinha colocasse a casa em nome da filha, pois cuidaria bem dela já que a tinha como "uma segunda mãe e nada lhe faltaria", e assim minha madrinha fez. Os anos

passaram e minha madrinha foi ficando debilitada, tinha uma cuidadora que lhe ajudava com a higiene, mas aquela que era "como uma filha", se queixava da segunda mãe e dizia que estava na hora dela partir, que ela só dava trabalho. Até que um dia ela vendeu a casa. Como ela tinha a posse legal da casa, não consultou a "segunda mãe". Enganou-a, dizendo que precisava fazer um tratamento contra cupim na casa e que ela deveria passar algumas semanas em uma casa de repouso e depois voltaria. Minha madrinha tinha um século de vida, com a cabeça boa, só estava mais frágil. Na verdade, nunca mais voltou para casa. A vida de um século se resumiu em uma mala e entre esses pertences levou consigo algumas fotos.

Minha madrinha foi para uma casa em que não teve o direito de escolher. Teve que compartilhar o quarto com outras três mulheres. Assim terminaram seus últimos três anos de vida." Aqui falamos de uma mistura de mecanismos legais necessários para que os direitos sejam resguardados. É tão comum ter esse tipo de "recompensa": a falta de reconhecimento e de gratidão.

Idosos de hoje, idosos do futuro, tomem cuidado! Porque as ações que vocês estão tomando hoje podem ter repercussões surpreendentemente nefastas. Por isso que muitas vezes uma IPLI, ao invés de ser a pior das opções, pode ser a melhor. Temos que terminar com o estigma da casa de abrigo, asilo, para que muitas pessoas sós possam escolher bem uma ILPI.

Na Espanha e na França já está clara a tendência, principalmente com a pandemia da Covid-19, que sejam locais menores, com alas de isolamento e, de preferência, cada um no seu quarto, seu banheiro. Mas tudo isso exige investimento privado e público.

✓ ***Na sua visão, como lidar com os grandes desafios em relação às ILPs? Muitas não têm quarto para casais, a grande maioria não aceita público LGBTQI+, a dificuldade no atendimento e manejo das equipes, principalmente com os idosos que têm transtornos psiquiátricos.***

Primeiro existe uma negação de que uma pessoa idosa tenha outras necessidades além da fralda trocada, banho tomado e a comida deixada ao pé da cama, muitas vezes sem que alguém se importe de constatar se foi consumido ou não. Muitas ILPIs são fabricas de gerar lucros para os proprietários. É premente maior fiscalização, regulamentos podem até existir – mas, quantas vezes, não são colocados em prática.

Se há negação da sexualidade no envelhecimento é porque acham que isso é coisa para jovem. O Brasil ainda se prende à ideia da relação como puro sexo. Mas o idoso sente falta da intimidade, do contato, de sentir o calor do outro corpo, em que você se abraça, se sente seguro e dorme, isso não é considerado. Se há essa negação, não se considera como um problema que um casal fique separado, fique cada um em uma ala. Sabemos que acontece muito em instituições religiosas, seja qual for a denominação, com seus estigmas, preconceitos e se for LGBTI, então é pior.

Eu digo à população LGBTI que deixe muito claro que exijam ser respeitados. Mas ainda assim não terão segurança de que terminem seus dias em

uma instituição preconceituosa e fundamentalista. Sua orientação sexual não é respeitada e seu parceiro/a, talvez de toda uma vida, não é bem-vindo. Infelizmente cresce hoje no Brasil a LGBTIfobia. Para muitos foi penoso e difícil "sair do armário". Ser empurrado de volta, após envelhecer, é cruel.

Estes residenciais refletem um país machista que rechaça tudo que não seja considerado "normal". Basta ver as manifestações de ministros, como o de educação, que fala: "Se um filho é homossexual mostra que a família é desajustada". Outra ministra que diz, menina tem de usar rosa, menino usar azul, não se pode falar de gênero. Isso repercute na escola, na sociedade e reflete nos residenciais. Se percebe pela própria linguagem quando dizem: eu "respeito as escolhas", quando não trata de "escolha" e sim de uma orientação natural. Isso já deveria ser página virada há muito tempo. A OMS há muitas décadas declarou que homossexualidade não é doença nem desvio de comportamento.

Se a pessoa idosa tiver um transtorno psiquiátrico, pode ser muito pior. As instituições não estão preparadas para lidar com esses transtornos em jovens, imagine com idosos. O que se vê é o abuso de atar as pessoas fisicamente, amarrar em cadeiras ou dopar, para não dar trabalho.

É uma questão que deve ser amplamente debatida, o que não tem acontecido, assim como a necessidade de debates profundos sobre a finitude. Sobre o poder de manter a autonomia, as preferências, desejos até o final da vida. Precisamos evoluir a respeito do conceito sobre instituições que oferecem um final de vida com dignidade. Não estou falando de eutanásia, e sim de uma discussão em que se respeite a vida até seu final.

✓ ***O Programa Cidade para Todas as Idades tem avançado no Brasil? Prevê mudanças pós pandemia do coronavírus sobre a configuração e os fundamentos do programa?***

Em primeiro lugar não creio que o programa Cidade para Todas as Idades esteja avançando no Brasil como eu almejava, sonhava e esperava. Foi uma ideia que me ocorreu por ter claro que o século XXI será caracterizado por duas tendências demográficas claras: envelhecimento e urbanização. Cada vez mais pessoas envelhecerão em cidades – e elas não estão preparadas para oferecer um bem envelhecer. Isso foi em 2005, logo em seguida, realizei um estudo piloto, com a ajuda de amigos gerontólogos – como Laura Machado e Paula Travassos – em Copacabana, o bairro mais envelhecido da América Latina, onde nasci, cresci e vi meus pais envelhecerem.

Eu ousei lançar na OMS, onde trabalhava, embora se achasse na época que ele deveria caber em outro organismo internacional, como Habitat. Mas insisti, pois, sempre acreditei no fundamento básico da Carta de Ottawa da Promoção da Saúde, promulgado pela OMS em 1986: "saúde é criada no contexto em que se vive, se trabalha, se locomove, onde as pessoas buscam entretenimento, onde se amam".

As pessoas estão, cada vez mais, envelhecendo nas cidades. Portanto, preparar a cidade para o mais velho implica em um movimento que a todos

beneficia – se a cidade for mais amiga dos idosos termina sendo amiga para toda as idades. Afinal, o que almejamos é envelhecer. Sempre repetindo o meu mantra "Envelhecer é bom, morrer cedo que não presta."

Passamos dois anos preparando o protocolo, fazendo estudos em Copacabana, lançando a ideia no Congresso Internacional de Gerontologia em 2005, no Rio, em que tive o privilégio de ser o conferencista da sessão de abertura. Consegui atrair interesse de muitos participantes internacionais, e, em seguida, recebi o apoio do governo canadense. Fomos, então para Vancouver onde realizamos uma reunião com expertos em envelhecimento e planejamento urbano – consolidando o que tínhamos feito de maneira informal e improvisada em Copacabana.

Nasce então o protocolo de Vancouver, com suas pétalas, como eu chamo, desde o acesso a serviços, participação na sociedade, inclusão social, cidadania, acesso a trabalho, educação, enfim, todas as dimensões que importam para bem se viver - inclusive a questão da moradia.

Realizamos estudos qualitativos (grupos focais e fóruns públicos) em paralelos em trinta e cinco cidades mundo afora. Os dados coletados foram enviados para a OMS e, em Genebra, os analisamos. Finalmente, em outubro de 2007, lançamos o Guia da Cidade Amiga do Idoso. Para tal contei com a colaboração indispensável de Louise Plouffe, que havia coordenado as políticas para o envelhecimento do Ministério da Saúde do Canada. Minha expectativa era de que outras cidades se inspirassem nesse modelo. Hoje tenho a satisfação de dizer que assim foi. São milhares de cidades e comunidades de tamanhos diversos que de uma forma ou outra adotaram o projeto. Fomos além, contamos agora não só com cidades e comunidades rurais, mas também com estados e até países.

Quando saí da OMS fui para New York para implantar o Age Friendly NY, que é, ainda hoje, um programa-vitrine, com visibilidade internacional. Logo em seguida, vim para o Brasil para implementar o primeiro Estado Amigo do Idoso, no Rio Grande do Sul que, por problemas de governo, acabou não sendo implementado, foi uma tentativa frustrada.

Em seguida rumamos para o Estado de São Paulo. Junto à Secretaria da Saúde, trabalhando lado a lado com Marília Louvison, então coordenadora de políticas para saúde do idoso, fizemos o trabalho de formiguinha, indo para várias cidades, conquistando cada vez mais adesão, prefeitos, sociedade civil, conselhos, instituições acadêmicas, até da iniciativa privada. Finalmente surgiu a oportunidade de desafiar o governador, estabelecer, criar o primeiro Estado Amigo do Idoso. Ele acatou a ideia e foi criado um grupo Inter secretarial, eu atuando como consultor. Foi um ano e meio de muita satisfação e alegria. Mas por questões políticas houve uma troca de Secretário, minha consultoria foi encerrada, e pouco a pouco, o grupo Inter secretarial desfeito. O programa acabou por ter ficado muito aquém do que tínhamos sonhado. Da ideia inicial (que ano após ano, os municípios receberiam estrelas de acordo com atividades que realizavam, algumas obrigatórias, outras eletivas, de acordo com a voz do idoso, sempre envolvendo os

Conselhos) pouco sobrou. Na prática terminou sendo um programa acanhado, alguns municípios contemplados com um Centro Dia. Ainda que necessários, o que havíamos idealizado era um Estado todo ele compromissado com os princípios do Envelhecimento Ativo, de forma abrangente e articulado.

Embora eu quisesse que o Brasil inovasse, estivesse na vanguarda, isso não se materializava. Outros estados e mesmo países inteiros, foram adiante, com frequência tendo minha participação direta – como no Canadá, Austrália, Irlanda, Chile e Singapura.

Nosso Centro Internacional da Longevidade Brasil, continuou a fazer estudos, criteriosos bem feitos, com os quatros pilares do Envelhecimento Ativo, sempre contando com a participação, o protagonismo das pessoas idosas.

Em primeiro lugar ouvir o que eles querem, envolver os Conselhos, sociedade civil, instituições acadêmicas, empresas e o comprometimento do governo municipal em executar o que está sendo pesquisado, estudado.

Criamos estudos que eu considero modelos: Veranópolis, Jaguariúna e mais recentemente São José do Rio Preto. Estamos indo para Gramado e com boas perspectivas de desenvolver o projeto, com todo rigor, em outros municípios. Cabe assinalar a participação de dezenas de profissionais que se empenharam para que esses projetos se desenvolvessem bem. A eles, meu agradecimento, assinalando a dedicação de nossa diretora técnica de 2013 a 2019, Ina Voelcker, e ao setor privado pois estes projetos-modelo foram viabilizados com recursos disponibilizados pela CPFL, uma empresa de distribuição de energia elétrica.

Então me vi seduzido por um convite do Governo Federal, com a possibilidade de fazer um grande projeto que contemplaria os idosos mais carentes, os mais necessitados e o projeto deveria ser executado segundo as minhas orientações. Nem sempre podemos confiar nas pessoas, porque algumas, quando sentem o poder sucumbem à 'mordida da mosca azul". e decepcionam. Infelizmente o programa foi deturpado, não aconteceu como deveria. Mais uma vez, quando eu imaginava que o Brasil poderia inovar, retrocedeu.

Existem sim projetos sérios, muitos até em bairros, compromisso de gente muito boa que segue as orientações, mas os exemplos ainda são muito menos que eu gostaria.

No entanto vejo um tremendo potencial de que com essas mesmas ideias a gente possa "dar a volta por cima", ser resiliente, perseverante, ser coerente com os princípios e seguir em frente com rigor e orientados por princípios. Sou um otimista incurável – mas, no Brasil, às vezes fico pensando se é mesmo verdade que 'um otimista é sempre um atributo de inocentes mal-informados"

O Prof. Kalache agradece aos autores Anita Liberalesso Neri, Áurea Soares Barroso, Henrique Salmazo da Silva, Ina Voelcker, Inês Rioto, João Nassif, Lycia Tramujas Vasconcellos Neumann, Maria Luiza Bestelli, Marisa Accioly, Milton Roberto Furst Crenitte, Mônica Perracini, Rachel Vainzoff Katz e Rosamaria Rodrigues Garcia, por enviarem as questões.

Homenagem a senhora Lourdes Kalache

Dois meses após está entrevista Dona Lourdes faleceu, deixando um grande legado de ensinamentos a seus filhos e netos.

Prof. kalache, inúmeras vezes, encerrou palestras, conferências no Brasil e em outros países com uma fotografia de Dona Lourdes demonstrando admiração, respeito e carinho. Dona Lourdes, nossa gratidão por compartilhar conosco o seu filho. Prof. kalache é um visionário, antecipa o futuro com inteligência e sensibilidade. Está sempre semeando ideias e nos inspirando a buscar melhores condições para população idosa.

Seção 1

Revolução da longevidade

Revolução da Longevidade

Egidio Dórea

Em 2008, o geriatra norte-americano Robert Butler criou o termo "revolução da longevidade", baseado no fato de que no curso de vida cerca de 30 anos foram acrescentados à expectativa de vida na maior parte dos países industrializados. O termo se tornaria mundialmente conhecido e amplamente empregado (1). Vivia-se, naquele momento, um envelhecimento populacional sem precedentes.

A maior parte dos países do mundo, exceto os países africanos, estava saindo da primeira transição demográfica, ou seja, de uma sociedade agrícola com altas taxas de mortalidade e de fertilidade infantil, para a segunda transição, com queda dessas taxas, a população começando a trabalhar, produzir e gerar crescimento econômico.

É o primeiro dividendo demográfico. Esse período, entretanto, é limitado. Com a posterior queda das taxas de natalidade e mortalidade, a população envelheceu, e parcela significativa passou a ser representada por pessoas idosas. A longevidade alcançada levou ao acúmulo de capital, incluindo investimentos para a aposentadoria. A riqueza do país aumenta. É o segundo dividendo demográfico.

Caso a população consiga envelhecer com educação, saúde e participação, todo o seu potencial, não suficientemente explorado no segundo dividendo, pode ocorrer e, consequentemente, acarretar benefícios econômicos e sociais. É o terceiro dividendo demográfico ou dividendo da longevidade (2).

Pela primeira vez na história da humanidade verifica-se a possibilidade, para a maioria das pessoas, de viver o seu inteiro curso de vida. Infância, adolescência, adulto jovem, meia-idade e velhice tornaram-se estágios esperados na vida de praticamente todos. O conceito de velhice, até então visto como a fase final da vida antecedendo a morte, e sua complexidade, começaram a ser redefinidos periodicamente. A geração *baby boomer*, nascidos entre 1946 e 1964, começava a entrar na velhice. Uma geração mais saudável e educada do que a sua predecessora; e com histórico de ter sido a responsável pela ruptura de diversos paradigmas culturais, sociais, tecnológicos e econômicos.

Mas ao mesmo tempo que essa revolução demográfica ocorria, três fatores negativos se exacerbavam, os três grandes medos associados à longevidade: 1. crescimento do número de pessoas dependentes economicamente; 2. ônus econômico de uma população envelhecida; 3. conflitos intergeracionais.

Consequências positivas poderiam advir desse bônus demográfico: mais tempo para reflexões e relações pessoais; maior generatividade (necessidade de deixar um legado); generosidade e dividendo da longevidade, em

aproveitamento de geração mais saudável, educada e com maior produtividade, engajamento, bem-estar e equidade (3).

Como o mundo se comportará frente a todas essas mudanças? Quais novos valores surgirão? Quais aspectos prevalecerão? Como será a nova sociedade?

Diversos fatores que consubstanciam a palavra revolução e a caracterizam como o maior fenômeno do nosso século serão aqui detalhados.

Do ponto de vista demográfico, segundo dados das Nações Unidas de 2019, a população mundial total estava em torno dos 7,7 bilhões de pessoas. Se mantivermos uma projeção variada média, que considera a queda da taxa de fertilidade para países que ainda têm famílias numerosas e leve aumento para aqueles nos quais as mulheres têm média de menos de dois filhos, em 2050 a população mundial atingirá a cifra de 9,7 bilhões.

Atualmente, aproximadamente 5,9 bilhões de pessoas vivem nas regiões menos desenvolvidas do mundo. Em 2050, 1,3 bilhões de pessoas viverão nas regiões mais desenvolvidas, e 8,2 bilhões nas menos desenvolvidas, ou seja, de cada dez idosos, oito viverão nessas regiões (4).

Em relação às pessoas acima dos 60 anos, o número em 2017 era de 962 milhões de indivíduos. Cerca de 120 milhões tinham mais de 80 anos. Em 2050, o número de pessoas acima dos 60 anos crescerá para aproximadamente 2,1 bilhões, e os acima de 80 anos para 425 milhões, ou seja, aumento de 2,5 vezes para os primeiros e de quase quatro vezes para os últimos (5).

Analisando o crescimento da população mundial entre 1950 e 2050, crescerá 3,7 vezes. Já a população acima dos 60 anos crescerá dez vezes, e a acima dos 80 anos crescerá 26 vezes.

O crescimento da população idosa ocorrerá de forma diferente, segundo o nível de desenvolvimento dos países e regiões do mundo. Na África e Ásia, a população acima dos 60 anos é de 69 milhões e 549 milhões. Em 2050, os números serão 226 milhões na África e 1,3 bilhão na Ásia.

Os indivíduos acima dos 80 anos atualmente são 5 milhões na África e 58 milhões na Ásia. Em 2050, os números passarão para 20 milhões e 220 milhões (5).

No Brasil, atingimos em 2017 30,2 milhões de idosos, cifra que, segundo estimativas do IBGE, seria atingida somente em 2025; 14,6% da população brasileira são idosos. Em 2012, a população com mais de 60 anos era de 25,4 milhões. O acréscimo de 4,8 milhões correspondeu ao crescimento de 18%, enquanto a população brasileira cresceu 4,2%.

As mulheres idosas correspondem à maioria do grupo, com cerca de 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos correspondem a 13,3 milhões, representando 44% da população. Estima-se que em 2050 a cifra atingirá 67 milhões de indivíduos, ou seja, aproximadamente 30% da população total.

A população idosa representa o único segmento populacional que aumentará (queda de 14% para os 0-14 anos; queda de 10% entre os 15-24 anos; e 46% entre os 25-59 anos). A população de idosos cresceu em todos os Estados brasileiros. O Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul, com 18,6% de idosos, têm a maior proporção. O Estado com a menor proporção de idosos é o Amapá: 7,6% (6).

O envelhecimento populacional de um país decorre de três fatores: queda das taxas de fertilidade; aumento das taxas de longevidade e taxas de migração. A transição demográfica ocorre em todo o mundo. Cada um dos 201 países com pelo menos noventa mil habitantes em 2017 apresentará aumento na proporção de idosos em 2050. As taxas de fertilidade caem continuamente

Na Alemanha, a taxa de fertilidade era de 2,1 filho por mulher em 1950, e caiu para 1,5 filho por mulher em 2017. No México, a taxa era de 6,7 filhos por mulher, caiu para 2,2 filhos por mulher em 2017 (5). Em 1975, a taxa de fertilidade no Brasil era de 5,8 filhos por mulher. Em 2014, a taxa era 1,77 filho por mulher, e em 2060 deverá se reduzir a 1,66 filho por mulher.

Desde 2000, a taxa de fertilidade brasileira encontra-se abaixo da taxa de reposição. A taxa está muito próxima da de países como Suécia e Inglaterra. Em 2050 serão, segundo dados do IBGE, 73 idosos para 100 crianças.

O aumento das taxas de sobrevida nas idades mais elevadas contribui significativamente para o envelhecimento populacional. No Brasil e no mundo, as taxas de mortalidade caíram de modo relevante. No Brasil, em 2000, a taxa era de 9,37/1000 habitantes. Em 2019, a taxa caiu para 6,7/1000 habitantes. Em relação às taxas específicas de mortalidade por idade e sexo da população idosa entre 1980 e 1998 caíram: 21,2% em homens e 18% em mulheres entre os 60-64 anos; 21,9% em homens e 22,3% em mulheres entre 65-69 anos; 30,8% em homens e 33,1% em mulheres entre 70-74 anos; 32,7% e 35,6% em homens e mulheres entre 75 e 79 anos, e 34,5% e 36,5% em homens e mulheres acima dos 80 anos.

Desde 1950-1955, a expectativa de vida aumentou mais de dez anos na América do Norte, Europa e Oceania, e mais de 25 anos na América Latina e Caribe. A Ásia alcançou os maiores ganhos em expectativa de vida, 30 anos desde 1950-1955. Entretanto, os aumentos de expectativa de vida não têm ocorrido de forma similar, refletindo grande diferença na saúde das populações.

Como em Serra Leoa e Japão, com diferenças de expectativa de vida ao nascer de 36 anos e de 15 anos na expectativa de vida aos 60 anos (3). No Brasil, a expectativa média de vida da população em 2018 era de 76,3 anos (79,9 para as mulheres e 72,8 para os homens). A expectativa aumentará em 2050 para 81,29 anos, igualando-se à de países com elevado Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), como Islândia (81,8 anos) e Japão (82,6 anos).

Desde 1940, o valor aumentou em 30,8 anos. Dentre os Estados brasileiros, Santa Catarina apresenta a maior expectativa de vida, com 79,7 anos, e Maranhão a menor, com 71,1 anos. Essa diferença mostra a desigualdade social entre os diferentes Estados e regiões.

Enquanto a queda da taxa de natalidade e aumento da longevidade são os fatores primordiais associados ao envelhecimento populacional, em alguns países e regiões a taxa de migração contribui para a mudança da estrutura etária. Países que experimentam elevados fluxos imigratórios apresentam processo de envelhecimento mais lento, pelo menos temporariamente.

Apesar de alguns países facilitarem a prática migratória de pessoas mais jovens com esse objetivo, diversos ainda adotam atitudes discriminatórias e restringem o fluxo. Contudo, as taxas imigratórias não serão suficientes para equilibrar a queda da taxa de natalidade e aumento da longevidade com consequente envelhecimento populacional.

Os países que, por sua vez, experimentam a saída dos mais jovens, apresentam um envelhecimento populacional mais acentuado, como os do Leste Europeu e Caribe. Espera-se futuramente que os fluxos migratórios impactem, cada vez menos, as mudanças etárias de um país (5).

Além do envelhecimento populacional em termos absolutos, outro fator observado é a velocidade de envelhecimento. A Europa Ocidental envelheceu muito mais rapidamente do que os EUA, devido às quedas das taxas de natalidade (*baby bust*), que ocorreram logo após a Segunda Grande Guerra. Consequentemente, a Alemanha tem atualmente distribuição etária que os EUA atingirão apenas em 2030.

Países como a França duplicaram a população de idosos em mais de um século; no Brasil serão duplicadas em três décadas. O panorama, que ocorre similarmente em vários países em desenvolvimento, determina a necessidade de adequação e execução de uma série de políticas públicas inexistentes na maioria deles.

Atualmente, não há estrutura para fazer frente à mudança demográfica mundial, apesar de se envelhecer em um contexto diferente do vivenciado pelos países desenvolvidos, com mais inovações tecnológicas e melhores condições de saúde.

A revolução da longevidade, entretanto, não se caracteriza somente pelas mudanças demográficas. Diversos paradigmas foram rompidos nas últimas décadas e muitos outros serão derrubados. Uma das grandes preocupações associadas ao envelhecimento populacional é a econômica. A razão de dependência demográfica dos idosos, ou seja, a parcela da população acima dos 65 anos em relação à população entre 15-64 anos é usada para determinar a relação da população economicamente não produtiva, acima dos 65 anos, em relação à população produtiva, entre 15-64 anos.

Análises de diversos países mostram que essa razão aumentará significativamente até 2050. Na Espanha, a razão era 24.6% em 2004, e passará para 67,5% em 2050. Já na Inglaterra era 24,3% em 2004, e passará para 40,9% em 2050 (7). No Brasil, segundo dados do IBGE, a razão é calculada para os grupos etários acima dos 60 anos e+ entre 15-59 anos. Era 13,1% em 2000 e será 52,1% em 2050. Entretanto, a razão tem limitações. Ela pressupõe, somente pela idade cronológica, que as pessoas acima dos 60 ou 65 anos são improdutivas economicamente.

Os idosos são muito diversos em sua capacidade econômica, incluindo participação na força de trabalho e capacidade funcional, dois fatores que determinam a dependência. Outro fator é que nem todas as pessoas nas faixas etárias associadas à atividade laboral trabalham ou são economicamente ativas.

Diversas outras medidas são utilizadas na tentativa de diminuir as limitações associadas à razão de dependência. Uma delas é a POADR (*prospective old-age dependency ratio*), calculada como o número de pessoas acima da idade na qual a expectativa de vida adicional é de 15 anos, relativa ao número de pessoas entre 20 anos e essa idade.

Considerando os anos restantes de vida como referencial de dependência e não a idade cronológica, o POADR é consistente com a noção de que o início da incapacidade é postergado à medida que a longevidade aumenta. Os dados do POADR mostram que as taxas de dependência aumentarão, porém, de forma menos acentuada do que as calculadas pela razão de dependência demográfica (5). (fig. 1)

Apesar da atividade laboral geralmente atingir o seu pico aos 40 anos e cair para menos de 50% para os homens maiores de 65 anos e mulheres acima dos 55 anos, a participação dos idosos no mercado de trabalho aumentou significativamente nas últimas décadas.

Dados da população norte-americana mostram que em 1985 cerca de 6,5% das pessoas acima dos 60 anos estava empregada. Em 2015, a taxa era de 11,5%, e espera-se em 2030 taxa de 13%. Segundo dados da *International Labour Organization* de 2011, a taxa de participação laboral dos indivíduos acima dos 60 anos aumentou de 24% em 1980 para 32% em 2020 na América Latina e Caribe (8).

E dados do *Department for Work and Pensions* do Reino Unido de 1984 a 2015 mostraram que a taxa de emprego para pessoas de 50 a 64 anos aumentou de 55,4% para 69,6%. Para pessoas acima dos 65 anos, a taxa mais do que duplicou, passando de 4,9% para 10,2%. O maior aumento foi verificado para mulheres entre 60 e 64 anos, de 17,7% para 40,7%. Para indivíduos entre 70 e 74 anos, a taxa aumentou de 5,5% para 9,9% (9).

Os dados revelam o fato de que o número de pessoas empregadas acaima dos 50 anos cresceu mais do que o esperado pelo envelhecimento populacional,

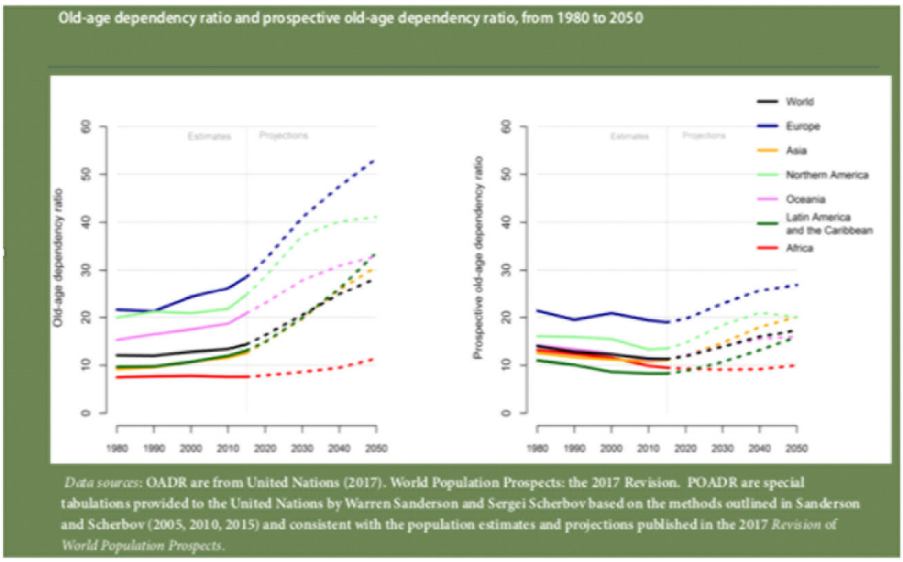
ou seja, um maior número de pessoas manteve-se empregada. A participação dos idosos no mercado de trabalho no Brasil igualmente aumentou.

O PNAD de 2012 mostrou que 6,2% dos idosos trabalhavam. Em 2018, a taxa aumentou para 7,8% (10). Fator diretamente associado à continuidade do idoso no trabalho é o nível de escolaridade. Outros fatores contribuem para os idosos não participarem da força de trabalho, como presença de doenças, necessidade de cuidados com familiar ou cônjuge, aposentadoria precoce - mandatória ou não - e preconceito da idade pela maior parte dos empregadores.

Uma população mais educada e saudável continuará mais produtiva em seu curso de vida. Países que investiram em seu capital humano com um regime de equidade para todos, no qual o benefício para o trabalhador mais jovem não ocorre discriminando o trabalhador mais idoso. Deve ser tratado como outros grupos em desvantagem (incapacitados, inexperientes, mulheres) e com políticas que contemplam regimes flexíveis de aposentadoria adaptáveis a mudanças na expectativa de vida, com incentivos à participação do idoso no mercado de trabalho se beneficiarão do terceiro dividendo demográfico.

Contudo, estudo dos dados do sistema de aposentadoria de 43 países entre 1965 e 2005 mostrou que apesar da expectativa de vida ter aumentado nove anos no período, a idade legal de aposentadoria aumentou em menos de um ano. (11)

Figura 1. Razão de dependência idade e razão de dependência idade prospectiva



O conflito intergeracional é outro aspecto negativo, frequentemente citado como decorrente da revolução da longevidade. Nos últimos anos,

diversos pesquisadores se debruçam sobre os conflitos entre a geração *baby boomer* e a milênio. Debatem-se direitos humanos, equidade salarial, preconceitos, meio ambiente e cultura.

Diversos temas são consubstanciados por desconhecimento, preconceitos e uso de dados errôneos. A geração baby boomer foi e continua sendo responsável por mudanças que se mostraram fundamentais nas últimas décadas Não somente determinantes para o ganho de 30 anos na expectativa de vida, mas para melhorias na qualidade de vida.

Vive-se hoje em um mundo muito mais democrático. Na década de 60, a forma mais comum de governo era a ditadura. Existiam 119 autocracias e somente 36 democracias. Atualmente são 99 democracias no mundo. Em 1969, 36% da população mundial viviam em situação de extrema pobreza, hoje 8% vivem nessa situação.

Em média, 4600 pessoas morriam por dia de fome em 1969. Atualmente, menos de 1/5 dessa cifra morre, apesar da maior população mundial.

Em relação ao meio ambiente, de acordo com a *Environmental Protection Agency* (EPA), entre 1970 e 2018 a emissão combinada de seis principais poluentes atmosféricos caiu 74%, enquanto a economia americana cresceu 275%. Em 2019, o buraco de ozônio atingiu as menores dimensões, e se espera que feche em 2075. Quanto aos direitos humanos e inclusão, o casamento entre pessoas de raças diferentes era proibido nos EUA em 1967. Em 1969, as mulheres ganhavam 59 centavos de dólar comparativamente a um dólar que o homem recebia; atualmente são 82 centavos de dólar.

Até 1973, a homossexualidade era considerada doença mental. Hoje, diversas entidades governamentais e não governamentais protegem a liberdade de gênero e escolha sexual.

No Brasil, dados do *Our World in Data* sobre desigualdade de gênero e consequente perda de potencial de desenvolvimento humano, com foco em saúde reprodutiva, empoderamento e status econômico, nos quais números mais próximos de um refletem maior desigualdade, mostram valores de 0,51 em 1995 e atualmente 0,41.

O índice de fome geral caiu de 16,1 em 1992 para 8,5 em 2018, no qual valor abaixo de 10 é considerado baixo. O acesso ao sistema de saúde e índice de qualidade do mesmo, baseado em taxas de mortalidade para 32 doenças que poderiam ser evitadas por tratamento médico adequado, melhorou nas últimas décadas (em escala de 0 a 100, com zero pior e 100 melhor); saiu de 50,1 em 1992 para 64,9 em 2015.

Em relação aos direitos humanos, mensurado pelo escore que avalia como os governantes protegem e respeitam os direitos, as taxas pioraram; eram -0,25 em 1946 e passaram a -1,17 em 2017 (valores que variam de -3,8

a +5,4, sendo que quanto maior o valor, melhor). A desigualdade salarial aumentou entre 2014 e 2019, com queda de 17,1% para a metade mais pobre da população e aumento de 10,1% para a parcela mais rica. A pobreza no país aumentou 33% nos últimos quatro anos, com acréscimo de 6,3 milhões de brasileiros nessa categoria.

A falta de emprego para os mais jovens, outro aspecto debatido frequentemente, não decorre da presença do idoso no mercado de trabalho. A população acima dos 50 anos é responsável por parcela significativa da produção. Dados do *Longevity Economic Outlook da American Association for Retired People* (AARP) (12) mostraram que pessoas acima dos 50 anos contribuem com mais de 8,3 trilhões de dólares por ano para a economia americana, ou seja, 40% do Produto Interno Bruto. Em 2030, quando os primeiros milênios tiverem 50 anos, essa participação aumentará para 12,9 trilhões de dólares.

Em termos de gastos diretos, 56% de cada dólar foram dispendidos pelos acima dos 50 anos, e em 2050 o valor aumentará para 61%, o que corresponderá a 27,5 trilhões de dólares. Sobre trabalho voluntariado e cuidados, a contribuição para a economia foi de 745 bilhões em 2018 (140 bilhões em voluntariado, com aumento de 112% desde 2000, e 604 bilhões em cuidados, com aumento de 76% desde 2000).

Contribuíram com 97 bilhões para entidades de caridade e 4 bilhões para instituições educacionais. Cerca de 2,1 trilhões de dólares foram pagos em impostos, e 88,6 milhões de empregos (44% de todos os empregos) foram mantidos ou criados direta ou indiretamente pela população acima dos 50 anos. Os valores aumentarão para 102,8 milhões de empregos em 2050.

À medida que a população vive mais e envelhece de forma saudável, mais empregos são criados em todas as áreas. As remunerações e salários gerados pelos acima dos 50 anos foram de 5,7 trilhões em 2018, e aumentarão para 19,2 trilhões em 2050.

Entretanto, dados do *The Economic Impact of Age Discrimination* mostraram que a contribuição econômica potencial do grupo acima dos 50 anos poderia aumentar de 3,9 trilhões de dólares anualmente em uma economia sem preconceito de idade. Resultaria em contribuição média de 32,1 trilhões de dólares para o Produto Interno Bruto norte-americano em 2050 (13).

Todos os dados evidenciam a contribuição dessa população para a economia, e ajudam a refutar a teoria de que o aumento da longevidade acarretará ônus econômico e social mundial sem precedentes na história. Vários motivos que alimentam a tensão intergeracional não são respaldados por dados reais.

As sociedades terão que se readaptar para se beneficiar do dividendo da longevidade. Mudanças deverão ser efetuadas para oportunidades de saúde, segurança, participação e aprendizado continuado serem oferecidas a todos

os indivíduos, sem discriminação de raça, gênero, idade, classe social e econômica. São os pilares que permitirão um envelhecimento bem-sucedido, mais participativo e produtivo. Uma geração depende da outra. Um mundo melhor hoje e amanhã é o objetivo principal de toda a sociedade. Um mundo mais igualitário, diverso, inclusivo.

Alguns países estão adotando essas medidas, como a Irlanda do Norte, cujo lema principal é criar uma região amiga do idoso. As pessoas, à medida que envelhecem, devem ser valorizadas e suportadas em uma vida ativa, com o objetivo de atingir todo o seu potencial com direitos respeitados e dignidade preservada.

As áreas trabalhadas incluem moradia, pobreza, transporte, saúde, seguridade social, isolamento social e solidão, acesso à educação e a oportunidades de lazer, emprego e redução das taxas de criminalidade e violência (14). Em dezembro de 2019, a Irlanda se tornou o primeiro país amigo do idoso pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Diversas outras iniciativas, como as cidades amigas dos idosos, da OMS, iniciadas em 2007, estão sendo implantadas em diversos países. Oito domínios baseados em extensa pesquisa com idosos são essenciais para as cidades e comunidades responderem às necessidades dos idosos: área física, transporte, moradia, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e suporte à saúde (15).

Atualmente, mil cidades e comunidades em 41 países com mais de 240 milhões de pessoas fazem parte da rede global da OMS para as cidades e comunidades amigas dos idosos. No Brasil, o programa cidade para todas as idades é coordenado pelo Centro Internacional da Longevidade (ILC Brazil), dirigido pelo médico Alexandre Kalache, presidente do ILC - Aliança Global.

Veranópolis, no Rio Grande do Sul, considerada a capital da longevidade, foi o primeiro município brasileiro a aderir à rede global da OMS. Outros municípios encontram-se em fase de implantação do programa. Distintas iniciativas estão sendo efetivadas em setores específicos, como o hospital amigo do idoso no Estado de São Paulo e/ou universidade amiga dos idosos.

Diversas ações no mundo ocorreram baseadas no conceito da generatividade. As pessoas, ao envelhecer, sentem a necessidade de assegurar um futuro melhor para as gerações posteriores e ajudar a resolver os problemas da sociedade.

A generatividade fundamenta-se na necessidade de deixar um legado. Está diretamente associada ao envelhecimento saudável, pois envolve significado, satisfação com a vida e atividades cognitivas, físicas e sociais estruturadas. Algumas iniciativas são monetizáveis e outras objetivam, unicamente, à melhoria da qualidade de vida.

Em ambos os casos, o potencial impacto transformador do capital social dos idosos é significativo. Uma dessas iniciativas é o programa *Uganda Rural Development and Training University* (URDT). Participantes de diferentes faixas etárias com capacitações em mercado e negócios compartilham habilidades.

O programa trouxe diversos jovens de volta para a comunidade rural, e deu novo significado à vida dos mais idosos. Outro exemplo de iniciativa é o *The Experience Corps* da AARP, programa de tutoria voluntário intergeracional. Opera atualmente em mais de 20 cidades dos EUA, e o objetivo é auxiliar crianças que não estejam lendo no nível esperado para a sua idade a se tornarem grandes leitores. O lema é inspirar e empoderar pessoas acima dos 50 anos para servir à comunidade e ajudar a romper o ciclo de pobreza e fazer a diferença na vida de crianças vulneráveis.

Dados do programa mostraram melhoria significativa na habilidade de leitura, motivação para sucesso, responsabilidade pessoal, habilidades relacionais e tomada de decisão. Os voluntários se beneficiam com melhora na mobilidade, cognição, saúde mental e incapacidade (2).

Vivemos um momento único em nossa história. Desafios e oportunidades são gerados continuamente. Conceitos reformulados e teorias refutadas. Sabemos dos impactos de escolhas e oportunidades na forma como envelhecemos e dos potenciais de parcelas da população que cresce e crescerá cada vez mais, os idosos, que não estão sendo adequadamente aproveitados.

Adaptações bem-sucedidas das sociedades para uma população que envelhece são fundamentais para se atingir os objetivos da agenda do desenvolvimento sustentável de 2030, com erradicação da pobreza e assegurar bem-estar para todas as idades. As desigualdades são reduzidas e se criam cidades seguras, sustentáveis e inclusivas.

O aumento da expectativa de vida não produzirá todos os frutos esperados se políticas públicas para a saúde, resiliência e oportunidades de educação continuada, engajamento, trabalho e segurança não forem oferecidas a todos. Somente assim as pessoas conseguirão envelhecer com saúde e capacidade funcional preservada.

Deve-se pensar em curso de vida e necessidade de se comprimir as morbidades com um sistema mais adequado de prevenção de doenças, diagnósticos mais precoces e promoção de hábitos de vida saudável, de tal forma que as pessoas possam ter vida longa, independente, produtiva e engajada.

Uma dessas iniciativas foi a da redução da ingesta de sal na dieta no Reino Unido, que determinou quedas significativas na pressão arterial de 2003 a 2011. Poderá associar-se a reduções nas taxas de acidente vascular encefálico e doença isquêmica cardíaca (16).

Necessitamos para isso de uma sociedade mais coesa, menos preconceituosa, mais solidária e igualitária. Os conflitos geracionais devem ser colocados de lado, e o idoso visto não como o limite da condição humana, mas pessoa singular com propósitos, necessidades e grandes valores a agregar. Somente assim vivenciaremos a verdadeira revolução da longevidade, a maior conquista do século XX.

Referências bibliográficas

1. Achenbaum, W. A. Robert N. Butler (January 21,1927- July 4, 2010): Visionary leader. The gerontologist, 2014; 54 (1): 6-12.
2. Fried, L. Investing in health to create a third demographic dividend. The gerontologist, 2016; 56 (S2): S167-S177.
3. Bloom, D. E.; Chatterji, P. K.; Lloyd- Sherlock, P.; Mckee, M.; Rechel, B.; Rosenberg, L.; Smith, J. P. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. Lancet, 2015; 385 (9968): 649-657.
4. World population prospects 2019: Highlights. United Nations New York, 2019.
5. World Population Ageing: Highlights. United Nations, 2017.
6. IBGE: Projeção da população brasileira. Pesquisado em 14 de abril de 2020 em https://www.ibge.gov.br
7. Zaid, A. Features and Challenges of Population Ageing: The European Perspective. Policy Brief March, 2008.
8. Global Employment Trends 2011. The Challenge of job recovery. International Labour Participation, 2011.
9. Employment Statistics for workers aged 50 and over, by 5- year age bands and gender from 1984 to 2015. Department for works and pensions, 2015.
10. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2016. Estudos e pesquisas-informação demográfica e socioeconômica. IBGE, 2016.
11. Bloom DE, Canning D, Fink G. Implications of population aging for economic growth. Oxf Rev Econ Policy. 2010; 26:583–612.
12. The Longevity Economy Outlook. How people age 50 and older are fueling economic growth, stimulating jobs, and creating opportunities for all. AARP real possibilities, 2019.
13. The Economic Impact of Age Discrimination. How discriminating against older workers could cost the U.S. economy $ 850 billion. AARP real possibilities, 2019.
14. An Ageing Friendly Society. A Position Statement. National Council on ageing and older people, 2005.
15. Global Age-friendly cities: a guide. World Health Organization, 2007.
16. He FJ, Pombo-Rodrigues S, MacGregor GA. Salt reduction in England from 2003 to 2011: its relationship to blood pressure, stroke and ischaemic heart disease mortality. BMJ Open. 2014; 4:e004549.

Seção 2

Iniciativas internacionais

Qual é o melhor lugar para envelhecer?

António M. Fonseca
Centro de Investigação em Desenvolvimento Humano
Universidade Católica Portugusa – Faculdade de Educação e Psicologia

Ao invés de ser "um problema", o envelhecimento da população constitui um feliz ponto de chegada do desenvolvimento humano. Viver mais tempo é fruto de conquistas diversas sob o ponto de vista médico, tecnológico e social. Porém, a existência de um número cada vez mais elevado de idosos saudáveis e ativos constitui um desafio para as comunidades. À medida que envelhecem as pessoas têm necessidade de viver em ambientes que lhes proporcionem o suporte necessário para compensar as mudanças associadas ao envelhecimento, algumas delas sinónimo de redução ou perda de capacidades. A criação e manutenção de ambientes favoráveis e facilitadores do envelhecimento é uma tarefa indispensável para a promoção do bem-estar das pessoas idosas e para que elas possam continuar a ser, pelo maior tempo possível, autónomas e socialmente relevantes. Por outro lado, o aumento quer na expetativa de vida, quer na expetativa de uma vida com cada vez melhor saúde e maior qualidade, faz com que seja possível as pessoas idosas prolongarem a sua utilidade social por mais tempo, se não profissionalmente, pelo menos para os seus familiares, amigos e no âmbito da sua rede de vizinhança e proximidade, potenciando os efeitos positivos do *ageing in place*.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o conceito de *ageing in place* traduz o objetivo preferencial de se poder viver e envelhecer em casa e na comunidade, com segurança e de forma independente, o que implica a necessidade de adaptação do ambiente físico e social à vida quotidiana à medida que se envelhece (WHO, 2015a). Opondo-se a uma visão convencional de assistência à população idosa por via da resposta institucional, a valorização de respostas de *ageing in place* significa responder às necessidades de assistência a partir do contexto onde a pessoa vive, procurando respostas articuladas através de uma integração progressivamente mais alargada de serviços. Na prática, isto significa não retirar a pessoa do local onde ela vive para lhe proporcionar o que ela necessita, mas criar aí condições para que as suas necessidades sejam satisfeitas.

A emergência do conceito de ageing in place

O Henrique tem 75 anos de idade e vive na mesma casa desde que para lá se mudou há quase 50 anos quando se casou com a Marília. O Henrique cresceu não muito longe dali e foi assistindo, ano após ano, às mudanças que aconteceram nas redondezas: pessoas que nasceram e que morreram, migrantes que chegaram e que partiram, lojas que abriram e que fecharam, prédios que se ergueram e ruas que se transformaram. Henrique e Marília

criaram três filhos na sua casa de três quartos, pequena, mas sempre bem cuidada; uma filha vive na povoação vizinha mas os outros dois filhos estão longe. Há alguns meses que Henrique vive só; a mulher sofreu um AVC e os danos foram severos, pelo que, após a inevitável hospitalização, acabou internada numa Unidade de Cuidados Continuados, onde ainda permanece. Henrique já foi informado que em breve a mulher terá alta da Unidade, de onde sairá com uma série de limitações funcionais que vão reduzir a sua autonomia. Precisará de ajuda para a realização de algumas tarefas e dificilmente Henrique será capaz, sozinho, de responder adequadamente a todas as necessidades que o futuro próximo vai trazer consigo. As de Marília e as suas próprias, pois também ele já não tem o vigor de antigamente e nunca teve muita habilidade para a vida de casa, sobretudo com a culinária. Os filhos já lhes falaram em várias possibilidades. Mudarem-se para um lar seria o mais conveniente, sobretudo para a mãe, mas o casal resistiu à ideia, pelo que deixarem aquela casa e arrendarem uma perto do local onde a filha vive seria outra solução possível. Ainda assim Henrique e Marília estão relutantes, em especial Henrique. Só em pensar em deixar a casa e o local onde vive há décadas traz-lhe uma sensação de perda e de insegurança que não consegue explicar completamente. E sim, também é verdade que tem medo em não conseguir habituar-se a uma nova casa e a uma nova vizinhança. Talvez fosse mais fácil para o casal mudar-se para junto da filha, sobretudo agora na condição em que Marília se encontra, mas é aqui que Henrique se sente em casa e é grande o receio de trocar o que já se conhece e domina por algo incerto e imprevisível – "e se eu não gostar de viver lá"?

O dilema de Henrique toca o aspeto central do conceito de *ageing in place*: as pessoas não vivem e envelhecem em locais neutros; vivem e envelhecem em locais significativos do ponto de vista emocional, onde se criaram e se alimentaram relações – com outras pessoas, mas também com os espaços físicos que nos rodeiam. Ao lermos o texto de Constança Paúl intitulado *Envelhecimento e ambiente*, podemos compreender o problema de Henrique recorrendo a uma perspetiva – psicologia ambiental – onde o comportamento individual e a sua condição psicológica são interpretados por referência ao local onde a pessoa vive.

> "Face a mudanças aceleradas, intrínsecas ao próprio envelhecimento, e a mudanças profundas no meio ambiente físico e humano, o envelhecer torna-se, com frequência, um processo doloroso e solitário. Às mudanças desenvolvimentais normativas juntam-se, por vezes, mudanças residenciais impostas pelas alterações das condições pessoais de vida autónoma, com resultados mais ou menos positivos para o bem-estar dos idosos" (Paúl, 2005, p. 247).

Por outras palavras, o problema do Henrique e a decisão que ele e a sua mulher necessitam de tomar serão tanto melhor entendidos quanto mais formos capazes de cruzar a avaliação do que será melhor, para ambos, com

as características do ambiente (físico e humano) no âmbito do qual essa decisão terá lugar.

Do ponto de vista do desenvolvimento pessoal, à medida que se envelhece um dos principais desafios com que é necessário lidar diz respeito à manutenção da *identidade do eu*, sucessivamente questionada por alterações do ponto de vista biológico – que interferem na capacidade funcional – e por transações com um meio ambiente dinâmico, onde as alterações nos lugares habitados se sucedem e originam a necessidade de adoção de novos comportamentos (Fonseca, 2005). A compreensão da diversidade dos modos de adaptação ao processo de envelhecimento e, por conseguinte, da preservação de um sentido para a vida, apesar das perdas associada a esta etapa do ciclo de vida, é fundamental para a elaboração de políticas optimizadoras da qualidade de vida e do bem-estar das pessoas idosas. Uma área-chave nesta matéria prende-se justamente com a problemática residencial, sobretudo quando se privilegiam modalidades de envelhecimento em casa e na comunidade por oposição a soluções institucionais, mesmo quando a diminuição dos níveis de autonomia vai exigir a implementação de cuidados diferenciados.

Quando se pergunta "qual é o lugar ideal para envelhecer?", as pessoas mais velhas tendem a responder: "aquele que eu já conheço!". E respondem acertadamente: envelhecer no lugar onde se viveu a maior parte da vida, e onde estão as principais referências dessa vida, constitui uma vantagem tanto para a manutenção da independência e autonomia, como para o desempenho de papéis sociais nos locais onde se vive. O lugar onde a pessoa vive não é apenas a sua casa, também é a comunidade onde essa casa se insere. À medida que envelhecemos, a possibilidade de viver em casa pelo máximo de tempo que for possível e de estender essa vida à comunidade envolvente, implica a consideração de diversos fatores suscetíveis de maximizar a funcionalidade: a habitação e o espaço envolvente, a existência de serviços e recursos indispensáveis à vida quotidiana, a concretização de oportunidades de cariz social, cívica e económico, a participação em funções úteis e socialmente reconhecidas, a adesão a programas e serviços que estimulem um envelhecimento participativo na vida das comunidades.

O rápido envelhecimento da população tem suscitado o desenvolvimento de novos conceitos, programas e serviços capazes de responder aos anseios e às necessidades da população idosa. Askham, Cameron e Heywood (in Means, 2007) constataram que as pessoas mais velhas que optam por permanecer nas suas próprias casas o maior tempo possível fazem-no porque consideram essa a melhor resposta face às suas necessidades individuais, preferindo viver num ambiente com o qual estão familiarizadas. Milligan (2009) defende que a vida independente contribui para manter um sentido de autoconfiança, autocontrolo e autoestima positiva, pelo que os idosos devem poder viver de forma independente desde que a sua situação de saúde

lhes permita fazê-lo e que disponham de uma residência e de apoio social adequados. Finalmente, Van Dijk e colaboradores (2015) defendem que a ideia subjacente ao conceito de *ageing in place* é que viver num ambiente familiar tem um impacto positivo no bem-estar das pessoas em geral e contribui para que as pessoas mais velhas possam continuar a ter experiências positivas na fase mais avançada da vida.

Num plano individual, falamos de *ageing in place* quando nos referimos à permanência da pessoa idosa na sua casa e na sua comunidade pelo máximo de tempo possível. Mas *ageing in place* é também um conceito utilizado no âmbito das políticas de envelhecimento, focado tradicionalmente nas questões da habitação e da criação de ambientes "amigáveis" para as pessoas idosas. O modo como a vida quotidiana é organizada e gerida (aquilo que os anglo-saxónicos designam por "living arrangements") é um elemento-chave para o envelhecimento ativo e saudável, influenciando a atividade social, a saúde e os rendimentos de cada um. Destacar a importância da habitação para as pessoas idosas vai muito para além da respetiva dimensão física. Para além de ser um abrigo para fazer face aos elementos da natureza e a base para a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária, a "casa" encerra uma vida inteira de memórias, confere uma sensação de segurança inigualável e permite aos indivíduos sentirem que controlam a sua vida, algo que nunca será possível experimentar numa instituição. Finalmente, o local onde a casa se situa é igualmente relevante, nomeadamente, em termos da proximidade e acessibilidade a transportes, lojas, serviços sociais e de saúde, espaços culturais e recreativos, locais de culto, etc.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2015a), *é* essencial apoiar as pessoas mais velhas a concretizarem o seu desejo e a sua capacidade para permanecerem na sua própria casa e no local onde ela se situa. Apesar de a solução "envelhecer em casa" ter sido desde sempre a solução mais comum para a generalidade da população idosa, a expressão *ageing in place* começa a surgir e a ganhar relevância associada ao conceito de *envelhecimento saudável,* podendo incluir a prestação de serviços ao domicílio quando tal for necessário para se poder viver de forma autónoma e relativamente independente. Embora os primeiros programas públicos de apoio ao domicílio para pessoas idosas tenham surgido logo na década de 1930 nos EUA (Klimczuk, 2017), o uso do termo *ageing in place* remonta apenas aos anos 1980, tendo ganho progressiva popularidade a partir dos anos 1990, em especial na Europa, nos EUA e na Oceânia (Austrália e Nova Zelândia) (Pani-Harreman *et al.*, 2020).

Por esta altura, a evolução demográfica dos países ocidentais já caminhava no sentido de um acetuado envelhecimento populacional e começavam a surgir as primeiras orientações políticas para responder às exigências de uma população cada vez mais envelhecida. Desde então, o conceito de

ageing in place tem servido de abrigo à adoção de políticas relativas à habitação, à prestação de cuidados domiciliários e à disseminação de serviços de natureza social dirigidos às pessoas idosas que envelhecem nos seus domicílios (Fernandez-Carro, 2013). O objetivo comum destas políticas é auxiliar as pessoas mais velhas a permanecer nas suas residências pelo maior tempo possível, enfatizando os benefícios desta solução para a sua qualidade de vida ao impedir a disrupção causada pela institucionalização, tanto na vida social como ao nível da identidade pessoal. Devido ao seu efeito positivo no bem-estar numa fase avançada do ciclo de vida, o recurso ao conceito de *ageing in place* como um instrumento político assume que este é o modo de vida mais desejável no decurso do envelhecimento. Mas não é apenas o mais desejável; é também o mais necessário, sendo visto como a medida a privilegiar tendo em conta os custos associados à institucionalização.

Em 1994, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico – OCDE (OECD, 1994) declarou a importância das políticas de *ageing in place* ao definir uma agenda de estímulo de medidas visando a expansão de tais políticas. Estas medidas deveriam facilitar a permanência das pessoas nas suas casas, mesmo se adquirissem alguma incapacidade ou experimentassem um declínio na sua funcionalidade. Ao longo dos anos 2000 a OCDE continuou a encorajar esta linha de ação, incorporando nas suas preocupações a importância dos avanços tecnológicos que podem ser utilizados para responder às necessidades dos respetivos residentes, por exemplo, ao nível da habitação (OECD, 2008).

A Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, realizada pelas Nações Unidas em Madrid, em 2002 (coincidente com o lançamento do paradigma de *Envelhecimento Ativo*), assinalou a importância da promoção do *ageing in place*, sublinhando um conjunto de preocupações relacionadas com este objetivo: criação de comunidades onde as necessidades dos mais idosos sejam atendidas de modo particular, incentivo ao investimento em infraestruturas locais de natureza multigeracional, estabelecimento de parcerias multissectoriais entre diversos agentes comunitários, criação de serviços de apoio social para pessoas idosas, intervenção direta nas residências da população mais idosa, libertando-as de obstáculos à mobilidade. Neste sentido, foi apontado como objetivo prioritário a adoção de um modelo de *ageing in place* que prestasse especial atenção às preferências individuais no respeitante às suas opções residenciais em idade avançada. As linhas de ação deste modelo deveriam incluir o desenho ou a adaptação de habitações que tivessem em consideração as características culturais e as necessidades de cuidados da população mais idosa, o investimento em infraestruturas que garantissem o acesso a bens e serviços, e a construção ou adaptação de unidades residenciais capazes de acomodar as necessidades decorrentes da fase mais avançada da vida,.

Finalmente, em 2015, no relatório do 2º Fórum Global da Organização Mundial de Saúde sobre Inovação para Populações Envelhecidas (WHO, 2015a), são identificadas as cinco principais áreas de intervenção no processo de *ageing in place*: pessoas, lugares, produtos, serviços personalizados, políticas de apoio social (no original, *the 5 P's - People, Place, Products, Person-centered services, Policy*).

- pessoas ("people") a quem se apoia e se presta cuidados,
- prestação de serviços integrados de saúde e de cuidado pessoal ("person-centered services") que promovem a capacidade funcional das pessoas mais velhas,
- lugares ("places") e ambientes amigos das pessoas idosas,
- produtos e equipamentos ("products") que representam novas soluções (tecnológicas, nomadamente) para responder a problemas decorrentes do envelhecimento (da falta de mobilidade à solidão),
- políticas inovadoras ("policies") para a introdução de sistemas de suporte dirigidos às pessoas mais velhas.

Para terem sucesso, estas diferentes áreas necessitam de estar sustentadas em políticas de envelhecimento baseadas em evidências, em iniciativas multissectoriais coordenadas e com um horizonte de sustentabilidade, e em orçamentos alocados aos diversos atores sociopolíticos responsáveis pela sua implementação. Na perspetiva da Organização Mundial de Saúde, o *ageing in place* sublinha a importância de intervenções ao nível micro e meso, por exemplo, apoiando o papel dos cuidadores informais, grupos de voluntariado e de autoajuda, Organizações Não Governamentais e da sociedade civil, cooperativas habitacionais, empresas de gerotecnologias, e instituições de prestação de serviços para pessoas idosas e respetivas famílias de âmbito comunitário.

Apesar dos muitos benefícios que lhe estão subjacentes, o conceito de *ageing in place* apresenta igualmente limitações. Desde logo, a habitação poderá não estar adaptada às necessidades das pessoas mais velhas que lá vivem, ou porque é desconfortável ou porque está repleta de barreiras arquitetónicas que dificultam a mobilidade. Outra limitação prende-se com as diferenças sentidas entre ambiente urbano e rural, pois este último tende a ser caracterizado por um acesso limitado a serviços e infraestruturas, por exemplo, transportes e tecnologias. Finalmente, serviços de apoio domiciliário (muitas vezes indispensáveis numa fase mais avançada da vida) são prestados frequentemente por profissionais pouco qualificados ou até indiferenciados, ao contrário do que sucede em unidades residenciais para idosos. Klimczuk (2017) propõe um conjunto de soluções para obviar algumas destas limitações: (i) um sistema de *vouchers* com opções de escolha entre diversas combinações e configurações de habitação e outros serviços

ajustados às necessidades individuais; estes serviços poderiam ser providenciados por parcerias de diversos âmbitos, combinando serviços públicos e não públicos; (ii) modelos de habitação inovadores, como por exemplo *co-housing*, comunidades intergeracionais e apartamentos autónomos de pequena escala; (iii) novas soluções de habitação assistida para os muito idosos; (iv) tecnologias inteligentes de apoio à vida quotidiana, incluindo automação e robótica (contextos de vida assistidos tecnologicamente); (v) criação de produtos, serviços, ambientes e lugares baseados em design universal e critérios de acessibilidade; (vi) casas inteligentes enquadradas num contexto mais alargado de cidades e comunidades amigas das pessoas idosas.

Ageing in place – um conceito, várias definições

Nos últimos anos, o uso generalizado da expressão "ageing in place" levou à sua rápida disseminação, apesar de não haver, à semelhança do que sucede com tantos outros conceitos, uma definição única que estabeleça as suas fronteiras ou um corpo teórico único que sistematize o seu uso. Parte desta confusão concetual decorre da própria natureza do que significa "envelhecer em casa", juntando aqui dois elementos distintos e suscetíveis de diferentes interpretações; por um lado, a noção de "envelhecimento" – há diferenças entre um envelhecimento *normal* e um envelhecimento *patológico*, por exemplo (Fonseca *et al.*, 2020) – e por outro lado a noção de "casa" – que poderá ir desde a residência pessoal ao local onde essa residência se insere.

Diversas contribuições foram surgindo, com origem na gerontologia, claro, mas também na sociologia, na psicologia ou mesmo na geografia e no urbanismo, o que não facilita a existência de um quadro concetual capaz de unificar os contributos de cada uma destas áreas científicas. De qualquer modo, no seu conjunto, estas disciplinas reconhecem que o conceito de *ageing in place* terá de ser compreendido na intersecção de diferentes contributos, criando deste modo um campo interdisciplinar. Na sua definição mais básica, *ageing in place* refere-se à permanência de uma pessoa mais velha na sua residência privada (e respetiva comunidade envolvente) durante a fase mais avançada da vida, em alternativa à institucionalização, assumindo a gestão do quotidiano com a autonomia possível.

Explicitamente preconizado em todas as definições de *ageing in place* é que envelhecer "em casa", só por si, é insuficiente, sendo indispensável assegurar a continuidade de uma vida independente, muito embora as pessoas idosas possam – e frequentemente fazem-no – contar com ajuda externa em aspetos do seu dia a dia para os quais seja necessária alguma assistência. O conceito de "independência" associado ao *ageing in place* não exclui, por isso, a existência de mecanismos complementares de suporte.

Para Férnandez-Carro (2013), o *ageing in place* pode adquirir uma dupla aplicação: designar uma política para as pessoas idosas e designar um

processo socio-residencial. Por um lado, é verdade que o conceito de *ageing in place* remete para uma série de medidas institucionais destinadas a promover uma vida independente na população idosa enquadrada pelo paradigma de envelhecimento ativo. A popularização do termo é, aliás, resultado desta abordagem. Por outro lado, a aplicação científica do conceito levou ao desenvolvimento de variadas perspetivas – do plano social ao urbanístico – sobre como promover o melhor ambiente possível para a população idosa.

Trata-se, assim, de um processo multidimensional, dependente de uma série de adaptações mútuas e contínuas entre dois principais agentes: os indivíduos idosos, por um lado, e o ambiente em que vivem, por outro lado, compreendendo as seguintes quatro dimensões: individual, doméstica, sociocomunitária e estrutural. As condições pessoais estabelecem necessidades de caráter individual que são determinadas biológica e socialmente pela fase da vida em que o indivíduo se encontra, isto é, a velhice. Estas necessidades são avaliadas de acordo com as expetativas e os objetivos do indivíduo, acrescentando uma componente que decorre da dimensão psicológica e que lhe confere um caráter idiossincrático: uns valorizam mais ler, outros valorizam mais conviver com amigos, etc. Os recursos necessários para preencher as necessidades individuais provêm dos restantes três domínios: doméstico, sociocomunitário e estrutural. Uma vida independente é alcançada pelo estabelecimento de um balanço entre estes quatro elementos, que são dinâmicos e que mudam ao longo do tempo. Uma vida autónoma exige ajustamentos sucessivos à medida que as necessidades individuais e o contexto mudam. Face a um novo cenário (alteração nas condições de saúde, por exemplo), a pessoa esforça-se por recuperar um equilíbrio que permita a continuação das rotinas diárias que lhe facilitam continuar a envelhecer em casa.

Vamos olhar agora, de forma mais concreta, para algumas características particulares que decorrem da delimitação do conceito de *ageing in place*.

A primeira característica que define o *ageing in place* é que se trata de uma experiência referida ao domínio privado, como alternativa á institucionalização. A grande diferença entre viver em casa, num espaço privado, e viver numa instituição coletiva, é que no seu espaço privado a pessoa idosa possui mais opções de escolha acerca do modo como pretende administrar a sua vida, dispondo de autonomia para tomar decisões acerca da configuração do espaço físico, a organização das rotinas diárias ou a forma como interage com o que está à sua volta. Na sua própria casa não há regras externas que normativizem o curso do dia a dia; é a própria pessoa que estrutura as regras com base nos seus desejos, capacidades, recursos e experiências prévias. Isto não significa que a administração da atividade quotidiana no espaço privado esteja isenta de limitações, pois as condições de vida são permanentemente influenciadas for fatores externos que podem funcionar como fatores de constrangimento para a definição de possíveis opções de

escolha. O que acontece é que, estando em suas próprias casas, as pessoas podem ter em conta esses fatores e decidir por si mesmas a organização do seu quotidiano, preservando o controlo sobre as rotinas diárias e sobre as relações estabelecidas com aquilo que as rodeia. Na sua própria casa, cada pessoa tem a oportunidade de decidir que mudanças pretende fazer na organização do espaço ou que alterações pretende efetuar no horário previsto para as atividades diárias. Assim se preserva um sentido de privacidade e autodeterminação, poder de escolha e considerável grau de liberdade, o que não é possível e alcançar em contextos residenciais, onde se privilegiam a conformidade, a segurança e a previsibilidade.

Higgins (1989) dá-nos conta do que poderemos encontrar em casa: um espaço privado, onde vivemos sozinhos ou com familiares (mas não com estranhos), um espaço familiar que arranjamos de um modo individual para comer e dormir, mas também para atividades de lazer que podem variar de acordo com o tempo (se está sol saímos de casa, se está a chover ficamos em casa) e com disposições individuais (dormir até mais tarde, comer quando nos apetece e não a uma hora determinada, etc.). O espaço doméstico simboliza a última expressão do domínio privado e representa o cenário natural do processo de *ageing in place*. O espaço doméstico pode ser referido pela palavra "casa" (tradução de "home"), que nas palavras de Somerville (1997) representa um lugar "physically, socially and psychologically constructed in both real and ideal forms" (p. 227). Tal significa que o espaço doméstico comporta simultaneamente uma definição objetiva – referente a um elemento tangível (habitação ou moradia) – e uma interpretação subjetiva, construída a partir das perceções acerca das relações que os membros do agregado habitacional mantêm com o espaço (físico e social) que habitam.

O significado de "casa" e de "viver em casa" não é o mesmo no decurso do ciclo de vida. Há uma função universal que lhe atribuímos que é a de providenciar segurança, refúgio e proteção (Rapoport, 1995), mas cada período da vida envolve exigências habitacionais específicas e implica diferenças ao nível das necessidades habitacionais. A adequação de uma residência está diretamente associada a condições materiais apropriadas às necessidades de quem lá vive e a mudanças pessoais experimentadas pelos respetivos habitantes ao longo do ciclo de vida.

No caso particular da velhice, a relevância do contexto residencial é maior do que em outras alturas do ciclo de vida. As razões para isto são várias. Primeiro, as pessoas idosas tendem a passar mais tempo em casa do que o resto da população. Devido ao declínio das suas capacidades e à mudança nas suas rotinas diárias, sobretudo após a reforma, à medida que envelhecem os indivíduos tendem a reduzir as suas redes sociais e as suas atividades do quotidiano, centrando-as predominantemente no espaço doméstico. Segundo, a importância da "casa" e de "viver em casa" em idades

mais avançadas reside na ligação emocional que as pessoas mais velhas sentem pelas suas casas. Esta ligação emocional decorre do facto de muitos acontecimentos importantes das suas vidas terem acontecido na esfera doméstica, sobretudo os de natureza familiar como o crescimento dos filhos ou eventos importantes que lá tenham acontecido (festas, celebrações, etc.). A casa não é apenas o lugar onde se vive, representa também um espaço de memórias que mantém os mais velhos ligados ao passado e acrescenta sentido ao presente. Porém, tal pode ser um risco quando a ligação emocional se sobrepõe às condições reais da vida presente e uma excessiva idealização de um espaço que já não corresponde às necessidades da pessoa acabar por fazer com que ela viva num sítio que, embora signifique muito, já não lhe proporciona conforto e segurança, com efeitos contraproducentes ao nível do bem-estar individual.

Oswald e Wahl (2005) sintetizam deste modo os principais aspetos do significado de "casa" para as pessoas mais velhas:

- os aspetos físicos da habitação (ligados às características físicas da habitação e à comunidade onde ela se insere),
- os aspetos sociais da habitação (ligados à inclusão social que aquela casa permite),
- os aspetos pessoais da habitação (ligados à dimensão comportamental e ao plano emocional).

Se o domínio privado é o contexto que dá sentido ao *ageing in place*, a vida autónoma e independente é condição indispensável para que o *ageing in place* possa acontecer. Uma vida independente caracteriza-se pela capacidade individual para levar a cabo a sua vida, ainda que com ajuda, mas sem depender inteiramente de outros para o fazer. Autonomia e independência são sempre relativas, em qualquer altura do ciclo de vida, mais sobretudo à medida que se envelhece. Uma pessoa idosa pode ganhar ou perder autonomia em diferentes momentos de acordo com circunstâncias específicas (ficar doente, por exemplo, vai reduzir a autonomia; substituir a banheira vai permitir-lhe ganhar autonomia) e é isso mesmo que o conceito de *ageing in place* considera: a ideia de um estatuto de vida independente assenta na possibilidade de envelhecer em casa, mas sem descurar a qualidade de vida desse processo, o que pode suscitar o recurso a algum tipo de suporte. Este suporte pode ser de natureza informal – através de familiares, vizinhos ou amigos – ou formal – através de cuidadores formais oriundos de estruturas de âmbito local. É importante ter em conta que este suporte não significa necessariamente prestação de cuidados, podendo revestir a forma de apoio para a realização de tarefas domésticas ou simplesmente fazer companhia, o que permite combater a sensação de isolamento.

Apesar de globalmente considerar-se benéfico o *ageing in place* pelos efeitos positivos da vida independente na satisfação com a vida no decurso

do envelhecimento, também se tem questionado até que ponto estamos perante uma escolha consciente, em alternativa à institucionalização, ou se não estamos apenas perante uma imposição face à ausência de alternativas. Os resultados da investigação a este respeito não são unânimes. Há situações em que permanecer em casa corresponde efetivamente a um envelhecimento mais satisfatório, sobretudo quando a vida independente garante a privacidade e permite a continuidade do controlo sobre a vida pessoal (Philips, Ajrouch & Hillcoat-Nallétamby, 2010), mas noutras situações permanecer em casa nem sempre é sinónimo de qualidade de vida, isto quando os indivíduos estão confinados a um ambiente inapropriado, situação que pode ter efeitos contraproducentes como isolamento, solidão e desconexão com o ambiente social envolvente (Kohli, Künemund & Zähle, 2005).

Envelhecer em casa, por si só, não significa necessariamente a garantia de independência e consequente satisfação com a vida, pois tal depende significativamente do grau de funcionalidade que o indivíduo apresenta e do maior ou menor ajustamento entre as necessidades individuais e o contexto, ou ambiente. Quando o contexto não responde às necessidades, tal acarreta geralmente um aumento de vulnerabilidade e fragilidade, com inevitável comprometimento do bem-estar. É certo que mudanças ambientais podem gerar resultados positivos quando se promove o ajustamento pessoa-ambiente através da melhoria das condições de vida e do controlo pessoal, diminuindo a pressão ambiental (Lawton, 1983). Envelhecer no local onde sempre se viveu pode ser negativo quando as comunidades sofrem mudanças socioeconómicas e demográficas que as desfiguram, transformando espaços outrora "amigáveis" em ambientes onde as pessoas mais velhas se sentem inseguras ou vivem permanentemente com a sensação de estarem fora do seu lugar. Todavia, diferentes grupos de idosos podem reagir de forma diferente às mudanças ambientais; enquanto alguns poderão efetivamente experimentar um sentimento de exclusão, outros poderão continuar a experimentar uma forte sensação de inserção social, independentemente das mudanças ocorridas. As diversas perspetivas que relacionam ambiente e envelhecimento sublinham a importância de que o contexto físico e relacional se reveste para o maior ou menor sucesso adaptativo ao processo de envelhecimento (Paúl, 2005). O melhor lugar para se envelhecer será, fundamentalmente, aquele que proporcionar a relação mais adequada e favorável entre a pessoa idosa e o contexto que a rodeia.

Uma outra questão pertinente prende-se com a armadilha economicista do *ageing in place,* ou seja, a opção por manter as pessoas mais velhas em casa pode ser usada como um pretexto, bafejado pela boa intenção de promover a sua qualidade de vida, para reduzir as despesas públicas associadas a serviços especializados de habitação e saúde para as pessoas mais velhas. Oldman e Quilgars (1999) advertem que se é verdade que uma larga percentagem das pessoas idosas prefere de facto manter-se em casa, os

governos podem ver nesta motivação uma desculpa perfeita para reduzir drasticamente o seu investimento no sector da habitação, transferindo para os indivíduos e respetivas famílias a responsabilidade de providenciarem os melhores contextos habitacionais para o seu envelhecimento.

Na verdade, para algumas pessoas permanecer em casa poderá significar isolamento e risco de solidão, ao passo que deslocarem-se para instituições poderá ser vantajoso e possibilitar uma integração social mais satisfatória. Outro argumento para não se permanecer em casa é o facto de muitos idosos residirem em habitações degradadas ou que se foram degradando ao longo do tempo, não tendo condições financeiras para efetuarem obras de melhoria e muito menos para se mudarem para outra habitação. Para Arlotti, Di Rosa e Martinelli (2019), *ageing in place* requer algumas pré-condições específicas, como por exemplo uma habitação adequada e uma rede de apoio formal e informal ativa; caso contrário, podem surgir riscos substanciais de isolamento social e físico para idosos frágeis. Os autores sintetizam uma série de questões pertinentes a este respeito: Quais são os principais riscos associados ao *ageing in place*? Que contextos de habitação favorecem ou dificultam o *ageing in place*, pensando sobretudo nos idosos mais fragilizados que ficam em situação de particular vulnerabilidade em termos psicológicos, sociais e de cuidado material? Qual é o papel das políticas públicas no apoio às práticas de *ageing in place*? Que inovações – sociais, tecnológicas e políticas –podem ajudar a reduzir o risco de isolamento? Que regulação é necessária entre habitação, configurações urbanas/territoriais, e políticas de atenção e saúde, para tornar o *ageing in place* uma prática efetiva e generalizada para todas as pessoas que pretendam envelhecer nos seus domicílios?

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2015b), as tecnologias emergentes, especialmente aquelas usadas para promover a comunicação e o envolvimento social, fornecem oportunidades que o *ageing in place* possa ser melhorado através da criação de ambientes seguros e amigáveis para o idoso. No entanto, tal como acontece com outras políticas de envelhecimento, colocar uma ênfase muito rígida em soluções de tamanho único pode não ser o mais adequado. Por exemplo, envelhecer em casa pode não ser indicado para idosos que apresentem especiais necessidades de cuidados, que vivam em moradias com falta de condições ou para aqueles que vivam em bairros inseguros. Para que as políticas de *ageing in place* incluam justamente os mais vulneráveis, Means (2007) identifica três condições essenciais: primeiro, é importante procurar melhorar as condições de habitação de todos os idosos, especialmente daqueles com baixos rendimentos; em segundo lugar, deve haver um compromisso de investimento numa gama ampla de serviços de suporte e aconselhamento especializado; em terceiro lugar, um ambiente apropriado para envelhecer deverá sempre incluir cuidados residenciais previstos para quem deles necessitar.

Mas a questão não se coloca apenas na habitação. Mesmo quando esta reúne todas as condições necessárias para se envelhecer bem, tão importante como a casa é o que a rodeia, tanto do ponto de visto físico como social. A casa também é o contexto onde ela se insere, não apenas o espaço físico que a delimita. A falta de acesso a redes de suporte, a bens e serviços, ou a falta de acessibilidade a atividades de lazer e de aprendizagem, estão entre os principais fatores que podem afetar a viabilidade de envelhecer em casa. *Ageing in place* supõe a conexão dos indivíduos com os seus espaços residenciais, pelo que a totalidade do conceito só poderá ser experimentada quando ao domínio privado (residencial) for acrescentada a possibilidade de exercício de autonomia social no meio onde essa residência se insere.

Finalmente, há quem encare o *ageing in place* não apenas como uma estratégia de garantia de um envelhecimento com o máximo bem-estar possível, mas como algo mais vasto, um verdadeiro movimento de inovação social, propondo soluções para a resolução de um problema no qual a população idosa se reconhece. Spinelli e colaboradores (2019) apresentam quatro *case-studies* internacionais que, em sua opinião, se constituem como verdadeiros laboratórios criativos do envolvimento de cidadãos mais velhos no funcionamento das respetivas comunidades: "Lewisham Local", "Give & Take Care Community Interest Company", "Hull and East Riding Mutual Aid Network", e "Partners in Care". Em conjunto, estas quatro iniciativas distinguem-se pelo facto de proporcionarem, a pessoas idosas residentes na comunidade, respostas de acordo com as realidades próprias de cada comunidade, isto à medida que o funcionamento social e a própria representação do que é ser idoso vai sofrendo modificações. Os autores salientam que não é possível oferecer respostas socialmente inovadoras as necessidades dos mais velhos sem ter em conta metodologias de *co-design* e de *co-delivery*, de modo a criar consenso em torno de novas linguagens e de novas práticas do que significa *ageing in place*.

Para concluir

Em síntese, *ageing in place* é uma expressão comum no pensamento e práticas atuais sobre políticas de envelhecimento, significando genericamente viver em casa e na comunidade com algum nível de independência, mantendo a autonomia e fomentando uma vida socialmente participativa. Envelhecer em casa também promove e facilita as ligações sociais com familiares e amigos. Apesar da maioria das discussões sobre *ageing in place* se focar essencialmente na habitação, há reconhecimento crescente de que, além da habitação, as comunidades são fatores cruciais na valorização que as pessoas fazem do *ageing in place.* Embora as condições objetivas da comunidade onde se vive e a capacidade funcional individual sejam importantes, os sentimentos subjetivos sobre essa comunidade podem ser uma fonte significativa de satisfação, independentemente de aspetos objetivos de adequa-

ção ou segurança. Para auxiliar o envelhecimento em casa e na comunidade, é necessário ter em conta não apenas as opções de habitação, mas também o transporte, oportunidades recreativas e serviços que facilitem a atividade física, a interação social, o envolvimento cultural e a educação contínua.

O conceito de envelhecimento ativo, primeiro, e de envelhecimento saudável, depois, têm implícitos uma constelação de fatores que os determinam. Um desses fatores, com forte influência na manutenção da autonomia e do controlo sobre o meio, é a relação da pessoa idosa com o ambiente residencial, isto é, com a habitação e com o contexto físico e social envolvente. As preocupações com a definição de ambientes adequados para os mais idosos encararam tradicionalmente o processo de envelhecimento atendendo sobretudo às fragilidades a ele associadas e prestando particular atenção a aspetos relacionados com a mobilidade.

Mas o desafio atual vai mais além, consistindo em encontrar soluções que correspondam ao objetivo de promover a qualidade de vida, nomeadamente, através da integração social. Vasunilashorn e colaboradores (2012) consideram que, analisando o modo como o conceito foi evoluindo ao longo do tempo, fica claro que "aging in place is not a one-size-fits-all concept" – há diferenças de acordo com uma série de variáveis, como urbano ou rural, rendimento, funcionalidade ou cultura. Certo é que se no início a habitação ocupava um lugar importante na discussão a propósito do tema, o papel da tecnologia foi ganhando, progressivamente, uma cada vez maior preponderância.

Do mesmo modo, o entusiasmo inicial e quase ilimitado que o conceito de *ageing in place* suscitava foi dando lugar a um entusiamo moderado à medida que que as críticas e as limitações do conceito foram sendo evidenciadas, chamando sobretudo a atenção para os riscos de isolamento que, ao contrário precisamente do que preconiza, o *ageing in place* pode acentuar, particularmente nos idosos mais frágeis e com menor retaguarda familiar e social.

Referências bibliográficas

1. ARLOTTI, M.; Di ROSA, M.; MARTINELLI, F. **Challenges to ageing in place: Potential risks of isolation and abandonment for frail older people living at home**. 4th Transforming Care Conference, Copenhagen, 24-26/6/2019 (http://www.transforming-care.net/thematic-panel-12-challenges-to-ageing-in-place-potential-risks-of-isolation-and-abandonment-for-frail-older-people-living-at-home/).
2. FERNÁNDEZ-CARRO, C. **Ageing in place in Europe: A multidimensional approach to independent living in later life**. Barcelona: Department of Geography/Autonomous University of Barcelona, 2013.
3. FONSECA, A.M. **Desenvolvimento humano e envelhecimento**. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

4. FONSECA, A.M.; BLOM, C.; MORAIS, M.; MEDEIROS, S. A experiência de bem-estar no envelhecimento patológico e no envelhecimento bem-sucedido. ***In:*** SILVA, A. (org.). **Conexões entre saúde e psicologia: Estudos teórico-práticos**. Teresina: Acadêmica Editorial, 2020. p. 197-210.
5. HIGGINS, J. Defining community care: realities and myths. **Social Policy and Administration**, v. 23, p. 3-16, 1989.
6. KLIMCZUK, A. **Economic foundations for creative ageing policy, Volume II**. New York: Palgrave Macmillan, 2017.
7. KOHLI, M.; KüNEMUND, H.; ZäHLE, T. Housing and living arrangements. ***In:*** BöRSCH-SUPAN, A.; ***et al***. (org.). **Health, ageing and retirement in Europe - First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe**. Mannheim: MEA, 2005.
8. LAWTON, M.P. Environment and other determinants of well-being in older people. **The Gerontologist**, v. 23, p. 349-357, 1983.
9. MEANS, R. (2007). Ageing in place and vulnerable older people in the UK. **Social Policy & Administration**, v. 41, p. 65–85, 2007.
10. MILLIGAN, C. **There's no place like home. Place and care in an ageing society**. Farnham, UK: Ashgate, 2009.
11. OECD. **New orientations for social policy**. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (Social Policy Studies), 1994.
12. OECD. **The future of the family to 2030. A scoping report**. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (International Futures Programme), 2008.
13. OLDMAN, C.; QUILGARS, D. The last resort? Revisiting ideas about older people's living arrangements. **Ageing and Society**, v. 19, p. 363-384, 1999.
14. OSWALD, F.; WAHL, H. Dimensions of the meaning of home. ***In:*** ROWLES, G.; CHAUDHURY, C. (ed.). **Home and identity in later life: International perspectives**. New York: Springer. p. 21-45.
15. PANI-HARREMAN, K.; BOURS, G.; ZANDER, I.; KEMPEN, G.; VAN DUREN, J. Definitions, key themes and aspects of 'ageing in place': A scoping review. **Ageing & Society**. (doi: https://doi.org/10.1017/S0144686X20000094)
16. PAÚL, C. Envelhecimento e ambiente. ***In:*** SOCZKA, L. (org.). **Contextos humanos e psicologia ambiental**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005. p. 247-268.
17. PHILIPS, J.; AJROUCH, K.; HILLCOAT-NALLÉTAMBY, S. **Key concepts in social gerontology**. London: Sage, 2010.
18. RAPOPORT, A. A critical concept of home. ***In:*** BENJAMIN, D.; STEA, D.; SAILE, D. (ed.). **The home. Words, interpretations, meanings, and environments**. Brookfield, VT: Avebury, 1995. p. 25-52.
19. SOMERVILLE, P. The social construction of home. **Journal of Architectural and Planning Research**, v. 14, p. 226-245, 1997.

20. SPINELLI, G.; WEAVER, P.; MARKS, M.; VICTOR, C. Making a case for creative living labs for Aging-in-Place: Enabling socially innovative models for experimentation and complementary economies. **Frontiers in Sociology**, v. 4, n. 19, p. 9-27, 2019.

21. VAN DIJK, H.; CRAMM, J.; VAN EXEL, J.; NIEBOER, A. The ideal neighbourhood for ageing in place as perceived by frail and non-frail community-dwelling older people. **Ageing & Society**, 2015. (doi: https://doi.org/10.1017/S0144686X14000622)

22. VASUNILASHORN, S.; STEINMAN, B.; LIEBIG, P.; PYNOOS, J. Aging in Place: Evolution of a research topic whose time has come. **Journal of Aging Research**, 2012. (doi: 10.1155/2012/120952)

23. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on the 2nd WHO Global Forum on Innovation for Ageing Populations**. Geneva: World Health Organization Centre for Health Development, 2015a.

24. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Report on Ageing and Health**. Geneva: World Health Organization, 2015b.

Programa Aconchego

"Quem estuda tem casa. Quem tem casa tem companhia."

Marta Filipa Gomes Pinto da Costa, Susana Maria da Silva Ferreira Matias dos Santos, Hugo Filipe Varela Correia Tavares
Câmara do Porto - Portugal

Nas últimas décadas, o progresso científico e tecnológico caraterístico das sociedades contemporâneas, tem permitido avanços significativos na concretização da melhoria das condições de vida das populações, conferindo-lhes mais saúde, melhores condições de trabalho e de habitação, conduzindo, naturalmente,a uma maior longevidade (Oliveira *et al.*, 2012). Por sua vez, este aumento da longevidade reflete-se no aumento do número de idosos e, se juntarmos a este facto, a diminuição da natalidade, somos confrontados com uma população cada vez mais envelhecida. Esta realidade é transversal a qualquer zona do mundo, mas é especialmente evidente nas cidades dos países emergentes. Como resultado deste fenómeno sociodemográfico, em 2050 prevê-se que 25% da população urbana seja constituída por idosos.

Portugal, assim como outros países da Europa, tem vindo a registar nas últimas décadas, profundas transformações demográficas caracterizadas, entre outros aspetos, pelo aumento da longevidade e pela redução da natalidade. Em 2015, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 20,5% de toda a população residente em Portugal. Neste mesmo ano, a esperança média de vida atingiu os 77,4 anos para homens e 83,2 anos para as mulheres. No que diz respeito à cidade do Porto, os Censos de 2011 indicam que, esta cidade, a segunda maior do país, apresenta um índice de envelhecimento de 194, sendo bastante superior à média nacional, situada nos 131 (PORDATA, 2016). Estes últimos Censos de 2011 indicam ainda que cerca de 30% da população da cidade do Porto (74.090) tem uma idade superior a 60 anos e quase 31.000 das pessoas com mais de 65 anos vivem sozinhas, o que representa quase 50% da população sénior.

O envelhecimento constitui uma conquista do desenvolvimento socioeconómico e da saúde pública que, em simultâneo, conduz ao desafio de adaptação da sociedade (World Health Organization, 2015b).

Tendo em conta estas realidades decorrentes das mutações sociais, as cidades vão ter que se ajustar e munir de estruturas e condições de vida, pois "as pessoas mais velhas, em especial, têm necessidade de viver em meios envolventes que lhes proporcionem apoio e capacitação, para compensar as mudanças físicas e sociais associadas ao envelhecimento" (Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas, 2009). Assim, torna-se crucial que estas mutações sejam consideradas na elaboração de políticas e programas orientados para o fenómeno do envelhecimento, uma vez que refletir sobre o envelhecimento implica repensar todo um conjunto de políticas públicas, pelo que a mudança só

acontece através da visão compartilhada de todo o país (Uruguay. Consejo Consultivo del Instituto Nacional del Adulto Mayor – INMAYORES, 2012).

Ora, preocupado com este fenómeno sociodemográfico, o Município do Porto aderiu à Rede Mundial de Cidades Amigas das Pessoas Idosas em 1 de outubro de 2010, reforçando a sua vontade em responder ao rápido envelhecimento da população. Para tal, entre outras iniciativas, aposta num conjunto de programas que promovem um envelhecimento ativo e saudável.

Paralelamente a este aumento da longevidade, caracterizado pelo envelhecimento da população, a Universidade e as instituições de ensino superior do concelho atraem para a cidade Invicta milhares de estudantes por ano. Na cidade há cerca de 75.000 estudantes do Ensino Superior, sendo que muitos destes alunos têm necessidade de alojamento temporário durante o ano letivo, já que um terço é originário de fora da Área Metropolitana do Porto e necessita, obrigatoriamente, de teto na cidade (JN, setembro de 2018).

Preocupado com esta tendência sociodemográfica do fenómeno do envelhecimento da população, o Departamento Municipal de Coesão Social da Câmara Municipal do Porto, através da sua Divisão Municipal de Desenvolvimento Social, tem como competência assegurar a implementação de programas que promovam o envelhecimento ativo e a qualidade de vida da população idosa. Neste sentido, o Programa Aconchego foi criado em 2004, resultando de uma parceria entre a Câmara Municipal do Porto e a Federação Académica do Porto (FAP Social), que é uma organização que coordena os movimentos e associações dos estudantes do Ensino Superior do Porto e que, no contexto desta parceria, é responsável, principalmente, pela divulgação do Programa junto do universo destes estudantes.

O Programa Aconchego foi a solução encontrada para responder a estas duas necessidades/problemas, aparentemente intransponíveis e sem um denominador comum: o do alojamento de jovens de estudantes do ensino superior e da solidão e/ou isolamento de essoas idosas, tornando-se num projeto que assenta numa ideia simples: os jovens estudantes que chegam ao Porto procuram alojamento e os idosos que vivem sozinhos precisam de companhia. Deste modo, os idosos retribuem a companhia com alojamento e os estudantes compensam o alojamento com companhia e apoio e, juntos, recolhem uma riqueza sem preço: os afetos.

Assim, desde há 15 anos, este Programa, que assenta numa perspetiva intergeracional, contribui para colmatar o sentimento de solidão e isolamento dos seniores e, em simultâneo, proporciona o alojamento de jovens estudantes do ensino superior no Concelho do Porto. Mais concretamente, este projeto permite aos aderentes uma troca de experiências entre gerações, traduzindo-se em companhia para o sénior e redução das despesas de alojamento para o estudante. É um Programa que, na sua génese, proporciona um Lar seguro e não apenas um quarto a um estudante e uma efetiva

companhia aos mais velhos, constituindo-se como um verdadeiro contexto para a melhoria da qualidade de vida de ambos.

Esta iniciativa oferece, portanto, uma partilha de recursos efetivos para ambas as partes, sendo que o sénior que partilha a sua habitação recebe do estudante uma relação de proximidade ganha uma companhia no seu dia a dia, gerando-se, igualmente, afinidade, confiança e serenidade para os familiares dos dois segmentos.

Efetivamente, o Programa Aconchego reúne uma série de vantagens para ambos os participantes. Para os seniores cria a possibilidade de contacto com os jovens, promovendo a troca de experiências e permitindo que tenham acesso a um acompanhamento noturno. Para os estudantes e suas famílias é vantajoso, na medida em que reduzem as suas despesas de alojamento e podem conviver num ambiente familiar enquanto estudam longe das suas residências originais. Mais ainda, o Programa tem um impacto positivo na família alargada dos participantes, através do estabelecimento de redes familiares de entreajuda e na revitalização do tecido social do Concelho do Porto. Este Programa permite, desta forma, não apenas ganhos individuais, mas também benefícios coletivos, já que a interação promove o estabelecimento de uma relação forte e sólida entre estudantes e seniores, bem como o desenvolvimento de uma rede de apoio que contribui para um maior sentimento de felicidade para ambas as partes. Da aproximação destes dois segmentos populacionais, tão distintos nas idades e vivências, advém uma melhoria da qualidade de vida para ambos, que, na verdade, podem ter tantas coisas em comum, já que, por exemplo, as saudades da família podem ser colmatadas pela criação de laços afetivos entre uns e outros.

O Programa operacionaliza-se através do alojamento de jovens do ensino superior, durante um ano letivo, em habitações de seniores residentes no concelho do Porto, notando-se que, na grande maioria dos casos, os pares renovam a sua adesão, cada ano letivo, até ao final do percurso académico do estudante, comprovando-se, assim, os efetivos benefícios e sucesso deste Programa.

Uma particularidade relevante desta iniciativa é que os estudantes apenas terão de contribuir simbolicamente para o acréscimo de despesas do sénior, sendo que, presentemente, esta prestação é efetuada em géneros e situa-se nos 25.00€ mensais. Importa, contudo, sublinhar que mais que um pagamento simbólico, a ideia é que os jovens ofereçam tempo.

Podem beneficiar do Programa Aconchego os munícipes com idade igual ou superior a 60 anos, a viverem em situação de solidão e/ou isolamento social e estudantes matriculados no Ensino Superior, com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos de idade, não residentes no Concelho do Porto e que pretendam comprometer-se com o acompanhamento e melhoria da qualidade de vida dos seniores.

Os seniores que desejem aderir ao Programa deverão possuir condições de habitabilidade adequadas para receber um estudante, nomeadamente um quarto individual, instalações sanitárias completas e cozinha, onde o mesmo possa confecionar as suas refeições. Por outro lado, deverá estar disponível para visitas de acompanhamento periódicas por parte da equipa técnica e facultar os elementos necessários, no âmbito da saúde, para um encaminhamento adequado em situação de emergência. Por norma, a sinalização dos seniores é efetuada pelos familiares mais próximos ou pelo próprio, sinalização esta que desencadeia uma avaliação por parte da equipa técnica, que começa por realizar uma visita domiciliária, com os seguintes objetivos: esclarecer o candidato sobre os conteúdos do programa, avaliar se a habitação do sénior reúne as condições necessárias para acolher um estudante e recolher os elementos necessários ao processo individual.

Por seu turno, a admissão dos candidatos estudantes passa pelo preenchimento de um formulário de pré- candidatura, seguido da realização de pelo menos uma entrevista individual e, posteriormente, consoante o perfil do candidato, dá-se seguimento ao processo de admissão.

De notar que a admissão a este Programa, quer de candidatos seniores, quer de candidatos estudantes, pressupõe um parecer emitido pela equipa técnica da Câmara Municipal do Porto - Departamento Municipal de Desenvolvimento Social, sendo que este parecer baseia-se no perfil de ambos os candidatos (estudo socioeconómico, psicológico e cultural dos participantes, experiências das duas gerações com a outra geração e retaguarda familiar), bem como na disponibilidade para aderir ao Programa, na capacidade de resposta da equipa técnica e na prioridade das situações analisadas.

A Equipa Técnica identifica os perfis compatíveis e procede aos encontros entre sénior e estudante, sendo de assinalar que, por norma, apenas é apresentado um estudante a um sénior, de modo a mediar expectativas, proteger os candidatos e evitar desilusões.

Nas situações em que ambos concordam em partilhar o alojamento, dá-se seguimento ao processo de integração, que é acompanhado com a assinatura de um contrato de adesão, de forma a formalizar essaintegração e assegurar os direitos e deveres de todos os intervenientes (Câmara Municipal do Porto, FAP, sénior e estudante).

Concretizando-se o processo de adesão, a equipa técnica responsável deve assegurar mecanismos de monitorização, que têm como objetivo permitir acompanhar, controlar e gerir situações não previstas, possibilitando a adoção atempada de medidas de correção das mesmas. Esta monitorização incide sobretudo na avaliação do cumprimento das cláusulas constantes no Contrato de Adesão e nas Normas do Programa Aconchego, bem como no cumprimento do que ficou acordado entre as partes. Concretamente, este acompanhamento, que deve ser regular, é realizado através de várias ações, nomeadamente:

reuniões, visitas domiciliárias, contactos telefónicos ou correspondência eletrónica. Somam-se a estas ações outras de carácter mais genérico: encontros anuais e *focus group (*Galego e Gomes, 2005*)*. Estas duas últimas atividades têm como principal intuito promover a partilha de experiências entre os pares aderentes, assim como incentivar o convívio intergeracional.

Salientamos que o Programa Aconchego funciona por anos letivos, de acordo com o calendário escolar das instituições de ensino superior, durante a semana, de segunda a sexta-feira, sendo que o período de fim-de-semana e férias letivas será facultativo, de acordo com a disponibilidade de ambos os participantes e contratualizado no momento da adesão ao Programa.

Desde 2004, o Programa Aconchego já beneficiou 424 pessoas, que representam 212 processos de adesão, sendo de realçar o elevado número de seniores que renovam a sua adesão. Neste último ano letivo, cerca de 50% dos seniores renovaram a sua adesão, o que evidencia o sucesso do Programa.

Tendo em conta o número total de aderentes, tornou-se possível retirar algumas conclusões acerca do perfil dos participantes, verificando-se que a maioria dos seniores e dos estudantes são do sexo feminino e de nacionalidade portuguesa. Mais ainda, o sénior aderente é maioritariamente da classe média/alta, muitas vezes licenciado e autónomo. Por seu turno, os estudantes são geralmente oriundos de famílias de classe média/baixa, que privilegiam as relações de proximidade e que, consequentemente, assegurem um espaço de segurança.

O crescimento do número dos participantes deve-se, também, à intensa divulgação do Programa na cidade do Porto, através da distribuição de cartazes e desdobráveis em pontos estratégicos, como Juntas de Freguesia, Universidades Seniores, Serviços de Saúde, Universidades e Faculdades, imprensa e audiovisuais, site da Câmara Municipal do Porto e Programas Televisivos com grande audiência.

A implementação do Programa Aconchego na cidade do Porto tem-se revelado um sucesso, o que levou ao registo da marca, da qual a Câmara Municipal do Porto é detentora. Devido a esta crescente visibilidade e sucesso do Programa, várias organizações da sociedade civil têm demonstrado interesse em replicar o Projeto noutros concelhos e cidades do país.

Mais ainda, não só pelo seu caráter inovador e de empreendedorismo social, mas também pelo seu impacto na vida das pessoas e da comunidade, este Programa já foi várias vezes premiado, tanto a nível nacional como internacional. Em 2010, no âmbito do concurso *This is European Social Innovation*, promovido pela Comissão Europeia – Eurocities, foi galardoado pelo seu potencial inovador e de empreendedorismo social.

A 16 de abril de 2012, o Programa Aconchego foi distinguido com o selo de Iniciativa de Elevado Potencial de Empreendedorismo Social, atribuído pelo Instituto de Empreendedorismo Social.

A 16 de março de 2018, o Programa Aconchego foi selecionado como uma boa prática smart to-do/AgeingSummit.

Recentemente, em agosto de 2018, o Programa Aconchego foi reconhecido como uma "age-friendly housing practice", através da WHO Age-friendly Cities and Communities.

Em jeito de conclusão, podemos dizer que o Programa Aconchego baseia-se numa troca de afetos sem limites, entre duas gerações e na construção de projetos de vida (com)sentidos. A todos os números apresentados, que representam o sucesso do Programa, associa-se o valor social e o património de afetos gerados por esta iniciativa. A intenção passa, pois, por potenciar e alargar o projeto, queconstituiu uma mais-valia para a comunidade.

Breves Testemunhos...

14.06.2019 (Jornal Porto)

"Sentia-me muito sozinho no primeiro semestre escolar e comentei com os meus pais. E eles, no Brasil, descobriram este programa e disseram para me candidatar", contou ao "Porto." João, de 21 anos, estudante da Faculdade de Economia do Porto, durante o Encontro Aconchego que decorreu na Fundaçãode Serralves, no passado dia 13.06.

João leva pelo braço Maria, de 88 anos, que o acolheu em casa ao abrigo do programa municipal "Aconchego". Já é o terceiro "neto" que lhe faz companhia e as suas portas estão abertas para receber osjovens estudantes. "O João fez há poucos dias 21 anos e eu festejei e dei-lhe uma prenda. É muito educado. Eu trato todos na minha casa como se fossem meus netos", disse a sénior.

02.01.2018 (Jornal de Notícias)

Joana e a D. Alice são "tia" e "sobrinha" há apenas dois meses. Ainda assim, depois de ultrapassada a "estranheza" dos primeiros dias, dão-se como se fizessem parte da mesma família há muito tempo. "A Joana trouxe alegria a esta casa. Faz parte da minha família", assegura D. Alice, de 92 anos.

Quando há um ano entrou para o curso de administração, em Aveiro, Joana não gostou da experiência que teve em residências. No Porto não queria repetir os mesmos passos. "Precisava de um ambiente familiar e de um adulto que substituísse os que tinha em casa", explicou a estudante. Foi então que, coma ajuda do pai, descobriu o projeto. "Percebi logo que queria isto", disse. "Era a situação ideal. Nos Açores fazia parte do coro e das marchas. Estava sempre com idosos", acrescentou.

As questões económicas e a "má experiência" que teve no primeiro ano de faculdade também empurraram a Inês, estudante de Gestão na

Universidade Católica, a procurar alternativas. "Morava com pessoas que não conhecia e passava muito tempo sozinha", contou, acrescentando que "na casa da D. Fernanda" jantam sempre juntas.

É nas conversas da noite que Joana e Inês descobrem um pouco do passado das mulheres que as acolhem. "A D. Fernanda já viajou por quase toda a Europa. Fiquei surpreendida por ter ido ao Brasil imensas vezes", referiu a Inês, que partilha do sonho de conhecer vários destinos. Também Joana vai aprendendo: "A tia foi professora de piano e pede-me sempre para tocar com ela".

De sorriso fácil, a D. Alice não esconde o receio que teve ao entregar as chaves a "uma desconhecida". "Tive muito medo", confessou. Quando ela veio cá com os pais fiz-lhe um único pedido. Disse-lhe para colocar as chaves no suporte do andar de cima para que eu soubesse que tinha chegado e que estava bem", explicou. Algumas noites da D. Fernanda também são passadas à espera da "neta". "Uma noite, a Inês chegou mais tarde e eu, como não sabia dela, fiquei preocupada. Agora, ela diz-me sempre a que horas vai chegar, mas mesmo assim não adormeço, enquanto ela não vem", referiu.

02. 11. 2017 (JPN – Jornalismo Porto Net)

Maria João vive com o Pedro, um estudante do terceiro ano de Música, que frequenta a Escola Superior de Música e Artes do Espetáculo (ESMAE) do Instituto Politécnico do Porto. Pedro é natural de São Miguel e deixou a sua casa para vir estudar para o continente em 2015. Uma pesquisa por alojamento no Porto resultou no conhecimento do Programa Aconchego, através do qual a sua vida se cruzou com a de MariaJoão.

Já a sénior foi aconselhada por uma amiga que tinha acolhido um estudanze na sua habitação. Pedro é o sexto jovem que Maria João recebe e garante que "nunca teve problemas". Os estudantes pagam uma pequena quantia mensal, embora a sénior dispense alguns deles do pagamento, "conforme as necessidades de cada um", esclarece.

Sobre o processo de adesão ao programa, ambos consideram que é "muito fácil". Apesar de haver certas condições a cumprir, "não é nada fora do normal".

Maria João e Pedro moram debaixo do mesmo teto pelo terceiro ano consecutivo e acreditam que "o respeito, a compreensão e o amor ao próximo" são os fatores-chave para uma convivência saudável. Na verdade, o estudante e a sénior já partilham muito mais do que uma casa. "É muito enriquecedor estar com uma pessoa mais velha", confessa Pedro.

Numa salinha apetrechada de fotografias e livros antigos, Maria João fala sobre o peso do passado: "Esta divisão é o meu mundo, a minha

recordação, a minha vivência". Viúva desde os 50 anos e sem nunca ter trabalhado, "porque eram outros tempos", a sénior tem agora a companhia destes jovens que preenchem a sua vida e diminuem o sentimento da estar só: "Todos os meus movimentos são para fugir da solidão".

Maria João tem dois filhos. Confessa que, apesar de serem "ótimas pessoas", têm muito trabalho, pelo que não podem dar-lhe assistência constante. Sobre o programa, diz que ambos se sentem aliviados com o facto de a mãe ter companhia e atenção assegurada.

A sénior, que inicialmente sentiu algum receio em acolher um rapaz, afirma agora que "é igual" e que se sente bastante satisfeita, uma vez que Pedro tem todos os valores que mais aprecia: valores de amizade, sensatez e família, essencialmente.

De sorriso rasgado, confessa que as regras da casa são praticamente nenhumas: "Não interferimos um com o outro, encontramo-nos quando pode ser". Já Pedro afirma que a sua personalidade não o leva a querer sair à noite com frequência, mas que, "uma vez por outra", pode fazê-lo sem que isso seja um problema.

A rotina em casa é quase sempre a mesma: Pedro tem o seu tempo e espaço para ir às aulas e estudar e Maria João confessa que tem "o dom de se saber entreter" quando ele não está, através das palavras cruzadas e da costura. À noite, encontram-se para jantar e, eventualmente, ver televisão e conversar sobre o dia de cada um.

A idosa não tem medo de estar sozinha, mas sublinha que "a sensação de estar só é muito pesada". Assim, o Programa Aconchego veio trazer algum alento à sua vida, através do convívio com jovens estudantes, com quem acaba por estabelecer laços muito fortes. "Quase todos os que por aqui passaram continuam a ter contacto comigo", confessa a sénior.

Sendo dos Açores, Pedro não vai a casa com a regularidade desejada, mas afirma que isso não é um problema: "Sinto-me em casa". Desta forma, o estudante e a sénior já vivenciaram algumas datas especiais juntos.

Com um brilho no olhar, Maria João falou ao JPN da surpresa que o jovem músico lhe fez na data do seu aniversário: "Ele apareceu-me aqui a tocar a música dos parabéns no clarinete e eu fiquei muito emocionada". Mas, no aniversário de Pedro, foi a vez da sénior surpreender: "Ofereci-lhe um almoço e uma taça com o nome dele, porque ele gosta de ter a sua loiça".

A preocupação com o bem-estar do outro é também uma constante nesta casa que assiste à partilha de amor entre gerações. Maria João acompanha os estudos de Pedro, mostrando-se "sempre interessada" e perguntando ao jovem "como está a correr". Se for a um aniversário de um familiar

ou de uma amiga, a sénior nunca se esquece de levar uma fatia de bolo para o jovem. "São pequenos miminhos que dão satisfação às pessoas", confessa a dona da casa.

Apesar de Maria João já não sair com frequência para passear, as idas ao supermercado são habituais e Pedro faz questão de a acompanhar, para ajudar com os sacos.

Já a lida da casa está a cargo de duas empregadas. Mas, quanto ao quarto do jovem, é a própria sénior quem trata do assunto: "Ele é bom rapaz e merece". Apenas as refeições são da responsabilidade do estudante, já que os gostos dos dois não coincidem.

Pedro encontra-se no último ano da licenciatura e planeia fazer mestrado. Caso o seu desejo se concretize, o jovem pretende permanecer na casa da idosa, que o recebe pelo terceiro ano consecutivo.

Maria João, que já não dispensa esta companhia, mostra-se igualmente muito satisfeita com a permanência do jovem na sua casa: "Gosto da juventude! Aprendo a vida de agora. Além disso, a vida é feita de miminhos e eu gosto de os dar e de os receber".

28.09.2015 (Jornal de Notícias)

Francisca e Rosa não sabem explicar como a azáfama de outrora se dissolveu no correr despercebido dos anos. Uma é viúva há 10 anos. Outra há 20. Houve um tempo em que a solidão lhes enchia os espaços vazios. Quase se lhes entranhava nos ossos. E esse desfiar das horas mudas arrastava-se em preocupações para toda a família. Mas, um dia, o eremitério de ambas chegou ao fim.

Tal como outros seniores, elas fazem hoje parte do "Aconchego".

"Foram as minhas filhas que insistiram. Fazia-lhes confusão verem-me ficar sozinha e cada vez mais velha". O desabafo é de Francisca. Ela, que hoje está feliz, no início hesitou em abrir a porta de casa a uma estranha. Aos 83 anos, continua a entreter-se com o seu "tricozinho", mas a rotina passou a ser mais animada desde que tem, faz hoje uma semana, a companhia da Andreia. "Calhou-me uma menina amorosa", diz, com os olhos cheios para a estudante do segundo ano de Arquitetura. A empatia foi grande: "Pela cara dela, achei que lhe podia dar a chave de casa". E deu.

Andreia tem 20 anos e é de Estarreja. Morava com uma colega que se mudou para Lisboa. Sem companhia, procurou outras opções. Depois de um ano de vida "independente" percebeu que "precisava de mais estabilidade, de um ambiente mais familiar". "Não gosto muito de estar sozinha".

As duas estão bem. E a família de Francisca mais descansada. Ana é uma de cinco filhos. A angústia da solidão da mãe começava quando o dia aca-

bava. "Quando chegava a casa, às oito da noite, a minha mãeligava: "Agora estou sozinha". E nós dizíamos: "Ó mãe agora também já é hora de jantar." "Não se entretinha com nada".

Rosa tem 83 anos e Mariana tem 21 anos. Veio para o Porto fazer o curso de Direito e o Programa Aconchego apareceu como uma resposta na internet. "Já cá tinha morado sozinha, mas não me agradou". Para a jovem é diferente chegar a casa e ter alguém com quem conversar". É mais um caso de empatia.

"Percebi em pouco tempo que Rosa era boa pessoa", diz Mariana. Rosa devolve: "Tinha todas as razões do mundo para embirrar com a Mariana, porque nem temos a mesma religião, nem o mesmo partido, mas não aconteceu".

Dão-se "lindamente", como avó e neta. Tanto que, já disse a uma das técnicas do programa "que gostava que ela ficasse até ao fim do curso e arranjasse um emprego no Porto". Mariana, num sorriso, complementa: "E eu gostava de cá ficar".

09.08.2012 (Visão)

Alexandre, cabo-verdiano, finalista de uma licenciatura em Ciências Aeronáuticas, entrou para o Programa em 2009, quatro anos após a sua criação. O estudante vive com uma idosa de 85 anos e explicaque a experiência é boa e recomenda que os outros colegas sigam o mesmo caminho, pois, entre as muitas vantagens, os "beneficiários ganham uma família e poupam dinheiro". "Se não fosse uma experiência boa,não estaria nos últimos três anos na companhia de uma pessoa 60 anos mais velha. Tenho total conforto,um quarto e casa de banho individuais. A minha contribuição é de 25 euros e já ganhei uma nova famíliaem Portugal", conta o entrevistado.

2011 (Viva - O Grande Porto Online)

Certo é que na casa de Teresa, de 87 anos e Paula, de apenas 20, não se registaram problemas de maior. A jovem garantiu à Viva que a adaptação a esta nova vida foi muito boa. "Telefonei para a Câmara, apresentei o meu perfil e, a partir daí, começou o processo de avaliação", relatou Paula, que já só vê aspetos positivos no Programa Aconchego. "Damo-nos muito bem, vemos os mesmos programas de televisão e vamos a espetáculos", garantiu a estudante, a viver na Baixa do Porto.

Para Teresa, voltar a viver sozinha "seria difícil". "Sinto que tenho companhia e afeto", salientou, revelando, no entanto, uma preocupação constante com a jovem. "O especto menos positivo é, para mim, a preocupação com o bem-estar da estudante, mais no sentido de minimizar a falta que ela possa sentir por viver longe dos familiares", afirmou Teresa, mostrando o compromisso que já sente em relação a Paula. De resto, o dia a dia

destas companheiras é de grande alegria. "Cozinhamos juntas, vamos ao cinema, a espetáculos e passeamos as duas", contou Teresa.

E já há lições de vida aprendidas. Da experiência que está a ter na sua nova casa, Paula concluiu que "a solidão dói muito". "E a vasta cultura da D. Teresa tem sido para mim uma aprendizagem", acrescentou. Nas palavras da sénior, foi Paula quem lhe ensinou o conceito de partilha. "A partilha da casa e dos momentos do dia a dia" é a grande lição mencionada.

05.04.2009 (Local Porto)

Júlia não gosta de ficar desocupada. Se está desocupada, começa "a pensar no que era e já não é, no que não foi e no que poderia ter sido". Uma amiga falou-lhe do Programa Aconchego e ela alegrou-se com a "companhia que podia ter", com "o bem que podia fazer". "É sempre agradável ajudar alguém. Ainda por cima, neste caso, lucro um bocadinho!" Já vai nos 85 anos. É "da época em que as senhoras não trabalhavam". O marido morreu em 1975 e ela ficou com os dois filhos já grandes. Ainda os tem, "graças a Deus". É muito ativa. Faz voluntariado e frequenta a universidade sénior. Mas queria também companhia no período da noite.

Júlia encaixava no perfil do Programa Aconchego. Tem um bom apartamento, é uma idosa ativa, com abertura ao meio ambiente e não gosta de ficar dentro de casa.

Acolheu uma estudante de Fisioterapia durante dois anos. Depois recebeu outra, que já vai no segundo ano. Com esta estudante a relação é próxima. Conversam um pouco à noite e, às vezes, a estudante leva-lhe o tabuleiro para a cozinha.

A estudante, Sara, viveu o primeiro ano numa residência universitária, partilhando um quarto com uma rapariga com hábitos de estudo noturno e isso fizera-lhe "alguma confusão". Na Queima das Fitas, lera um artigo sobre o Programa Aconchego. "O fator económico" pesou na decisão, mas não foi tudo. Atraía-a a ideia de "viver num ambiente familiar".

"Se ela não tivesse educação, custava-me. A mocidade agora está um bocado para o "atrevido", diz Júlia. Sara é caseira e estudiosa. De vez em quando, pede para ir a um jantar ou a uma festa e isso Júlia compreende.

Nota: Informamos que os nomes foram alterados para garantir a confidencialidade dos aderentes

Referências bibliográficas

1. Fundação Calouste Gulbenkian (2009). **Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas**. Lisboa: Guide Artes Gráficas, Lda.
2. Galego, C; Gomes, A. A. (2005). **Emancipação, rutura e inovação: o "focus group" como instrumento de investigação**. Revista Lusófona de Educação, n.º 5, pp 173-184.
3. Oliveira, P., Arco, H., Costa, A., Arriaga, M., Louro, O., Roque, S., Alves, J., Dionísio, B., Martins, A., Panaças, L., Bravo, M. (2012). **Cidade amiga das pessoas idosas – Alguns dados exploratórios do Concelho de Portalegre**. Trabalho apresentado no III Seminário de I&DT, organizado pelo C3i – Centro Interdisciplinar de Investigação e Inovação do Instituto Politécnico de Portalegre, realizado nos dias 6 e 7de Dezembro de 2012.
4. Uruguay. Consejo Consultivo del Instituto Nacional del Adulto Mayor – INMAYORES. (2012). Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2013-2015. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social.
5. World Health Organization. (2015b). **Ageing**.

Diversidade e tendências em modelos de moradia para idosos nos Estados Unidos

Lycia Tramujas Vasconcellos Neumann

1. Introdução

"Nos Estados Unidos todo mundo quando envelhece vai para uma casa de repouso. Lá não é como aqui (no Brasil), lá todo mundo tem apoio para envelhecer bem", me disse uma senhora quaando contei que estava estudando no Estados Unidos e pesquisando sobre envelhecimento humano. Mito. Apenas 3.1% da população de 65 anos ou mais (aproximadamente 1.5 milhões de pessoas) vive em instituições, e dentre esses, 1.2 milhões de pessoas vivem em uma *nursing home (*Lar de Idosos). Dentre os idosos que não vivem em instituições, 28% (13.5 milhões) vivem sozinhos, e esta proporção aumenta com a idade, indo de 1% entre aqueles com idade entre 65 e 74 anos a 9% entre os que tem 85 anos ou mais (Administration on Aging, 2018).

Confesso que quando cheguei em 2015 para cursar doutorado em Saúde Pública na *University of Pittsburgh* também imaginava um cenário bem diferente com relação aos idosos no país. Não imaginava que tantos idosos vivessem em comunidades, mesmo aqueles que precisam de apoio para seu cuidado pessoal diário. Segundo dados compilados pela *Family Caregiver Alliance* (2015), 80% dos idosos que recebem assistência não vive em instituições, incluindo aqueles com limitações funcionais severas. São mais de 43 milhões de cuidadores informais ou familiares cuidando de um adulto com mais de 50 anos, e quase 15 milhões cuidando de alguém com Alzheimer's ou algum outro tipo de demência.

Buscando combinar minha experiência acadêmica com uma atuação na comunidade, trabalhei no verão de 2017 numa fundação local que atua há mais de 25 anos com programas e ações voltados a melhor qualidade de vida da população idosa. Um dos papéis principais dessa fundação é atuar como *community convener* (convocador da comunidade), promovendo reuniões e debates sobre temas que afetam a vida dos idosos. A próxima *charrette,* como eles chamam essas reuniões em que trazem *stakeholders* para debater desafios e pensar coletivamente em soluções, seria sobre Moradia para Idosos, e a mim foi dada a responsabilidade de mapear modelos adotados nos Estados Unidos e em outros países para atender idosos com diferentes condições de saúde e de renda.

Mergulhei na tarefa e me encantei com a diversidade de modelos que encontrei. Li testemunhos de usuários, familiares, pesquisadores e profissionais da área de saúde e de envelhecimento humano. Analisei tendências e conheci modelos inovadores, e a cada descoberta pensava "seria esse um modelo interessante para termos no Brasil?". Assim, quando recebi o convite

para escrever este capítulo vibrei com a oportunidade de compartilhar o que havia aprendido naquela pesquisa, e de buscar ainda mais informações sobre os vários modelos de moradia para idosos que existem atualmente nos Estados Unidos.

Como é impossível falar de todos os modelos, selecionei aqueles que me parecem melhor retratar a diversidade de abordagens, e também a tendência de flexibilização para melhor atender idosos com diferentes expectativas e necessidades, e também seus familiares. Procurei também contar um pouco da história de cada modelo e combinar diferentes referências (artigos, relatórios, websites), muitos dos quais com links na bibliografia para aqueles que desejarem mais informações. Início este capítulo com uma breve descrição demográfica da população idosa no país, e ao final apresento alguns movimentos e tendências que sinalizam algumas das características futuras das moradias para idosos.

Deixo para você, leitor, o papel de avaliar quais ideias e abordagens fazem sentido no contexto brasileiro, e de que maneira poderiam inspirar novos modelos de moradia para a nossa população idosa. Acredito caber também no contexto brasileiro esta frase de famoso geriatra e empreendedor na área de moradia para idosos:

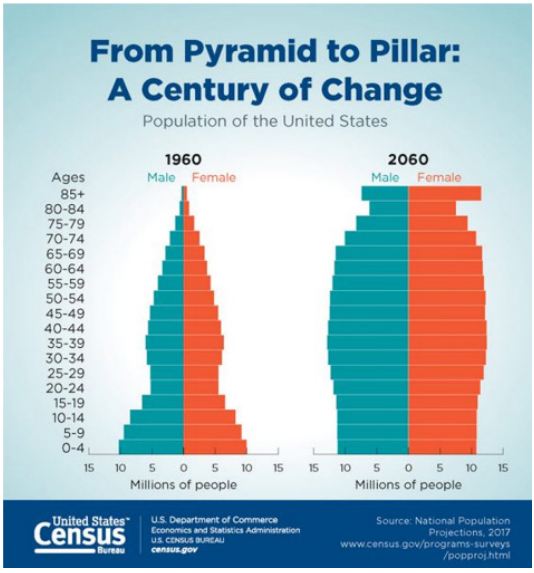
> *As mesmas forças culturais e tecnológicas que nos protegem da morte precoce também estão redesenhando os mapas sociais de que precisamos para encontrar nosso caminho ao longo da vida.*
>
> *William H. Thomas*

2. A População Idosa Cresce em Números e Diversidade

Nos Estados Unidos, a cada dia aproximadamente 10.000 pessoas completam 65 anos (Olivari *et al.*, 2018) e passam a ser parte de um grupo populacional que cresce rapidamente no país e deve chegar a 83 milhões de pessoas em 2040 (Thach & Wiener, 2018). Estudos do United States Census Bureau apontam que em 2035, pela primeira vez na história, o país terá mais pessoas idosas (65+) do que crianças (0-18). Esta transformação demográfica, que pode ser visualizada na figura 1, deve-se principalmente ao envelhecimento dos chamados "baby boomers" (a geração nascida entre 1946 e 1964). Em 2030, quando todos os *baby boomers* tiverem mais que 65 anos, o país terá 21% de sua população formada por idosos (Vespa, 2018).

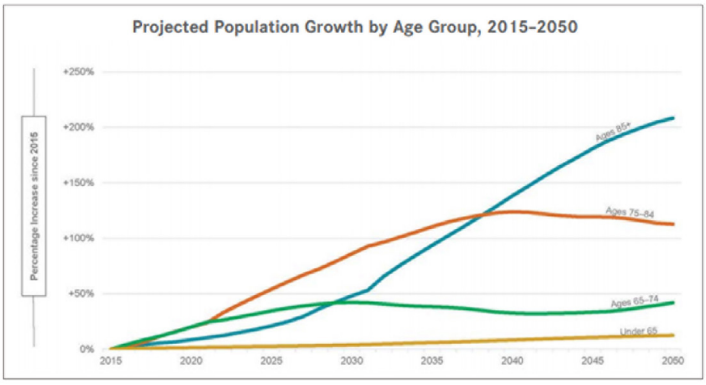
Mais rapidamente ainda cresce o número de pessoas com idade de 85 anos ou mais, o grupo dos "oldest old". Estima-se que entre 2015 e 2050 este grupo populacional irá mais do que triplicar, chegando a 5% da população total. Dentre todos os grupos populacionais, este é o que cresce de forma mais rápida, como demonstrado na figura 2. Em 2031, quando os *baby boomers* começarem a fazer 85 anos, este grupo ultrapassará todos os outros em termos de proporção de crescimento.

Figura 1. **Transformação na estrutura demográfica americana em 100 anos**



Fonte: Reproduzido de "The U.S. Joins Other Countries With Large Aging Populations" de J. Vespa, 2018, Recuperado de https://www.census.gov/library/stories/2018/03/graying-america.html

Figura 2. Projeção de crescimento populacional nos Estados Unidos por grupos etários



Fonte: Reproduzido de "Across the States: Profiles of Long-Term Services and Supports" de A. Houser, W. Fox-Grage e K. Ujvari, 2018, Recuperado de https://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/2018/08/across-the-states-profiles-of-long-term-services-and-supports-full-report.pdf

A população idosa não só cresce em números nos Estados Unidos, como também em diversidade racial e étnica. A proporção de idosos brancos não-hispânicos deve cair de 78% em 2015, para 61% em 2050, quando dos 88 milhões de idosos no país, 34 milhões serão de minorias raciais e étnicas. Como demonstrado na tabela 1, os hispânicos é o grupo que vivenciará o maior crescimento proporcional de idosos entre 2015 e 2050, estimado em 323% (Houser, Fox-Grage, & Ujvari, 2018).

Essas importantes mudanças no tamanho e diversidade da população idosa no país impacta não apenas na demanda por serviços, mas na necessidade

de políticas e programas que respeitem as preferências e necessidades dos idosos e de seus familiares. Temas como "competência cultural" e "sensibilidade cultural" são cada vez mais frequentes na capacitação de profissionais de saúde ou que atuam com a população idosa.

Tabela 1. Projeção do Crescimento da População Idosa nos Estados Unidos por grupo racial

	2015	2050	Percentual de aumento
Brancos	37,1 milhões	54 milhões	+46%
Hispânicos	3,8 milhões	16 milhões	+323%
Negros	4,2 milhões	9,7 milhões	+130%
Outros*	2,6 milhões	8,4 milhões	+216%
Total**	**47,8 milhões**	**88 milhões**	**+84%**

Nota. Fonte: Adaptado de ""Across the States: Profiles of Long-Term Services and Supports" de A. Houser, W. Fox-Grage e K. Ujvari, 2018, Recuperado de https://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/2018/08/across-the-states-profiles-of-long-term-services-and-supports-full-report.pdf
* A categoria "Outros" inclui Asiáticos, originários das ilhas do Pacíficos, nativos americanos e pessoas com várias raças.

** Os totais foram arrendondados.

2.1. Os Principais Tipos de Moradia para Idosos

A Associação Americana de Moradia para Idosos (*American Seniors Housing Association – ASHA*) mantém em seu website uma série de recursos para ajudar as pessoas a compreenderem as diferentes opções de moradias para idosos que existem atualmente no país. A página chamada "Onde Você Vive Importa" (whereyoulivematters.org) apresenta desde dicas de como começar a busca pela moradia (veja resumo na figura 3), até uma guia detalhado com a descrição dos vários modelos de habitação e perguntas que instigam o leitor a refletir não apenas no estilo de vida e tipo de apoio que está buscando no momento, mas também nas suas futuras necessidades de cuidados em saúde.

De maneira geral, as opções de moradia para idosos são classificadas em três categorias, de acordo com o grau de suporte e serviços disponíveis para os moradores (A Place For Mom, 2015; American Seniors Housing Association, 2019):

1. *Independent Living* (Vida Independente)

Moradia para idosos que não requerem assistência ou precisam de pouco apoio no dia a dia. Nesses apartamentos ou casas, os idosos podem contar com serviços de limpeza e manutenção de casa, preparo de refeições, lavanderia, além de transporte agendado, atividades sociais e esportivas.

Os custos desta opção de moradia dependem do tamanho do imóvel e de sua localização, e os imóveis em muitos casos estão disponíveis tanto para aluguel quanto para venda para indivíduos com idade de 55 anos ou mais.

Outros nomes dados a este tipo de moradia são: *retirement communities, senior apartments, active senior communitieis, 55+ communities, retirement homes,* e *active senior living*.

2. *Assisted Living* **(Vida Assistida)**

Esta opção combina moradia com serviços de apoio e cuidados individuais àqueles que precisam de ajuda com atividades do dia a dia. Dentre os serviços ofertados estão: assistência com as atividades de vida diária (ADV)[2], gerenciamento da medicação, refeições oferecidas em espaço de uso comum, transporte, lavanderia, e limpeza da casa.

Os moradores moram em apartamentos privados e contam com serviços de saúde e sociais (no local de moradia ou em espaço credenciado), cuidados paliativos e programas de promoção de saúde e atividade física. Alguns locais oferecem ainda um espaço diferenciado para moradores com Alzheimer ou outro tipo de demência, ou com deficiência cognitiva. Esses espaços, chamados de *memory care units*, são normalmente localizados em andares ou alas separados, com maior segurança e com equipe de profissionais especialmente treinados para atender este público.

Outros nomes dados a este tipo de moradia são: *assisted living facility, personal care homes, residential care facility, assisted living residence* e *adult congregate care*.

3. *Nursing Homes* **(Lares de Idosos)**

Instituições licenciadas para prestar atendimento e supervisão 24 horas por dia, 7 dias por semana, e que recebem idosos para longa permanência ou para períodos de reabilitação pós-operatória ou pós-hospitalar. Contam com equipe médica e de enfermagem permanente, além de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas e outros profissionais para atender às necessidades específicas de seus moradores.

Além do cuidado supervisionado em tempo integral, essas instituições normalmente oferecem ainda programas de atividade física e terapêutica, atividades de socialização e entretenimento, e espaço diferenciado para o que necessitam de *memory care ou* cuidados de *hospice*.

Outros nomes dados a este tipo de moradia são: *skilled nursing facility* e *convalecent home*.

Dentro dessas categorias, ou de forma transversal a elas, foram surgindo ao longo dos anos modelos diferenciados de moradia para atender os desejos e necessidades da população idosa e de seus familiares, considerando também sua condição financeira. Dentre essas opções "sob medida" existem modelos chamados de "institucionais", e modelos para vida em comunidades só para idosos ou em comunidades multigeracionais.

[2] As atividades da vida diária (ADVs) são tarefas básicas de autocuidado como alimentar-se, ir ao banheiro, vestir-se, tomar banho e andar ou transferir-se de um local para o outro (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015).

Figura 3. Dicas para Começar a Busca por Moradia para Idosos

Dicas para Começar a Busca por Moradia para um Pessoa Idosa:

1. Reflita sobre as suas necessidades atuais e futuras em termos de serviços e apoio.
2. Defina sua disponibilidade orçamentária, considerando reservas e disponibilidade para gastos mensais.
3. Considere a localização que melhor atende às suas preferências (Cidade pequena ou grande? Perto de hospital? Próximo à familia?)
4. Liste seus desejos separando aquilo que é indispensável, daquilo que é desejável.
5. Faça busca na internet, considerando a localização escolhida e suas preferências. A partir desta pesquisa, liste os locais dos quais gostaria de ter mais informação ou visitar.
6. Verifique as avaliações e comentários de moradores e familiares publicados em sites especializados.
7. Busque também as páginas institucionais no Facebook. Nelas poderá ler comentários e ver fotos dos lugares e serviços oferecidos.
8. Aconselhe-se com conhecidos e especialistas. Pessoas que já passaram pelo processo de encontrar um lugar para si ou para algum idoso da família, além de geriatras e outros profissionais de sua confiança.
9. Faça um contato inicial por telefone ou email, tendo em mãos uma lista de perguntas a partir de suas necessidades, desejos e orçamento.
10. Faça uma visita aos locais pré-selecionados e vá preferencialmente acompanhado de um(a) amigo(a) ou familiar para ajudar na observação. No local, observe coisas como a interação dos idosos entre si e com a equipe de apoio, a atmosfera do local, a existência de mecanismos de segurança como barras de apoio, entre outros. Faça perguntas e tome notas sobre suas impressões.
11. A partir de suas observações e anotações, revise sua lista de locais e selecione aqueles de que mais gostou. Faça uma nova visita aos locais, agora em um horário diferente daquele em que foi a 1ª vez, inclusive à noite e nos finais de semana.
12. Antes de assinar o contrato, consulte um advogado para se assegurar de que está ciente daquilo que está contratando. Erros podem custar caro, financeira e emocionalmente, e alguns contratos podem ser longos e complicados.

Fonte: Adaptado de "Where You Live Matters: A Senior Living Resource" da Associação Americana de Moradia para Idosos, 2019, Disponível em https://www.whereyoulivematters.org/

3. Modelos de Moradia Considerados "Institucionais"

Com o propósito de oferecer acomodações e serviços adequados a idosos com diferentes níveis de dependência funcional e de capacidade cognitiva, e também buscando respeitar as preferências individuais, instituições com ou sem fins lucrativos têm inovado nas opções de atendimento a pessoas idosas.

3.1. Um mesmo local para todas as etapas do envelhecimento

Continuing Care Retirement Communities – CCRCs (Comunidades de Cuidados Continuados na Aposentadoria), também conhecidas como *Life Plan Communities* (Comunidades de Plano de Vida), são um modelo de moradia caracterizado por oferecer maior flexibilidade e um cuidado continuado em todas as fases do envelhecimento. Combinando em um mesmo local unidades de *Independent Living, Assisted Living* e *Nursing Home,* as CCRCs oferecem aos seus moradores uma transição mais tranquila para níveis mais intensivos de cuidado quando eles passam a ser necessários.

O conceito de "cuidado continuado para idosos" surgiu há mais de 100 anos nos Estados Unidos, mas o modelo evoluiu e e se diversificou principalmente a partir da década de 80 (CCRC Task Force, 2010). According to Kowalik (2012), a popularidade das CCRCs cresceu em todo o país em resposta à preferência dos idosos por viver em um local que oferecesse serviços, assistência médica e moradia de forma continuada, com proximidade física, e sob a responsabilidade de uma única instituição. Atualmente são quase 2,000 comunidades no país, 78% delas administradas por organizações sem fins lucrativos (Nelson, 2018) .

Este modelo de moradia é especialmente atrativo para os idosos que optam por planejar esta etapa de suas vidas e não querem ter que se mudar para outros espaços quando passarem a precisar de maior suporte e serviços de saúde. Na maior parte dos casos, o idoso assina um contrato vitalício com a instituição, dando um pagamento de entrada, e estabelecendo um plano de pagamento com valores fixos mensais. Dentre os administradores de CCRCs no país, a maioria são organizações de base religiosa, mas há também universidades, hospitais e até associações de moradores que se reuniram para criar sua própria CCRC (CCRC Task Force, 2010).

Numa CCRC, o tipo de moradia do idoso depende do nível de apoio de que precisa (National Institute on Aging, 2017). Localizadas em áreas rurais e urbanas, essas comunidades oferecem diferentes modelos de apartamentos e casas para onde os idosos (a partir de 62 anos) podem se muda, levando ou não seu mobiliário e enfeites pessoais.

A ênfase nesta fase de maior independência é manter o engajamento social do idoso, sua atividade física e os cuidados com a saúde. As áreas de uso comum podem incluir áreas de lazer, bibliotecas, salão de beleza, salas de jogos e de ginástica. Os moradores podem optar ainda por receber refeições preparadas em seu apartamento ou servidas em espaço coletivo, e contam com transporte para atividades sociais, religiosas e de cuidados em saúde (consultas e exames médicos).

Quando, por limitações físicas ou cognitivas, o idoso passa a precisar de assistência nas atividades de vida diária (como alimentar-se, tomar banho

e vestir-se), seu plano de cuidado é atualizado. O idoso muda-se para uma unidade de *Assisted Living*, ou recebe atendimentos de saúde ou serviços de cuidados pessoais em seu apartamento ou casa. No caso de necessitar de cuidados mais intensivos, por um período de reabilitação ou como moradia permanente, o idoso muda-se para uma *Nursing Home* localizada no mesmo empreendimento, ou conveniada a ele. Algumas CCRCs são exclusivamente para moradores com demência ou deficiência cognitiva, outras possuem espaço exclusivo (*memory care units*) para idosos nessas condições (American Seniors Housing Association, 2019; UPMC Senior Communities, nd) .

Médicos geriatras e especialistas também atendem os moradores nos domicílios, em consultórios na própria comunidade, ou em clínicas credenciadas. Algumas CCRCs oferecem ainda serviços médicos especializados, como diálise peritonial. Outras oferecem cursos gratuitos ou de baixo custo em universidades (veja modelo descrito na figura 4).

Com a premissa de "cuidar até o fim", as CCRCs oferecem atividades e recursos para idosos em todas as etapas do envelhecimento (Anderson, 2019). Buscando manter os residentes saudáveis e vivendo de forma independente pelo maior tempo possível, as CCRCs oferecem uma variedade de atividades, triagem de saúde e opções para uma vida saudável. Os idosos participam na decisão de aspectos operacionais de sua comunidade através de uma organização de moradores e, no caso de cooperativas e condomínios, através da participação no Conselho de Administração (Kowalik, 2012).

Um dos principais benefícios deste modelo para os idosos é lhes dar a tranquilidade de saber quem lhes prestará cuidados quando eles forem necessários. Considerado um modelo de sucesso em áreas urbanas, suburbanas e rurais, as CCRCs também beneficiam as localidades onde se instalam, pelas oportunidades de trabalho criadas e por manter os idosos conectados às atividades sociais e econômicas da região (Kowalik, 2012).

Figura 4. Moradias para Idosos criadas em parceria com Universidades

Moradias para Idosos afiliadas a Universidades

Um número crescente de universidades americanas têm se envolvido no desenvolvimento de CCRCs perto ou dentro de seus campi.

São as chamadas Comunidades de Aposentadoria Baseadas em Universidades (*University Based Retirement Communities – UBRCs*), onde idosos combinam seu desejo por viver em um ambiente preparado para seu envelhecimento, com a vontade de continuar aprendendo e trazer mais valor e significado à sua aposentadoria.

Estima-se que já existam no país mais de 100 comunidades "afiliadas" a universidades. Os modelos são variados, assim como o grau de envolvimento das universidades no projeto comunitário (algumas apenas cedem o terreno, enquanto outras criam programas e atividades para integração dos idosos com os alunos de programa de graduação e pós-graduação).

Em comum está a proposta de combinar o modelo CCRC com programas de educação continuada (*lifelong learning*), num ambiente de estímulo intelectual e cultural. Se de um lado idosos têm a oportunidade de frequentar as aulas a baixo ou sem custo, os estudantes têm nas comunidades novas oportunidades de trabalho e estágio.

Nesta relação intergeracional, os dois lados saem ganhando.

Fonte: Adaptado do conteúdo apresentado em "UBRCs: Goodbye Bingo, Hello Blue Books. *The Daily"de L. Daily*, 2018, Recuperado de https://www.aarp.org/home-garden/housing/info-01-2009/university_based_retirement_communities.html, "College-Linked Retirement Communities"de Retirement Living, 2019, Recuperado de https://www.retirementliving.com/college-linked-retirement-communities, e "Life On A College Or University Campus – An Alternative Retirement Destination"de The Senior List, 2019, Recuperado de https://www.theseniorlist.com/retirement/best/university/

3.2. Modelos residenciais para idosos dependentes

Assisted Living facilities (instalações de vida assistida) surgiram nos Estados Unidos por volta de 1979 como alternativa às *nursing homes* que haviam se tornado semelhantes a hospitais, tanto no seu design quanto no seu modelo operacional. Segundo uma das pioneiras no tema, Karen Brown Wilson (2007), os primeiros modelos de *assisted living* surgiram como resultado de uma mudança de paradigma sobre como atender idosos dependentes de cuidados. Essa mudança foi motivada, entre outras coisas, pelo idealismo de criar ambientes residencias com serviços de qualidade e a filosofia de atendimento com foco no cliente.

O modelo de *assisted living* idealizado por Wilson baseava-se em três componentes principais:

1. Um ambiente físico de estilo residencial que combine áreas privadas de residência com espaços compartilhados por todos os moradores;
2. Uma equipe capacitada para prestar serviços de apoio diário (agendados ou não) e serviços de saúde especializados;
3. Uma filosofia de trabalho que enfatiza a liberdade de escolha dos moradores quanto ao gerenciamento de seu tempo, espaço e pertences, e quanto a receber ou não cuidados médicos e de saúde (Wilson, 2007).

No seu livro *Being Mortal: Medicine and What Matters in the End* (traduzido para o português com o título "Mortais: Nós, a medicina e o que realmente importa no final), Atul Gawande (2014) afirma que ainda que hoje *Assisted Living* seja considerado uma "estação intermediária" entre moradias de vida independente e lares de idosos, quando Wilson construiu seu primeiro projeto nos anos 80 no estado de Oregon, sua intenção era a de criar um lugar que eliminaria por completo a necessidade de *nursing homes*. Ela acreditava ser possível existir um local onde os idosos pudessem viver com liberdade e autonomia, independentemente de sua idade e do quão fisicamente limitados se tornassem. Um local onde idosos fragilizados pudessem manter o máximo controle possível sobre seus cuidados, ao invés de terem sua vida definida pela sua rotina de cuidados. "No centro do trabalho de Wilson, havia uma tentativa de resolver um quebra-cabeça enganosamente simples: o que torna a vida digna de ser vivida quando estamos velhos, frágeis e incapazes de cuidar de nós mesmos?" (Gawande, 2014, p. 92).

A ideia se espalhou, e ao longo dos anos *Assisted Living facilities* surgiram por todo o país, replicando o modelo criado por Wilson e com o apoio

de governos estaduais no financiamento de novos empreendimentos e no subsídio de moradias de vida assistida para idosos de baixa renda. Em 2010, o número de pessoas vivendo nesse modelo de moradia era quase igual ao número de pessoas vivendo em lares de idosos (Gawande, 2014). No entanto, com a disseminação do modelo, veio a diversificação de propósitos e e a popularização do nome *Assisted Living:*

> Com um desejo geral de adotar o nome, de repente vida assistida era uma ala redecorada de um lar de idosos, ou uma pensão com 16 camas procurando atrair clientes pagadores, ou moradias coletivas com adesivos na porta para identificar aqueles que recebiam assistência com seus medicamentos, ou ainda unidades de vida independentes onde os residentes contratavam agências de prestação de serviços de saúde no domicílio (Wilson, 2007, p. 18).

Como resposta a essa industrialização do conceito de *Assisted Living* e as subsequentes críticas e perda de confiança da sociedade no modelo, novos tipos de moradia para idosos emergiram na tentativa de recuperar e se manter fiel aos princípios iniciais que embasaram o trabalho de Wilson. Uma das alternativas são as chamadas *Residential Care Homes,* ou Lares de Cuidado Residencial numa tradução literal.

Instaladas em bairros residenciais e sem a sinalização de serem um espaço de atendimento para pessoas idosas, essa casas são adaptadas e licenciadas para oferecer assistência e supervisão 24 horas por dia, de forma personalizada e num ambiente menor e mais "familiar" do que as tradicionais *Assisted Living facilities*. Recebem no máximo 20 idosos (na California, 90% dessas casas tem no máximo 6 idosos), e contam com cuidadores profissionais e/ou enfermeiros que também residem na casa, em alguns casos com suas famílias, proporcionando um ambiente multigeracional (DailyCaring, 2018; National Institute on Aging, 2017).

Também chamadas de *Adult Care Homes* (Lares para Adultos), *Group Homes* (Lares para Grupos), *Board and Care Homes* (Lares de Hospedagem e Cuidado), (ou *Personal Care Homes* (Lares de Cuidado Pessoal), essas casas oferecem a opção de quartos individuais ou compartilhados, refeições preparadas no local, gerenciamento de medicamentos e suporte nas atividades de vida diária. Oferecem ainda serviços de lavanderia, limpeza e transporte para consultas e exames médicos (A Place For Mom, 2018a, 2018b).

Este modelo de moradia atrai idosos que não querem viver num ambiente grande e com caráter institucional. A proposta dessas casas é permitir que idosos que não podem mais viver de maneira independente, possam viver uma vida o mais normal possível, indo às compras e a atividades de lazer quando quiserem, e recebendo a visita de amigos e familiares. Nas casas que são administradas por famílias, os idosos fazem as refeições junto com a família, participam de jogos e atividades de lazer, e em muitos casos convivem diariamente com crianças e animais de estimação.

Algumas casas oferecem um plano de cuidado diferenciado para idosos com condições de saúde específicas, como pacientes com diabetes que contam com dieta alimentar adequada, monitoramento do grau de glicose e ajuda na aplicação de insulina. Este modelo de moradia é também citado como benéfico para idosos com Alzheimer's, demência e outras deficiências cognitivas que tendem a demonstrar menos ansiedade e estresse por viver em um espaço com poucas pessoas, e por contarem com uma equipe pequena e dedicada a conhecer e atender suas necessidades pessoais (DailyCaring, 2018; SeniorLiving.org, nd).

4. Modelos de Moradia para Quem Deseja Viver em Comunidade

Uma pesquisa nacional realizada pela AARP Research (2018), a principal associação de idosos dos Estados Unidos[3] apontou que entre 50% e 60% das pessoas entre 18 e 49 anos afirmam querer continuar vivendo em suas casas em comunidades quando envelhecerem, e este é também o desejo de aproximadamente 80% dos adultos com 50 anos ou mais no país. A preferência por envelhecer em sua comunidade chega a ser de 92% entre as pessoas entre 73 e 90 anos, e de 78% entre as pessoas entre 54 e 72 anos de idade.

O termo *aging in place* (envelhecimento no local) foi criado por pesquisadores que estudaram de um lado as preferências dos idosos de permanecer independentes em suas casas ou comunidades, e de outro o impacto negativo da realocação involuntária dos idosos na sua saúde física e mental (Prosper, 2012b). Definido pelo CDC - Centers for Disease Control and Prevention (2009) como "a capacidade de viver em sua própria casa e comunidade com segurança, independência e conforto, independentemente da idade, renda ou nível de habilidade", *aging in place* traz vários benefícios aos idosos, como maior habilidade de manter sua independência, autonomia e conexões sociais com familiares e amigos (Tramujas Vasconcellos Neumann, 2019). Várias são as opções para aqueles que querem continuar vivendo em comunidade, algumas descritas a seguir.

4.1. NORCS: Comunidades de idosos formadas de maneira natural

As Naturally Occurring Retirement Communities – NORCs (Comunidades de Aposentadoria que Ocorrem Naturalmente) são comunidades que naturalmente passam a contar com uma alta concentração de pessoas idosas, ou porque lá permaneceram, ou porque para lá se mudaram ao se aposentar. Michael Hunt, a quem a autoria do termo é atribuída, define as NORCs como áreas habitacionais que não foram planejadas ou projetadas para idosos, mas nas quais pelo menos metade dos residentes tem 60 anos ou mais. Essas comunidades podem ser encontradas em áreas rurais ou urbanas, em prédios ou condomínios, ou em bairros residenciais (Masotti, Fick, Johnson-Masotti, & MacLeod, 2006; U.S. Department of Health and Human Services. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation (ASPE), n.d.).

[3] Fundada em 1958, a AARP conta hoje com 38 milhões de membros, todos com 50 anos ou mais. É a principal organização não-governamental de apoio às pessoas idosas, e tem a missão institucional de "capacitar as pessoas a escolherem como viver ao envelhecer" (www.aarp.org).

Apesar do conceito ter se espalhado pelo país, não existe uma definição padrão de quando um local (edifício, condomínio ou comunidade) passa a ser considerado uma NORC. Alguns o definem pela proporção de idosos (que varia de 35% a 50% do total de moradores), outros pelo número de moradores com idades acima de 55 ou 60 anos, e há ainda quem estabeleça que o local passa a ser uma NORC quando a proporção de moradores idosos é duas vezes maior do que a de moradores de outras gerações. Ainda que as NORCs tenham sido formadas de maneira espontânea e não contem necessariamente com um design adequado para idosos ou com serviços especializados à esta população, com o crescente número de comunidades desta natureza no país, governos e organizações não-governamentais passaram a reconhecer que a concentração de idosos em um mesmo local é uma oportunidade de se prestar serviços de cuidado de forma coordenada e mais eficiente. As NORCs oferecem assim uma oportunidade de se implantar modelos sustentáveis de apoio ao *aging in place* (Prosper, 2012b).

Em um artigo publicado em 2006, pesquisadores canadenses estimaram que mais de 10 milhões de pessoas viviam nas mais de 5000 NORCs estabelecidas em regiões urbanas dos Estados Unidos. Apenas na cidade de Nova Iorque haviam na época 400,000 idosos vivendo em NORCs. Considerando que o envelhecimento da população americana levaria ao aumento de comunidades desta natureza no país, os autores argumentam que as NORCs precisam ser lugares onde as pessoas podem envelhecer de forma saudável. O quadro apresentado na figura 5 resume alguns dos pontos identificados pelos pesquisadores como importantes na criação e manutenção de NORCs consideradas "saudáveis", isso é que favorecem o envelhecimento saudável de seus moradores (Masotti *et al.*, 2006).

Figura 5. Como promover NORCs saudáveis

Características das NORCs saudáveis	Iniciativas governamentais que contribuem para NORCs saudáveis
• Vibrante: a maioria dos idosos são fisicamente e socialmente ativos • Bem localizada: todas as necessidades e comodidades básicas estão a uma curta distância a pé, e o transporte público leva a importantes pontos de interesse. • Favorece a mobilidade: as calçadas são limpas e bem iluminadas, as trilhas para caminhadas são acessíveis o ano todo, e há oportunidades de participação em diversas atividades sociais e físicas formais e informais. • Segura: é percebida como um local seguro para se viver.	• Manter ruas e cruzamentos seguros para pedestres de todas as idades. • Construir e manter trilhas para caminhada e bicicleta que incluem pontos de interesse. • Construir e manter parques e áreas de lazer com bancos ou mesas. • Avaliar o transporte público e garantir que ele leve a pontos de interesse, como shoppings ou hospitais. • Apoiar organizações não-governamentais de base comunitária que atendam os interesses dos idosos. • Facilitar a criação de oportunidades de emprego para idosos, olhando-os como fonte de conhecimento e trabalho. • Promover o voluntariado liderado por idosos.

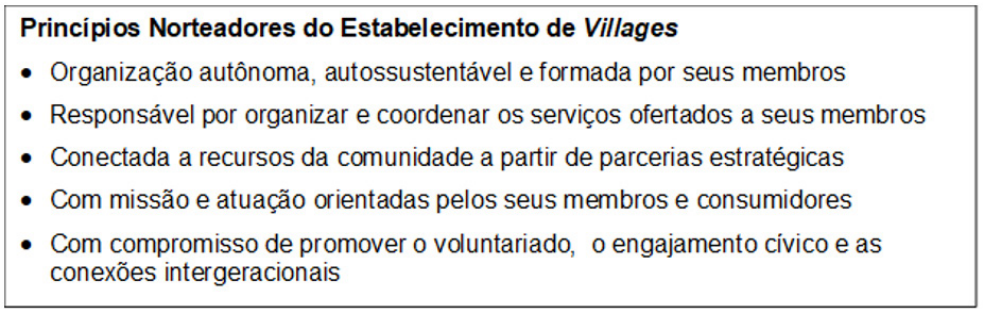
Fonte: Adaptado de "Healthy Naturally Occurring Retirement Communities: A Low-Cost Approach to Facilitating Healthy Aging"de P.J. Masotti, A. Johnson-Masotti, e S. MacLeod, 2006, *Am J Public Health, 96*(7), 1164-1170. doi:10.2105/AJPH.2005.068262

4.2. *Villages*: Comunidades de idosos formadas de forma intencional

As *Villages* (Aldeias), também chamadas de *Senior Villages* (Aldeia de Idosos), *Virtual Villages* (Aldeias Virtuais) ou *Intentional Communities* (Comunidades Intencionais) são organizações sem fins lucrativos normalmente criadas e lideradas por idosos, apoiada por voluntários e por um pequeno grupo de funcionários, e que têm por objetivo ajudar as pessoas idosas a continuarem vivendo de forma segura, confortável e ativa em suas próprias casas. Nesse modelo, os idosos são ativamente engajados no planejamento e implementação de uma ampla gama de programas e serviços que giram em torno das necessidades da vida diária e incluem atividades contínuas de saúde e bem-estar, além de programas sociais, culturais e educacionais (Butler & Diaz, 2015; District of Columbia Office on Aging, 2015).

Apesar de seguirem princípios norteadores comuns (veja figura 6), cada *village* é distinta por ser estabelecida de forma a atender as preferências e necessidades de seus moradores (Prosper, 2012b). O *Village Movement* (Movimento Aldeia), como é chamado no país, teve início em 2001/2002, na comunidade de Beacon Hill in Boston, onde um grupo de doze moradores idosos decidiu criar uma organização sem fins lucrativos para facilitar o acesso a serviços que os ajudassem a continuar vivendo em suas casas (Butler & Diaz, 2015; Thomas, 2011). Atualmente existem mais de 240 *villages* em operação e mais de 100 projetos em desenvolvimento no país, espalhados pelo Distrito de Columbia e nos 41 dos 50 estados americanos. A maioria das *villages* está localizada em áreas urbanas ou suburbanas, mas mais de 22% dos empreendimentos estão em áreas rurais (Butler & Diaz, 2015). Em 2010, uma organização nacional foi formada, a *Village to Village Network*, com o objetivo de promover o crescimento, o impacto e a sustentabilidade das *villages* individuais e de todo o movimento (Village to Village Network, n.d.)

Figura 6. Princípios Norteadores das *Villages*



Fonte: Adaptado de "How to Start a Village in the District of Columbia" de DC Office on Aging, 2015. Disponível em https://dcoa.dc.gov.

A partir do pagamento de uma anuidade, os membros passam a ter acesso a serviços providos por voluntários ou por organizações que são analisadas e aprovadas pela equipe da *village* (Butler & Diaz, 2015). Em alguns casos, os idosos podem receber descontos ou bolsas de auxílio para pagamento da taxa anual (Prosper, 2012b). Essa taxa normalmente dá acesso a serviços de transporte, eventos sociais, serviços médicos e paramédicos com desconto, e indicação de fornecedores e voluntários para ajudar em atividades que vão desde mover móveis até fazer compras de supermercado e ajudar no uso computadores (Butler & Diaz, 2015). O modelo preconiza também o apoio de um morador ao outro, promovendo as relações sociais e a interdependência, e não apenas a independência, dos idosos (Abbit, 2017).

No livro *With a Little Help from Our Friends: Creating Community as We Grow Older*, Baker (2014) destaca as *villages* como um modelo onde vizinhos ajudam vizinhos, e apresenta trechos de uma entrevista com Andrew Scharlach, um pesquisador especializado neste modelo de moradia. Segundo Scharlach, o modelo traz três importantes vantagens para os idosos:

1. Prover informações e serviços de uma maneira estruturada e simplificada. "É uma única porta, uma única pessoa, uma única entidade para ligar quando você precisa de ajuda".
2. Criar oportunidades de conexão com outras pessoas que moram no bairro e estão em situação semelhante.
3. Empoderar os idosos em um momento da vida em que podem estar se retirando de papéis sociais importantes, dando a eles um papel significativo a desempenhar de modo que contribuem com algo que é deles.

Com o argumento de que mais prejudicial à vida dos idosos não é o medo da miséria absoluta ou da saúde precária, mas sim a perda de objetivo e o tédio com a vida, o departamento voltado para as questões do envelhecimento (*Office on Aging*) do Distrito de Columbia criou um guia passo-a-passo para o desenvolvimento de *villages*. Com dicas e instrumentos (como modelos de plano de negócios e de marketing, e de estatuto de criação da organização sem fins lucrativos), o guia orienta desde a fase exploratória (que inclui a definição dos fundadores e o mapeamento de recursos da comunidade) até a implantação do modelo com dicas para o estabelecimento de parcerias e captação de recursos (District of Columbia Office on Aging, 2015).

4.3. Cohousing: o modelo dinamarquês já se espalhou nos Estados Unidos

Imagine viver em uma comunidade onde você conhece todos os seus vizinhos. As casas são projetadas e localizadas de maneira a encorajar encontros amigáveis e, ao mesmo tempo, manter a privacidade pessoal. Amigos neste bairro unido frequentemente jantam juntos em uma área comum com uma cozinha industrial e uma área de jantar grande o suficiente para acomodar

> todos os que desejam participar. Algumas pessoas reúnem-se uma sala de estar para assistirem programas esportivos ou tomar coquetéis.
> As pessoas compartilham cortadores de grama, ferramentas, e até lavadoras e secadoras, se assim o desejarem, porque decidiram que todo mundo não precisa possuir todos os itens que uma família usa de tempos em tempos.
> Isso pode parecer utópico, mas é uma vida cotidiana para as pessoas que escolheram morar em *cohousing* (Baker, 2014, p. 40).

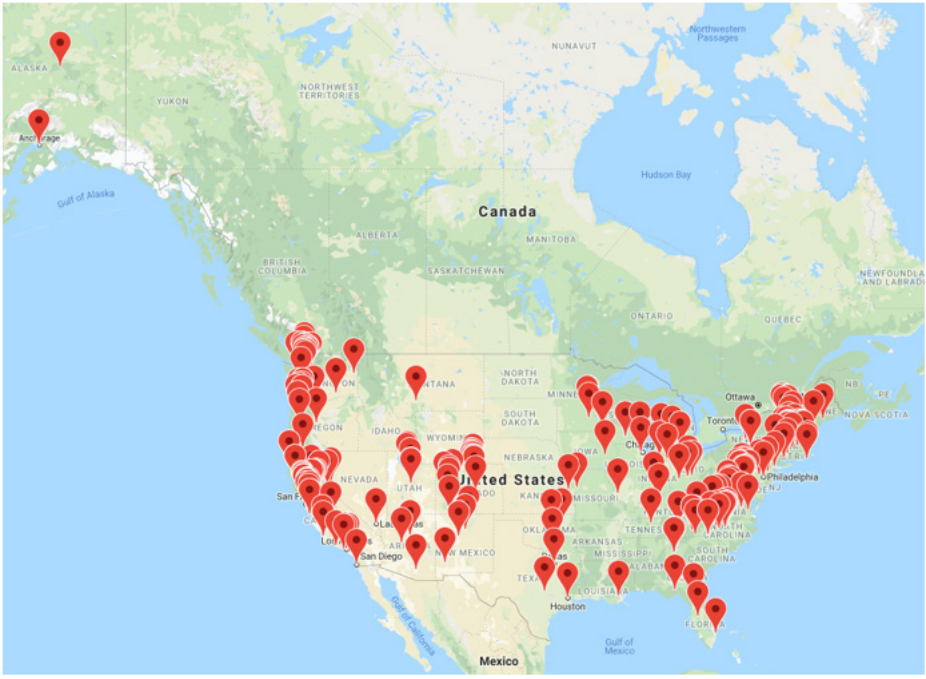
É desta maneira que Beth Baker (2014) apresenta o conceito de *cohousing* (co-habitação) em seu livro, e explica que os proponentes desta ideia se consideram parte de um movimento que tem por objetivo criar comunidades planejadas para combater o isolamento e a solidão.

Criado em 1964 pelo arquiteto dinamarquês Jan Gudmand-Hoyer, o modelo de *cohousing* busca juntar amigos em um ambiente criado para favorecer as trocas (de ideias, materiais e apoio) entre seus moradores, ao mesmo tempo em que garante sua privacidade e independência. *Cohousing* é mais do que um modelo de moradia, é um estilo de vida, ou um "estilo de vida aspiracional", como é definido na página da Associação de Cohousing dos Estados Unidos (a COHO-US) que compartilha estórias e testemunhos de pessoas que escolheram viver em co-habitação (The Cohousing Association of the United States, 2019).

A ideia foi trazida para os Estados Unidos na década de 80, pelo casal de arquitetos Charles Durrett e Kathrin McCamant, a quem a autoria do termo *cohousing* é atribuída. Os arquitetos viram neste modelo a oportunidade de moradores viverem em uma parceria mutuamente benéfica. Em abril de 2013 já havia mais de 100 comunidades de *cohousing* no país e mais de uma centena de projetos estavem em fase de desenvolvimento ou construção (Baker, 2014). O mapa apresentado na figura 7 retrata as comunidades de *cohousing* registradas na associação nacional em maio de 2019.

Criadas de forma planejada e intencional, as comunidades de *cohousing* são normalmente pequenas (têm em média 26 unidades), e suas casas são agrupadas ao redor de instalações de uso comum, como cozinhas comunitárias, jardins, áreas recreativas e de lazer, lavanderia, espaços para hóspedes, e em alguns casos, horta comunitária, pomar, e centros-dia para idosos. As comunidades desta natureza são projetadas por meio de planejamento e tomada de decisão consensual entre os indivíduos e famílias que lá irão morar. Normalmente criadas no modelo de condomínio, as comunidades são formadas por unidades de propriedade individual, e os custos de manutenção das áreas de uso comum são compartilhados entre os moradores. Cabe aos residentes, normalmente organizados e representados por uma associação de moradores, gerenciar a comunidade, compartilhando tarefas e a tomada de decisão (Prosper, 2012a).

Figura 7. Localização das Comunidades de Cohousing nos Estados Unidos



Fonte: Website da Associação de Cohousing dos Estados Unidos.
Disponível em https://www.cohousing.org/

Até pouco tempo atrás, as comunidades de *cohousing* criadas no país eram multigeracionais, e seus projetos tinham como ênfase atender principalmente as necessidades de famílias com crianças. Mais recentemente, por conta do envelhecimento dos moradores e pelo interesse de idosos neste modelo de moradia, comunidades de *senior cohousing* têm sido criadas. Nestas comunidades, o projeto das casas, das áreas comuns e o *layout* da comunidade como um todo levam em consideração questões de acessibilidade e segurança de idosos e pessoas com deficiências.

Para Vera Prosper (2012a), analista sênior de políticas públicas para o envelhecimento no estado de Nova Iorque, o modelo de *cohousing* atende a vários desejos e preferências das pessoas idosas, entre eles:

- ter sua própria casa e viver de forma independente pelo tempo que lhe for possível;
- ter privacidade, mas ao mesmo tempo ter uma ampla oportunidade de interação social e de se sentir parte de uma comunidade;
- sentir-se seguro por morar em um bairro onde todos se conhecem; e
- a preferência por viver em um ambiente intergeracional.

Enquanto algumas comunidades de *cohousing* são projetadas e construídas "a partir do zero", outras são formadas a partir de construções tradicionais que são reformadas para atender aos requisitos do modelo. Para Linda

McCamy (2018), moradora de uma *cohousing* há mais de 14 anos, o cuidado dos moradores uns com os outros e as pequenas gentilezas são o que mantêm essas comunidades unidas e vibrantes. Desde a celebração de aniversários e casamentos, até o tomar conta das crianças para que os pais possam sair à noite, tudo isso é normal do dia a dia dos moradores de *cohousing*. Louise Dunlap, aos 78 anos e há seis anos moradora de *cohousing*, descreveu o real significada dessa interdependência dos moradores: "(na minha comunidade) tenho a chance de compartilhar refeições e conversas profundas. Existe um tipo de amor que cresce a partir dessas conexões - não o amor romântico, não o amor de família, mas algo sobre a humanidade que temos em comum. Eu gostaria que todos pudessem experimentar isso" (Martin, 2016).

5. Das Evoluções de Conceitos e Demandas ao Futuro das Moradias para Idosos

O conceito de *retirement living* (vida de aposentadoria) nasceu nos Estados Unidos em 1955, quando foi criada a primeira *retirement community* (comunidade para aposentados) na cidade de Youngtown no estado do Arizona. Inspirado no sucesso nesta primeira comunidade, o incorporador Del Webb resolveu aprimorar o conceito de comunidade para aposentados, idealizando uma comunidade autosustentável com moradias acessíveis e áreas de lazer. Em 1962, Del Webb foi capa da revista Time com a chamada *"A new way of life for the old"* (Um novo modo de vida para os idosos).

Na década de 70, a constatação de que apesar de assim o desejarem, nem todos os idosos vivendo em comunidades permaneciam ativos até o fim de suas vidas levou à criação do conceito de *Assisted Living* para atender aos idosos que não queriam ir para uma *Nursing Home,* mas não podiam mais viver de forma independente. Em seguida surgiram as *Continuing Care Retirement Communities*, oferecendo num mesmo local opções de moradias e serviços para idosos com diferentes graus de dependência. Apesar da grande variedade de modelos de moradia para idosos atualmente disponíveis no mercado, a chegada dos *baby boomers* à terceira idade vem provocando muitos debates sobre como atender às expectativas de uma geração que passou parte de sua juventude se rebelando contra seus pais e seu estilo de vida, e hoje em dia quer ter "voz" na escolha da moradia e dos serviços que melhor atendem às suas necessidades (Baker, 2014).

Em 2011, uma pesquisa nacional realizada com 2,260 adultos com idades entre 45 e 65 anos (os chamados *Boomers*) indicou que:

- *Boomers* amam sua comunidade e gostariam que ela melhorasse para que lá pudessem permanecer por toda a sua vida. Para isso apontam a necessidade de melhorias importantes: 79% consideram que é importante ter uma mercearia ou supermercado a uma distância de 1.6km de sua casa, mas no entanto apenas 62% hoje vive essa realidade.

- *Boomers* sentem-se atraídos por comunidades que se assemelham às comunidades do passado. Comunidades onde o acesso a serviços, lojas, entretenimento e trilhas para caminhadas é fácil, e onde há um consultório médico a menos de 10 quarteirões de sua casa.
- *Boomers* consideram que vivem num imóvel adequado para suas necessidades atuais, mas que precisará ser remodelado que que possam continuar vivendo lá. Para 91% dos entrevistados, ter um quarto acessível e no nível principal da casa é muito importante à medida em que se envelhece.
- *Boomers* são saudáveis, ágeis e ativos, e têm adiado o planejamento de onde morar no futuro próximo. Apenas 1/3 dos participantes afirmou já ter refletido bastante sobre onde quer viver quando envelhecer, e de que tipo de apoio virá a precisar (AARP Research & Strategic Analysis, 2012).

Buscando envelhecer socialmente conectados, financeiramente estáveis, e engajados na comunidade, os *Boomers* demandam políticas, infraestrutura e tecnologia que os ajudem a envelhecer com qualidade de vida (Freed, 2017). Dentre as tendências impulsionadas por esta nova geração de idosos, estão a da construção de cidades e comunidades adaptadas para idosos, de moradias seguindo princípios de *universal design*, e de imóveis com *smart home tecnology* (tecnologia para casas inteligentes).

5.1. Cidades e Comunidades adequas para Idosos

Atualmente, 80% das pessoas com 65 anos ou mais nos Estados Unidos vivem em áreas metropolitanas, e no entanto, segundo um relatório lançado recentemente pelo Center for Future of Aging do Milken Institute[4], as cidades ainda estão no "marco zero" de preparo para essa mudança demográfica. Segundo Paul Irving, presidente do Instituto, "Perceber os benefícios de uma população idosa, lidando com seus dificuldades e realidades, será um dos principais desafios humanos do século XXI." (Servat & Super, 2019, p. 1).

Para produzir o relatório *Age-Forward Cities for 2030* (Cidades com Idade Avançada em 2030, numa tradução literal) as autoras consultaram 146 especialistas em envelhecimento humano, saúde pública, planejamento urbano, entre outros temas relacionados. Para esses especialistas, moradias seguras e a um custo acessível é o ponto mais crítico no qual prefeitos e lideranças deveriam focar para preparar suas cidades para a transformação demográfica que acontecerá até 2030 (quando o mundo terá um número maior de pessoas com mais de 60 anos do que com menos de 10 anos, e quando três em cada cinco pessoas viverá em cidades) (Eisenberg, 2019).

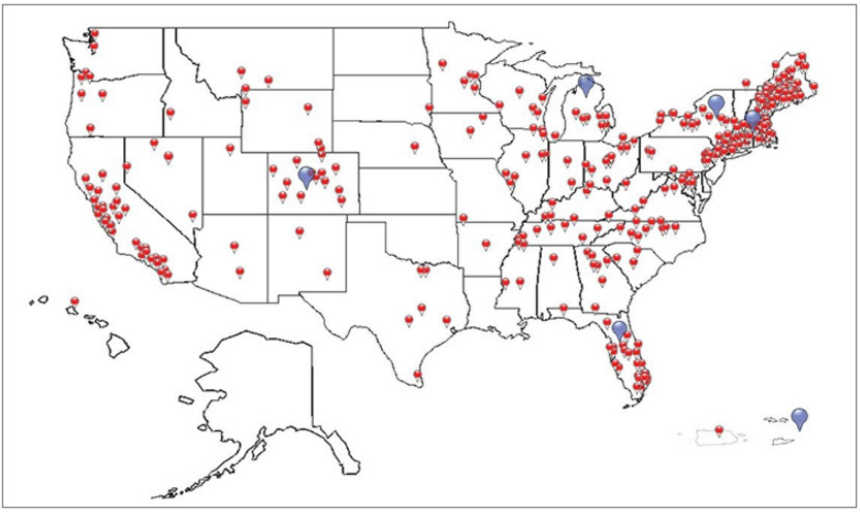
Moradias adequadas e um custo acessível fazem parte também da definição de *livable communities* (comunidades habitáveis, numa tradução

[4] FO Center for Future of Aging foi criado pelo Milken Institute, um think tank apartidário e sem fins lucrativos, com a missão de "melhorar vidas e fortalecer sociedades, promovendo um envelhecimento saudável, produtivo e com propósito" (http://milkeninstitute.org/centers/center-for-the-future-of-aging)

literal), uma das bandeiras políticas da AARP. Segundo a associação, uma *livable community* é aquela onde seus moradores sentem-se seguros, onde há opções de moradia e transporte adequados e a um custo acessível, e que oferece recursos e serviços de apoio a seus moradores. Nessas comunidades, os residentes têm maior independência pessoal, podem permanecer em suas casas e comunidades à medida em que envelhecem, e encontram oportunidades de se envolver na vida cívica, econômica e social (AARP Livable Communities, 2014).'

Em 2012, a AARP fundou a *AARP Network of Age-Friendly States and Communities* (Rede AARP de Estados e Comunidades para Todas as Idades), uma afiliada da *WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities*, da Organização Mundial de Saúde. Nos Estados Unidos a Rede conta com cinco estados, um território e 424 comunidades (representados no mapa da Figura 8), beneficiando cerca de 100 milhões de pessoas (AARP Livable Communities, 2019).

Figure 8. Localização das Comunidades, Estados e Territórios que pertencem à Rede AARP de Estados e Comunidades para Todas as Idades



Nota: pins vermelhos indicam as comunidades e pins azuis os estados e território.

Fonte: Website da AARP Livable Communities. Disponível em https://www.aarp.org/livable-communities/network-age-friendly-communities/

5.2. O uso de *Universal Design* nas Moradias

O arquiteto e educador Ron Mace, considerado autor do termo *universal design*, o define como o "design de produtos e de ambientes que sejam utilizáveis por todas as pessoas, na medida do possível, sem a necessidade de adaptação ou design especializado" (Yearns, 2012, p. 1). Quando aplicado a moradias, o *universal design* torna o ambiente conveniente, confortável e atraente para todos, em especial para pessoas idosas, pessoas com deficiências, famílias com crianças pequenas e cuidadores.

O uso de *universal design* vem sendo considerado com um fator que favorece o *aging in place,* por trazer benefícios como:

- facilitar a capacidade de pessoas idosas com fragilidade de viver com maior independência, aumentando seu senso de confiança e competência, reduzindo a vulnerabilidade à depressão e postergando ou eliminando a necessidade de sua institucionalização;
- reduzir a carga do cuidador, facilitando o trabalho físico e o estresse emocional envolvido no cuidado de um membro da família com deficiência física ou mental;
- tornar o ambiente adequado à visita de pessoas que usam cadeiras de rodas e outros meios de mobilidade, ajudando-os a se sentirem bem-vindos e reduzindo o isolamento social (Yearns, 2012).

Este último ítem está relacionado ao conceito de *visit-ability* (visitabilidade numa tradução literal), um conceito e movimento criado por Eleanor Smith e que significa tornar o imóvel visitável, ou seja, acolhedor para visitantes que têm limitações de mobilidade (Yearns, 2012). Baseado na convicção de que adotar *universal design* em todas as moradias é um direito civil e humano e melhora a vida de todos, o *visit-ability movement* propõe o uso de recursos básicos de acessibilidade na construção de novos imóveis residenciais. Para os profissionais do *Rehabilitation Engineering Research Center (RERC) on Universal Design,* para ser considerada um moradia *visit-able*, os imóveis precisam ter três coisas: uma entrada acessível e sem degraus, todas portas com vão de 32 polegadas (81.3 cm) e corredores com largura de 36 polegadas (91.44 cm), e pelo menos um lavabo no andar principal acessível para usuários de cadeiras de roda (Truesdale, n.d.).

O uso de *universal design* em moradias também é chamado de *inclusive design*, *life-cycle design*, *trans-generational design*, and *design for all* (Yearns, 2012)

5.3. As Casas Inteligentes

O uso de *smart house technology* (tecnologia de casas inteligentes) começou a ser usada nos Estados Unidos na década de 80, com o objetivo de promover maior conforto, segurança e uso racional de energia. Mais recentemente, no entanto, essa tecnologia tem sido cada vez mais usada para promover segurança e facilitar o autocuidado e o monitoramento de saúde de pessoas idosas e de pessoas com deficiência (DiCarlo, 2012).

Segundo Laurie Orlov, uma analista de tecnologia para *aging in place*, vivemos a era de recursos tecnológicos de baixo custo e tamanho reduzido, que permitem um cuidado mais inteligente e maior independência dos usuários. Com a crescente demanda por produtos e serviços, a indústria de tecnologia de casas inteligentes deve chegar ao patamar de 30 bilhões de dólares em 2020 (Abrahms, 2014).

Definida como integração de tecnologia e serviços em redes domiciliares para uma melhor qualidade de vida, a tecnologia de casas inteligentes caracteriza-se pela instalação de sistemas de monitoramento compostos por sensores e monitores biomédicos, e de fiação especial que permite que os moradores programem e controlem vários aparelhos da casa (DiCarlo, 2012).

Um dos primeiros dispositivos a se popularizar na década de 90 foi o *LifeAlert*, um colar com pendente que permite a pessoa alertar um central quando experimenta uma situação de emergência ou quando precisa de ajuda. Atualmente sensores podem ser colocados em praticamente todos os objetos da casa e até no chão, para detectar movimentos que indiquem problemas de mobilidade (DiCarlo, 2012).

A tecnologia também ajuda na prevenção de situações de risco e de agravamentos de doenças. De um lado existem os lembretes e os dispensadores que ajudam no gerenciamento de medicamentos, de outro as geladeiras que fazem um inventário do seu conteúdo e sugerem cardápios e uma lista de compra com ítens saudáveis. Existem ainda as pulseiras vibrantes que lembram as pessoas quando comer ou ir ao banheiro, e ainda os dispostivos que monitoram a pulsação e a temperatura. E os sistemas de comunicação que arquivam e transferem dados para profissionais de saúde e familiares, de modo que possam monitorar as atividades do idoso e identificar precocemente sinais de alerta (Abrahms, 2014; DiCarlo, 2012).

Referências bibliográficas

1. A Place For Mom. (2015). **Guide to Senior Housing & Care: U.S. Edition**. Retrieved from https://www.aplaceformom.com/planning-and-advice/senior-housing-101/senior-housing-types
2. A Place For Mom. (2018a, January 2018). Board & Care Homes for Seniors. Retrieved from https://www.aplaceformom.com/planning-and-advice/articles/board-and-care
3. A Place For Mom. (2018b, January 2018). What to Expect in a Residential Care Home. Retrieved from https://www.aplaceformom.com/planning-and-advice/articles/residential-care-homes
4. AARP Livable Communities. (2014). What is a Livable Community? Retrieved from https://www.aarp.org/livable-communities/about/info-2014/what-is-a-livable-community.html
5. AARP Livable Communities. (2019, 2019.11.07). The Member List. **AARP Network of Age-Friendly States and Communities** Retrieved from https://www.aarp.org/livable-communities/network-age-friendly-communities/info-2014/member-list.html
6. AARP Research. (2018). **2018 Home and Community Preferences Survey: A National Survey of Adults Age 18-Plus**. Retrieved from https://www.aarp.org/research/topics/community/info-2018/2018-home-community-preference.html

7. AARP Research & Strategic Analysis. (2012). **2011 Boomer Housing Survey**. Retrieved from https://www.aarp.org/home-family/livable-communities/info-10-2012/boomers-housing-livable-communities.html
8. Abbit, L. (2017). The Village Model: A Neighborly Way to Age in Place. **Senior Planet: Aging with Attitude**. Retrieved from https://seniorplanet.org/the-village-model-a-neighborly-way-to-age-in-place/
9. Abrahms, S. (2014). New Technology Could Allow You or Your Parents to Age at Home. **AARP Bulletin**. Retrieved from Home & Family: Personal Technology website: https://www.aarp.org/home-family/personal-technology/info-2014/is-this-the-end-of-the-nursing-home.html
10. Administration on Aging. (2018). 2017 **Profile of Older Americans**. Retrieved from https://acl.gov/sites/default/files/Aging%20and%20Disability%20in%20America/2017OlderAmericansProfile.pdf
11. American Seniors Housing Association. (2019). **Exploring Senior Living**. Retrieved from https://www.whereyoulivematters.org/wp-content/uploads/2019/04/exploring_senior_living.pdf
12. Anderson, J. (2019, 2019.01.24). What Are Continuing Care Retirement Communities (CCRCs)? Retrieved from https://www.aplaceformom.com/blog/continuing-care-retirement-communities/
13. Baker, B. (2014). **With a Little Help from Our Friends: Creating Community as We Grew Older** (2nd ed.). Nashville: Vanderbilt University Press.
14. Butler, S. M., & Diaz, C. (2015). How "villages" help seniors age at home. **USC-Brookings Schaeffer on Health Policy**. Retrieved from https://www.brookings.edu/blog/usc-brookings-schaeffer-on-health-policy/2015/10/19/how-villages-help-seniors-age-at-home/
15. CCRC Task Force. (2010). **Today's Continuing Care Retirement Community (CCRC)**. Retrieved from https://www.seniorshousing.org/filephotos/research/CCRC_whitepaper.pdf
16. Centers for Disease Control and Prevention. (2009). Healthy Places Terminology. Retrieved from https://www.cdc.gov/healthyplaces/terminology.htm
17. DailyCaring. (2018). Residential Care Homes for Seniors: Small Group Homes with Personal Care. Retrieved from https://dailycaring.com/what-is-a-residential-care-home/
18. DiCarlo, A. S. (2012). Smart Homes (Home Automation). In V. Prosper (Ed.), **Livable New York: Sustainable communities for all ages**. New York: New York State Office for the Aging.
19. District of Columbia Office on Aging. (2015). How to Start a Village in the District of Columbia. Retrieved from https://dcoa.dc.gov/sites/default/files/dc/sites/dcoa/service_content/attachments/Village_How_To_Guide_092715.pdf
20. Eisenberg, R. (2019). Age-Forward Cities for 2030: The Big Challenge. **nextavenue: where grown-ups keep growing**. Retrieved from nextavenue: where grown-ups keep growing website: https://www.nextavenue.org/age-forward-cities/

21. Family Caregiver Alliance. (2015, February 2015). Selected Long-Term Care Statistics. Retrieved from https://www.caregiver.org/selected-long-term-care-statistics

22. Freed, S. (2017). Aging in a New Age: Innovative Models for Senior Housing. **Professional Builder**. Retrieved from https://www.probuilder.com/aging-new-age-innovative-models-senior-housing

23. Gawande, A. (2014). **Being Mortal: Medicine and What Matters in the End**. New York: Metropolitan Books.

24. Houser, A., Fox-Grage, W., & Ujvari, K. (2018). **Across the States: Profiles of Long-term Services and Supports**. Retrieved from https://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/2018/08/across-the-states-profiles-of-long-term-services-and-supports-full-report.pdf

25. Kowalik, J. (2012). Continuing Care Retirement Community (CCRC). In V. Prosper (Ed.), **Livable New York: Sustainable Communities for All Ages**. New York: New York State Office for the Aging. Division of Policy, Research and Legislative Affairs.

26. Martin, C. E. (2016). Modern Housing With Village Virtues. **The New York Times**. Retrieved from https://www.nytimes.com/2016/09/20/opinion/modern-housing-with-village-virtues.html

27. Masotti, P. J., Fick, R., Johnson-Masotti, A., & MacLeod, S. (2006). Healthy Naturally Occurring Retirement Communities: A Low-Cost Approach to Facilitating Healthy Aging. **Am J Public Health,** 96(7), 1164-1170. doi:10.2105/AJPH.2005.068262

28. McCamy, L. (2018). I've lived in cohousing — a neighborhood based on Danish principles of community living — for 14 years. Here's why I never want to live elsewhere. **Business Insider**. Retrieved from https://www.businessinsider.com/4-reasons-why-ive-spent-14-years-in-cohousing-and-why-i-plan-to-stay-2018-8

29. National Institute on Aging. (2017, 2017.05.01). Residential Facilities, Assisted Living, and Nursing Homes. **Long-Term Care**. Retrieved from https://www.nia.nih.gov/health/residential-facilities-assisted-living-and-nursing-homes

30. Nelson, M. K. (2018). Only 22% of CCRCs in the U.S. are For-Profit. **Senior Housing News**. Retrieved from Senior Housing News website: https://seniorhousingnews.com/2018/05/24/only-22-of-ccrcs-in-the-u-s-are-for-profit/

31. Olivari, B. S., Baumgart, M., Lock, S. L., Whiting, C. G., Taylor, C. A., Iskander, J., . . . McGuire, L. C. (2018). CDC Grand Rounds: Promoting Well-Being and Independence in Older Adults. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**(67), 1036-1039. doi: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6737a4

32. Prosper, V. (2012a). Cohousing. In V. Prosper (Ed.), **Livable New York: Sustainable Communities for All Ages**. New York: New York State Office for the Aging. Division of Policy, Research, and Legislative Affairs.

33. Prosper, V. (2012b). **Livable New York: Sustainable Communities for All Ages**. New York New York State Office for the Aging Retrieved from https://aging.ny.gov/LivableNY/OpeningPages.pdf.

34. SeniorLiving.org. (nd). Personal Care Homes. Retrieved from https://www.seniorliving.org/personal-care-homes/

35. Servat, C., & Super, N. (2019). **Age-Forward Cities for 2030**. Retrieved from https://milkeninstitute.org/sites/default/files/reports-pdf/Age%20Forward%202030_INSIDE-new-WEB_0.pdf

36. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. (2015, 2015.08.11). Atividades da vida diária – o que são? Retrieved from http://www.sbgg-sp.com.br/pub/atividades-da-vida-diaria-o-que-sao/

37. Thach, N. T., & Wiener, J. M. (2018). **An Overview of Long-Term Services and Supports and Medicaid**. Retrieved from https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/259521/LTSSMedicaid.pdf

38. The Cohousing Association of the United States. (2019). COHO-US. Retrieved from https://www.cohousing.org/about/

39. Thomas, M. (2011). Villages: Helping People Age in Place. **AARP The Magazine**, (May/June 2011). Retrieved from https://www.aarp.org/home-garden/livable-communities/info-04-2011/villages-real-social-network.html

40. Tramujas Vasconcellos Neumann, L. (2019). ***The Contribution of Managed Long-Term Services and Supports to Aging in Place: An Evaluation of the Use of Attendant Care Services to Avoid Nursing Facility Admissions*** Unpublished Dissertation. Behavioral and Community Health Sciences. University of Pittsburgh.

41. Truesdale, S. (n.d.). **Visit-ability: an approach to Universal Design in housing**. Retrieved from Buffalo, New York: http://idea.ap.buffalo.edu/wp-content/uploads/sites/110/2019/11/inclusivehousingvisbk.pdf

42. U.S. Department of Health and Human Services. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation (ASPE). (n.d.). Supportive Services Programs in Naturally Occurring Retirement Communities. What is a NORC? Retrieved from https://aspe.hhs.gov/report/supportive-services-programs-naturally-occurring-retirement-communities/what-norc

43. UPMC Senior Communities. (nd). Live Life Well. In. Pittsburgh, PA: UPMC.

44. Vespa, J. (2018). The U.S. Joins Other Countries With Large Aging Populations. Retrieved from The Graying of America: More Older Adults than Kids by 2035 website: https://www.census.gov/library/stories/2018/03/graying-america.html

45. Village to Village Network. (n.d.). Village to Village Network. Retrieved from https://www.vtvnetwork.org/content.aspx?page_id=22&club_id=691012&module_id=248579

46. Wilson, K. B. (2007). Historical Evolution of Assisted Living in the United States, 1979 to the Present. **The gerontologist**, 47(Special Issue III), 8-22.

47. Yearns, M. H. (2012). Universal Design in Housing. In V. Prosper (Ed.), ***Livable New York: Sustainable Communities for all ages***. New York: New York State Office for the Aging.

"Hogar y Café: Programa de Viviendas Compartidas entre Personas Mayores"

Concepción García Conde, Pilar Rodríguez Rodríguez

Introducción

Uno de los principales cambios que está ocurriendo en las sociedades modernas, que no tiene precedentes en la historia de la humanidad, es el envejecimiento progresivo de la población. Aunque el fenómeno está más avanzado en Europa, este envejecimiento de la población se está produciendo a un ritmo creciente en todas las principales regiones del mundo.

El incremento de la proporción de personas mayores en la población está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más importantes del siglo XXI, con implicaciones para casi todos los sectores de la sociedad, incluidos los mercados laborales y financieros, la demanda de bienes y servicios (como la vivienda, el transporte y la protección social), así como las estructuras familiares y las relaciones intergeneracionales (Naciones Unidas: World Population Ageing, 2015). Para el año 2060 se estima que la población mundial de 65 años y más se multiplique por tres, llegando a alcanzar 1.844 millones de habitantes.

Esta situación demográfica insta a los organismos públicos y privados, entidades del tejido empresarial, entidades del tercer sector y a la sociedad en general a adoptar políticas públicas y habilitar medidas específicas que aborden de una forma eficiente la atención a este grupo creciente de población. Se trata de crear las condiciones adecuadas que permitan a las mujeres y hombres de 60 años y más vivir su proceso de envejecimiento con una adecuada calidad de vida, contando con el respeto pleno a sus derechos como ciudadanos.

El rápido y progresivo envejecimiento de la población en España

España es uno de los países con una mayor proporción de población mayor a nivel internacional. Según Naciones Unidas (2015), la comparación mundial del proceso de envejecimiento posiciona a España entre los países más envejecidos del planeta (18,8 % de población de 65 años y más en 2015. Japón encabeza este ranking de países con mayor proporción de población mayor (26,3 %), seguido de Italia (22,4 %) y Alemania (21,2 %). Francia y el Reino Unido presentan unos valores muy similares a los españoles. Estados Unidos (14,8 %) y la Federación Rusa (13,4 %) revelan con sus cifras una estructura por edades mucho más joven que la de la vieja Europa. Y, finalmente, los países en desarrollo, incluyendo a los menos desarrollados, muestran valores y porcentajes bajos de población mayor de 65 años; por ejemplo, el 2,7 % en Nigeria.

Este aumento significativo en el número y proporción de personas mayores en la población, se debe a diferentes factores, entre los que destaca la incidencia de patrones descendentes de fertilidad y mortalidad de los últimos decenios. Se trata de una fase demográfica, que se inició en las dos últimas décadas del siglo XX en la mayor parte de los países desarrollados y que perdura en la actualidad, caracterizada por niveles de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo y el alargamiento de la esperanza de vida al nacer.

En España, a principios del siglo XX, la esperanza de vida era inferior a la de la mayoría de los países europeos; únicamente Rusia y Portugal tenían una esperanza de vida más baja. Sin embargo, en la actualidad en el territorio español se presenta una de las esperanzas de vida más elevadas a nivel mundial: 83 años (80,1 años para los hombres y 85,8 años para las mujeres en 2015).

La reducción sostenida de la tasa de mortalidad ha permitido que aumente el número de estas personas en el conjunto de la población, siendo bastante superior el número de mujeres que alcanzan una edad avanzada, frente al de hombres (INE: Hombres y mujeres en España, 2017).

Desde hace décadas la familia en España está sumida en un profundo proceso de cambio, lo que sitúa a esta nación en la cabeza de los países con una fecundidad más baja a nivel internacional y con una edad media de maternidad más tardía. La baja fecundidad y el retardo en la llegada del primer hijo se ven agravados en periodos de crisis económicas, mientras que tiene lugar un moderado ascenso coincidiendo con etapas de mejora económica.

Todo este conjunto de factores hace que en el territorio español tenga lugar una incidencia creciente de personas mayores que residen solas en sus hogares. De forma generalizada, tanto en contextos urbanos como en contextos rurales, las situaciones de viudedad y pérdida de seres queridos, la emancipación de las hijas e hijos, el debilitamiento de los vínculos familiares, la disminución de las redes de apoyo social, entre otros motivos, influyen en el incremento progresivo del número de mujeres y hombres de más de 60 años que viven solos en hogares unipersonales.

En los últimos años, en España ha habido un aumento importante del número de hogares unipersonales en los que viven personas mayores solas.

La soledad puede ser positiva y promover un crecimiento personal muy enriquecedor, sin embargo, cuando la soledad no es deseada y, además, se mantiene en el tiempo de forma involuntaria, puede conllevar importantes perjuicios en el bienestar y la salud de las personas. No es lo mismo estar solo que sentirse solo. Una persona puede vivir rodeada de muchas otras y sentirse abrumadoramente sola. De hecho, el sentimiento de soledad no deseada se puede presentar en individuos que residen en grandes urbes

españolas superpobladas o en contextos institucionalizados como las residencias para personas mayores, especialmente en aquellas que prestan servicios desde una paradigma más asistencial, alejado del modelo de atención centrada en la persona.

No es lo mismo estar solo que sentirse solo.
El sentimiento de soledad no deseada suele conllevar
importantes perjuicios en el bienestar y la salud de las personas.

Afortunadamente, cada vez más administraciones públicas y entidades del sector privado, que ofrecen recursos y prestaciones para atender las necesidades de las personas mayores en territorio español, poco a poco van tomando conciencia de la diversidad del colectivo de mujeres y hombres mayores de 60 años, comprendiendo que este colectivo no está constituido por un grupo homogéneo al que se le puede aplicar recetas estereotipadas, sino que está formado por individuos con una trayectoria vital y un bagaje personal específico, con necesidades y demandas diversas. Los mayores españoles de principios de este siglo XXI tienen poco que ver con los de hace cuatro o cinco décadas anteriores.

Ante la necesidad de buscar soluciones para mitigar la soledad asociada al progresivo envejecimiento de la población, en España es relevante la creación de diversas alternativas de vivienda, promovidas preferentemente por administraciones públicas, cuyo objetivo sea dar respuestas variadas a las diferentes necesidades de alojamiento de este colectivo heterogéneo de personas mayores.

Diagnóstico previo al diseño del programa de viviendas compartidas para personas mayores

Fundación Pilares para la autonomía personal, entidad sin ánimo de lucro creada en el año 2010 con sede en Madrid, cuya misión es *contribuir a la construcción de conocimiento, compartirlo y, sobre esa base, proponer modelos y actuaciones colaborativas que promuevan la dignidad de las personas más vulnerables y la transformación de la sociedad*, realizó en 2018 una investigación para conocer la situación de las personas mayores en España y en la Comunidad de Madrid, así como la situación de su vivienda, por encargo de la Consejería de Políticas Sociales y Familia, de la Comunidad de Madrid, a través de la Dirección General de Atención a la Dependencia y al Mayor.

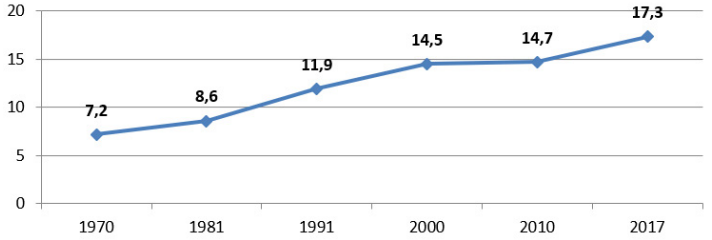
Concretamente, este estudio denominado

- *Diagnóstico previo al diseño del programa de viviendas compartidas para personas mayores-* se centra en conocer los siguientes aspectos:
- La situación sociodemográfica de las personas mayores dentro de la Comunidad de Madrid.
- Las características generales de las viviendas de las personas mayores.

- Las opiniones de las personas mayores y las/os profesionales referentes a los problemas que actualmente tienen que hacer frente en relación con la vivienda.
- Una aproximación al ideal de vivienda que expresan las propias personas mayores, así como su opinión con respecto a los programas desarrollados hasta el momento como alternativas de vivienda.

En el mencionado estudio se muestra como en la Comunidad de Madrid, en consonancia con el proceso de envejecimiento que se está produciendo en el conjunto de la población española, se ha experimentado en los últimos 50 años un aumento del porcentaje de personas mayores de 65 años, incrementándose en un 140%.

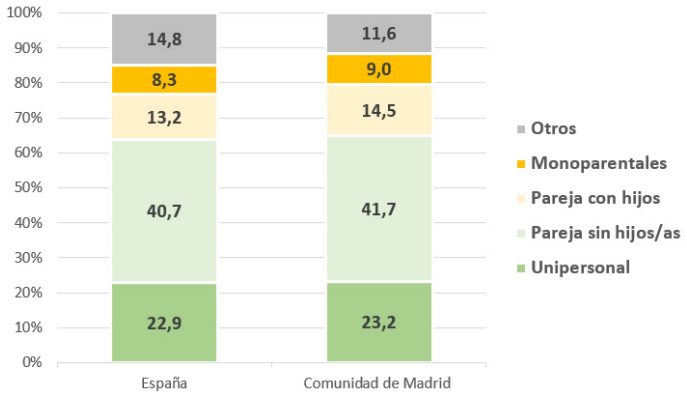
Gráfica 1. Evolución de la población de 65 y más años en la Comunidad de Madrid (% respecto a la población total)



Fuente: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid

También se está produciendo el aumento del número de hogares unipersonales en toda la Comunidad de Madrid, en unas magnitudes muy similares a las del conjunto de España. El porcentaje de personas que viven en solitario es muy elevado, pues casi una de cada cuatro personas lo hace en hogares unipersonales. Esta tendencia seguirá aumentando en los años futuros, hasta alcanzar un porcentaje casi del 30% de personas que vivirán solas en el año 2030.

Gráfica 2. Personas de 65 y más años según el tipo de hogar en España y en la Comunidad de Madrid. 2016 (%)

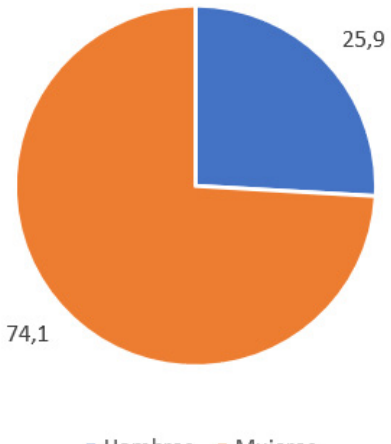


Fuente: INE: Encuesta continua de hogares 2016

Se aprecia como los hogares unipersonales ocupados por personas de 65 y más años dentro de la Comunidad de Madrid, lo mismo que en el conjunto de España, están fuertemente feminizados, ya que el 28,8% de las mujeres viven solas, frente al 23% de hombres. Estas diferencias entre ambos sexos se producen por un doble motivo: como consecuencia de una mayor esperanza de vida por parte las mujeres, por una parte; y porque estas tienen más probabilidades que los hombres de perder a sus parejas por la "pauta cultural dominante" según la cual las mujeres, dentro de las relaciones heterosexuales, suelen ser algunos años más jóvenes que sus respectivas parejas (Rodríguez Cabrero *et al.*, 2013).

Además, las mujeres suelen llegar a la vejez en peores condiciones económicas que sus coetáneos varones. La escasa presencia de las mujeres que hoy son mayores en el mundo laboral o su alta ocupación en puestos de trabajo de baja cualificación y discontinuos, ha traído aparejado que las pensiones que perciben, principalmente de viudedad y no contributivas, sean muy reducidas, lo que conlleva que, si no disponen de otros recursos, sean un colectivo especialmente vulnerable (Rodríguez Rodríguez, 2001). Y aunque, gracias al acceso cada vez mayor de la mujer a la educación y al mundo laboral, se está revirtiendo esta tendencia, son todavía considerables las diferencias entre los valores de las pensiones entre hombres y mujeres.

Gráfica 3. Hogares unipersonales de personas de 65 y más años según el sexo en la Comunidad de Madrid. 2016 (%)



Fuente: INE: Encuesta continua de hogares 2016

Otro dato relevante reflejado en este estudio es que las personas mayores que viven solas tienen más de un 90% de riesgo de sufrir pobreza energética, de las cuales 3 de cada 4 se encuentran en situación de pobreza energética y 1 de cada 4, además, sufren pobreza monetaria.

Por otro lado, la pérdida de salud, asociada al envejecimiento, conlleva para las personas de más de 60 años una especial preocupación por la

consiguiente pérdida de control de su propia vida que pudiera producirse, ante la posible falta de independencia y autonomía. Junto a esto, las dificultades de movilidad para desplazarse, que se ven incrementadas por barreras físicas existentes tanto en el entorno comunitario como en su propia vivienda, llevan aparejadas, en muchas ocasiones, el aislamiento de las personas en sus hogares y, con ello, el incremento de su sentimiento de soledad.

Al hablar de perspectivas de vivienda, la búsqueda de la autonomía y la independencia es un tema recurrente, incluso cuando los problemas de salud aparezcan, por lo que la opción más preferida por las personas mayores es la de seguir viviendo en sus propios domicilios.

No obstante, y como señala Javier del Monte (2017), el permanecer en casa no hace referencia solamente al "espacio físico de la vivienda", sino que debe incluirse en este concepto el entorno habitual en el que se sigue haciendo "lo habitual". En resumidas cuentas, se podría simplificar el deseo de las personas en "vivir donde siempre como siempre". De esta manera, la persona mayor no solo mantiene sus recuerdos y sus posesiones, sino que cuenta con la posibilidad de mantener las redes sociales y continuar con su proyecto de vida de manera satisfactoria.

Es por ello que se demanda a las administraciones, al igual que lo hace la OMS (2015), que pongan a disposición de la población una diversidad de apoyos continuados que faciliten la permanencia en el propio hogar todo el tiempo que sea posible. Pero estos apoyos no sólo se pueden reducir a la prestación de unos servicios concretos, sino también a la adaptación de las viviendas a las necesidades concretas de la persona. Como señala la OMS, se trataría de incluir "conversiones o adaptaciones hechas a las instalaciones físicas permanentes del entorno del hogar para mejorar la seguridad, la accesibilidad física y el confort".

No obstante, cuando se plantea la imposibilidad de permanecer en el domicilio, en el estudió se constató que la alternativa ideal preferente sería un modelo mixto, que combine la oportunidad de poder mantener la propia intimidad dentro de espacios privados y, a la vez, disponer de espacios comunes donde hacer actividades grupales que permitan la socialización con otras personas. Todo ello dentro de un espacio accesible que se ajuste a las necesidades tanto presentes como venideras.

Por último, señalar que la oferta de viviendas para personas mayores existentes en la actualidad promovida por iniciativa pública (apartamentos tutelados, pisos intergeneracionales, apartamentos interdependientes, edificios multifuncionales...), conlleva unos requisitos de acceso específicos que vienen a dar respuesta preferentemente a situaciones de emergencia social o alta vulnerabilidad, lo que impide poder hacer uso de este recurso a un amplio número de personas mayores.

Esta oferta pública también coexiste con una incipiente oferta promovida por iniciativa privada, de viviendas colaborativas y autopromovidas por sus propios residentes "C*ohousing*", en la que son las propias personas mayores las que asumen los costes y los riesgos financieros de la construcción y mantenimiento de las viviendas y se encargan de la contratación de los servicios profesionales que precisan. Ejemplo de este modelo es la comunidad Trabensol, en Torremocha del Jarama, Madrid (www. trabensol.org).

Sin embargo, la existencia de este tipo de recursos resulta escasa y se percibe que, en la actualidad, no hay suficientes alternativas intermedias de vivienda para una persona mayor, teniendo ésta que optar, en la mayoría de los casos, entre estar sola o solo en casa o ingresar en una institución residencial.

Hogar y Café: Una alternativa de vivienda compartida para paliar la soledad de las personas de 60 años y más

Conocedora de la importancia que tiene ofrecer una diversidad de recursos para dar respuesta a los distintos perfiles existentes en el heterogéneo colectivo de personas mayores, y fruto de los resultados obtenidos en la investigación mencionada anteriormente, Fundación Pilares para la autonomía personal diseñó el programa *Hogar y Café -Viviendas Compartidas entre Personas Mayores-*, e inició su desarrollo en el año 2019 en la Comunidad de Madrid.

Este programa se lleva a cabo desde el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (MAICP) que "*promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de las personas, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva" (Rodríguez, P, 2010)* y cuenta con un equipo humano de trabajo conformado por una coordinadora de programa, una técnico de atención directa, una especialista en investigación y evaluación, una responsable de comunicación y la supervisión de la dirección técnica de la Fundación.

Está subvencionado con cargo al rendimiento del 0,7 % IRPF, a través de la Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de Madrid y tiene como principal objetivo facilitar y promover que las personas mayores que se sienten en soledad compartan vivienda para dar respuesta a las necesidades de compañía, apoyo mutuo y eficiencia en los gastos, favoreciendo la permanencia en su domicilio o entorno, evitando institucionalizaciones no necesarias.

Va dirigido a personas de 60 años y más, residentes en la Comunidad de Madrid, que cuentan con un buen nivel funcional para el desarrollo autónomo de las actividades de la vida diaria y disponen de ingresos económicos suficientes para sufragar los gastos compartidos de una vivienda.

Esta iniciativa trata de promocionar la convivencia en viviendas compartidas, basada en un acuerdo a partir del cual dos o más personas mayores, no relacionadas parentalmente, comparten una vivienda (propia o en alquiler), siendo los dormitorios privados y el resto de estancias compartidas.

El plan de vida se rige por acuerdos establecidos por las partes sobre normas de convivencia, gastos compartidos, reparto de tareas domésticas, animales de compañía, horarios, visitas y pernoctas, etc. Desde Fundación Pilares se ofrece a los participantes una "*Guía para el Acuerdo Regulador de la Convivencia*", con recomendaciones que pueden resultar de utilidad para que la convivencia sea más fluida y puedan establecer, de forma más concreta, su plan de convivencia. En el programa se contemplan dos escenarios a la hora de compartir la vivienda:

Escenario 1

Una de las personas es titular de la casa y está dispuesta a acoger a otra persona para compartirla.

Esta opción incluye a la persona que está dispuesta a trasladarse a la vivienda de otro para compartirla.

Escenario 2

Varias personas alquilan juntas una vivienda para compartirla.

Entre las diferentes acciones que se llevan a cabo en esta iniciativa, está la creación de una base de datos de personas mayores interesadas en compartir vivienda y la identificación previa de afinidades interpersonales que faciliten una buena convivencia.

A lo largo de todo el proceso, se ofrece una relación profesional de asesoramiento, apoyo y acompañamiento continuo a las personas participantes. Se lleva a cabo un servicio personalizado y "a la carta", partiendo de una valoración multidimensional de las personas que deciden compartir vivienda, para llegar a comprender las singularidades e idiosincrasia de cada participante (situación emocional, grado de soledad, valores, gustos, intereses, preferências en cuanto al perfil deseado de compañero/a de piso, zona a residir deseada, etc.). Para ello, se utilizan diferentes instrumentos y técnicas de evaluación tales como historia de vida, entrevista individualizada, encuesta de satisfacción...

Posteriormente, se organizan y realizan una serie de encuentros grupales, que permiten a los participantes, de una forma dinámica y distendida, conocerse previamente antes de iniciar una convivencia e identificar con quién sienten que encajan mejor y quién consideran que podría ser un adecuado compañero de casa para convivir. Se valora también si la vivienda a compartir reúne las condiciones adecuadas que aseguren la accesibilidad, habitabilidad y buen uso de la misma.

Durante todo el proceso, antes del inicio de la convivencia, mientras se formaliza la misma y, posteriormente. de forma indefinida en el tiempo, los profesionales de Fundación Pilares asesoran y apoyan a las personas participantes para que cuenten con su acompañamiento continuo, llevando a cabo labores de mediación en el caso de conflictos, si fuera necesario.

Fundación Pilares para la autonomía personal y su equipo de profesionales acompañan en todo el proceso, ofrecen apoyo personal y realizan un seguimiento constante

Asesoramiento, apoyo y acompañamiento a las personas convivientes

Durante todo el proceso: inicio, adaptación y seguimiento de la convivencia...

Valoración personalizada e integral de las personas mayores

Historia de vida, mapa de relaciones, gustos y preferencias de las personas que deciden convivir

Identificación y valoración del grado de afinidad entre las potenciales personas convivientes

Para que pueda darse un buen clima en la convivencia

Valoración previa de la vivienda

Condiciones adecuadas de habitabilidad y accesibilidad

Presentación y conocimiento previo entre quienes podrían convivir

Para que puedan valorar si encajan mutuamente y se da entre ellas la suficiente afinidad: sesiones grupales, pequeños encuentros.

Acuerdo Regulador de Convivencia

Elegido libremente entre las personas que deciden compartir vivienda, sobre las normas de convivencia, gastos comunes, reparto de tareas domésticas, animales de compañía, horas de descanso, visitas y pernoctas. . .

Posibilidad de establecer convivencias, no de forma temporal, sino de larga duración,

Las personas convivientes, pueden vivir juntas sin fecha de terminación, aunque siempre podrán darse de baja y cesar la convivencia, en el tiempo y forma que hayan acordado.

Fomento de la participación social

Se aporta información sobre recursos comunitarios existentes, se proponen diferentes acciones de participación ciudadana. . .

Participar en el programa puede aportar a las personas mayores los siguientes beneficios:

- Ingresos económicos adicionales y ayuda para sufragar los gastos de la vivienda.
- Apoyo emocional y social al compartir la casa con otra persona de gustos e intereses parecidos.
- Posibilidad de ampliar su red social y crear nuevos lazos de amistad, tanto dentro como en el entorno de la vivienda.
- Aumento del sentimiento de seguridad. El miedo y la ansiedad ante la idea de estar solo o sola en casa si ocurren accidentes, pueden verse aliviados.
- Posibilita a las personas mayores permanecer en sus hogares y/o entornos conocidos. Poder seguir comprando alimentos en los establecimientos habituales, acudir al centro de salud de siempre...
- No tener que hacer grandes cambios en las costumbres y hábitos propios. Se trata de vivir acompañado de una forma libre, conforme a los gustos y preferencias de los convivientes y al plan de convivencia que hayan pactado y consensuado.

En el programa se cuenta con un grupo de expertas y expertos, creado a iniciativa de Fundación Pilares, que está conformado por un equipo interdisciplinar especializado en el ámbito de las personas mayores. Se trata de un grupo de profesionales procedentes de campos tan variados como la Sociología, Derecho, Arquitectura, Medicina, Gestión y Administración pública (Comunidad de Madrid, Ayuntamientos...), Trabajo Social, entidades privadas del tercer sector...

Grupo de expertas e expertos.

Este grupo de expertos se constituye como un valioso espacio de encuentro para compartir conocimientos, evaluar la marcha del programa, compartir ideas de mejora, así como generar sinergias en el marco del programa.

Interrelacionadas con las acciones especificadas anteriormente, todas las actuaciones de difusión del proyecto y captación de personas interesadas están coordinadas de forma proactiva desde el equipo técnico del Programa y, en aquellos casos en los que resulta posible, en colaboración estrecha con entidades públicas y privadas, lo que amplía y multiplica el alcance de la difusión y captación.

Todas las acciones de difusión atienden también a una dimensión de sensibilización, ya que el mero hecho de dar a conocer y difundir este programa, tiene en sí mismo un papel de concienciación, al posibilitar a las personas mayores y al resto de la sociedad un replanteamiento y una apertura hacia esta innovadora alternativa de vivienda. Se implementan distintas estrategias para difundir el programa, generar interés y promover la sensibilización hacia este modelo de alojamiento, destacando las siguientes:

- Visitas a centros y servicios gestionados por la Administraciones Públicas y por entidades privadas.

- Distribución física y publicaciones on line de cartelería, folletos, flyers (en centros de mayores, hospitales, farmacias...).

- Diseño de campañas, difusión de vídeos...

- Presencia activa en la página web de Fundación Pilares y sus Redes Sociales (Facebook, Twitter..).

https://www.fundacionpilares.org/hacemos/atencion-domicilio-entorno/hogar-cafe/

- Reportajes en Medios de Comunicación (televisión, prensa escrita, radio, publicaciones especializadas en el sector…).

- Actos presenciales de difusión y sensibilización (reuniones, charlas informativas, presentaciones, stands...).

- Difusión del conocimiento del programa y sus resultados, mediante presentaciones en espacios técnicos (congresos, jornadas, publicaciones especializadas del sector...).

Por último, señalar que desde que tuvo lugar el primer acto de presentación de esta iniciativa en el mes de Abril, a finales del año 2019 se contaba con un total de 147 personas mayores que han mostrado interés por conocer en qué consiste esta propuesta de vivienda compartida, se han realizado, de forma individualizada, valoraciones integrales a 59 participantes, se ha propiciado que las personas puedan identificar afinidad previa antes de empezar a convivir a través de la dinamización de 15 encuentros grupales y se han llegado a formalizar 2 convivencias.

Hogar y Café, Viviendas Compartidas	
Personas interesadas	147
Primera valoración integral	16/04/2019
Hª vida realizadas	59
Encuentros grupales	15
Con vivienda para compartir	5
Media de edad	67
Convivencias formalizadas	2

Consideraciones finales

Teniendo en cuenta que España es uno de los países con una mayor proporción de población mayor del mundo, resulta imprescindible para afrontar este reto demográfico impulsar diferentes alternativas de vivienda, que puedan dar respuesta al variado conjunto de necesidades de este colectivo tan heterogéneo.

Hogar y Café se configura como una modalidad innovadora de vivienda compartida para paliar la soledad de las personas mayores, que aporta a los participantes la posibilidad de seguir permaneciendo en sus hogares y entornos, evitando institucionalizaciones innecesarias. No requiere de la construcción de nuevos edificios ni infraestructuras, sino que se aprovechan las viviendas ya existentes en propiedad o en alquiler de algunos participantes, ubicadas en la Comunidad de Madrid.

Desde este programa se ofrece a las personas de 60 años y más información, asesoramiento y acompañamiento para facilitar que encuentren a las personas adecuadas por afinidad para llevar a cabo una convivencia grata, así como la vivienda en la que iniciar la convivencia. A través de distintas actividades individuales y de grupo, se trata de que las personas puedan ir conociéndose, proporcionarles tiempos y espacios para que reflexionen y lleguen a acuerdos en torno a cómo convivir, apoyos para establecer los acuerdos reguladores de la convivencia y orientaciones para poder acceder a una vivienda.

Este programa viene a ampliar la escasa diversidad de recursos de alojamiento para las personas mayores existentes en España y se configura como una interesante alternativa intermedia entre quedarse solo en casa o ingresar en una residencia. Posibilita poder continuar permaneciendo en el domicilio a personas mayores autónomas e incluso, en el caso de que se den situaciones de dependencia sobrevenida, la convivencia puede perdurar si se cuenta con los suficientes apoyos técnicos, tecnológicos y de accesibilidad a las viviendas.

Sin embargo, resulta necesario ampliar el potencial de acción de este programa mediante la participación efectiva y comprometida de las administraciones públicas y su estrecha colaboración para promover y potenciar este recurso. Se trata de cubrir y dar respuesta al amplio abanico de necesidades y demandas de las personas mayores, para garantizar su derecho a tener una vida digna y a envejecer acorde a sus preferencias.

Todo esto, reforzado con unas solidarias redes de apoyo social y vecinal, amigables con las personas mayores, conformarían un panorama mucho más humanizado para envejecer activamente y con dignidad, en España y en cualquier zona del mundo.

Referências bibliográficas

1. Abellán García, A.; Ayala García, A. y Pujol Rodríguez, R. (2017): **Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos**. Informes envejecimiento en Red, número 15, enero 2017.
2. Airbnb (2016): **Home sharing: a powerful option to help older americans stay in their homes**.
3. Alonso López, F. (dir.) (2008): **Adaptación de la vivienda en la población dependiente: necesidades, programas, casos**. Acceplan, Barcelona.

4. Banco de España (2017): **Encuesta Financiera de las Familias (EFF) 2014: métodos, resultados y cambios desde 2011**. Artículos analíticos 2017, 24 de enero.
5. Del Monte Diego, J. (2017): **Cohousing. Modelo residencial colaborativo y capacitante para un envejecimiento feliz**. En colección Estudios de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal. Madrid.
6. Díez Nicolás, J. y Morenos Páez (2015): **La soledad en España**. Análisis Sociológicos Económicos y Políticos S.A.
7. Ecologistas en Acción (2017): **Estudio técnico sobre pobreza energética en la ciudad de Madrid**.
8. FEMP, Fundación Pilares y Fundación Caser (2015): **La situación del Servicios de Ayuda a Domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro**. Madrid.
9. Fernández-Carro, C. (2016). Ageing at home, co-residence or institutionalisation? Preferred care and residential arrangements of older adults in Spain. Ageing & Society, 36, 586-612.
10. Iglesias de Ussel, J. (2001): **La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo**. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Observatorio de personas mayores.
11. IMSERSO (2011): **Libro Blanco del Envejecimiento Activo**. Madrid.
12. IMSERSO (2017): **Informe 2016. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas**. Colección Personas Mayores. Serie Documentos Técnicos y Estadísticos.
13. Koopman-Boyden, P. y Moosa, S. (2014): "Living Alone as a Lifestyle of Older people in New Zealand, Policy implications", en **Policy Quarterly**, Vol. 10, I. 3, pp. 54-59.
14. López Doblas, J. (2005); **Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza**, IMSERSO.
15. National Resource Center on Supportive Housing & Home Modification (2000): **Housing Highlights**. **Shares Housing**.
16. Organización Mundial de la Salud (2015): Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra.
17. Pinazo Hernandis, S. y Donio Bellegarde Nunes, M. (2018): "La Soledad de las personas mayores". En colección Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal, Nº 5. Madrid.
18. Rodríguez Cabrero G, Rodríguez P, Castejón P y Morán, E. (2013): **Las personas mayores que vienen. Autonomía, solidaridad y participación social**. En colección Estudios de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal. Madrid.
19. Rodríguez Rodríguez P. (2001): "Mujeres mayores, género y protección social (o adónde conduce el amor)". En Maquieira d´Angelo, V.: **Mujeres mayores en el siglo XXI. De la invisibilidad al protagonismo**. IMSERSO.
20. Rodríguez Rodríguez. Coord. (2015): **Innovaciones para vivir bien en casa**. Ed. Fundación Caser y Fundación Pilares. Madrid.

21. Rodríguez Rodríguez, P. *et al.* (2017): La atención en domicilios y comunidad a personas con discapacidad y personas mayores. Guía de innovación según el Modelo AICP. En colección Guías de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal. Madrid.

22. Rodríguez Rodríguez, P. *et al.* (2018): "Viviendas para personas mayores en Europa. Nuevas tendencias para el siglo XXI". En colección Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal, Nº 3. Madrid.

23. Thomas, J. (2015): **Insights into Loneliness, Older People and Well-being, 2015**, Office for National Statistics.

24. Tomassini, C. *et al.* (2004): "Living arrangements among older people: an overview of trends in Europe and the USA", en **Population Trends**, nº 115, pp. 24-34.

25. Walsh, K.; Scharf, T.; Keating, N. (2016). Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework. Our J Ageing, 14:81-98. Doi: 10.1007/s10433-016-0398-8.

26. Zueras, P. y Miret Gamundi, P. (2013): "Mayores que viven solos: una panorámica a partir de los censos de 1991 y 2001", en **Revista Española de Investigaciones Sociológicas**, nº 144, pp. 139-152.

Condominios de Viviendas Tuteladas para Personas Mayores en Chile:
Una Política Pública de Dignidad para Personas Mayores autovalentes sin techo

Octavio Vergara Andueza, José Miguel Morales Rojas,
Gladys González Álvarez

1. Introducción

En Chile, existe un aumento progresivo del número y proporción de personas mayores de 60 años en relación a la población total, ya que en los últimos 20 años las personas sobre 60 años se han duplicado, alcanzando el 16,2% de la población total (2.850.171), según CENSO 2017. De estos, el 55,7% son mujeres y 44,3% son hombres.

En cuanto a las condiciones económicas, el 4,5% de las personas mayores vive bajo la línea de la pobreza y el 22,1% de la población mayor vive en pobreza multidimensional, lo que se encuentra referido a las condiciones de vida que experimentan las personas y el acceso que tienen a educación, salud, vivienda, empleo, empoderamiento, discriminación, seguridad personal, entre otras (CASEN, 2017).

La misma fuente indica que un 85,8% del total de personas de 60 o más años es autovalente, y no requiere apoyo o ayuda para la realización de actividades básicas o instrumentales de la vida diaria. Relacionado a lo anterior, en el ámbito de hogares, el 13,4% de personas mayores viven solas. El 73,9% de las personas mayores tienen su casa propia pagada y el 5,7% una casa propia pagándose, el 88,8% habita una vivienda aceptable en términos de materialidad y un 86.6% habita una vivienda cuya calidad global es aceptable.

Las personas mayores que presentan dificultad con las viviendas son las que residen en precarias condiciones, mediaguas (0,4%), viviendas precarias (0,1%), ranchos o chozas (0,1%), o cuya ocupación es arrendamiento y no les alcanza para cubrir este monto (7,1%) o los que ocupan vivienda en forma irregular (0,5%). Por otra parte, el 5,4% de personas mayores se encuentra en situación de allegamiento externo, entendiéndose esto, como el número de personas mayores que comparten vivienda y/o sitio con un hogar receptor o anfitrión. Y un 21,4% en allegamiento interno, que se entiende como la situación donde se constata la presencia de más de un núcleo familiar dentro de la vivienda (CASEN, 2017).

Como se señaló entonces, sobre el 80% de los jefes de hogar adultos mayores habitan una vivienda propia, situación muy distinta a la presentada a hogares con jefaturas menores de 60 años, donde el 54,5% manifiesta ser propietario. (CASEN, 2017). Sin embargo, cabe señalar que quienes cuentan

con vivienda, muchas veces habitan espacios deteriorados y/o que requieren adecuación para los requerimientos funcionales y espaciales propios de esta la etapa de vida (PULSO; 2007). En esta población la "vivienda es un bien material altamente relevante, incluso como un logro material importante en sus vidas. Tiene un rol gravitante en el tiempo vital de estas personas, pues se recrean menos fuera de la vivienda, realizan menos actividad social y en general pasan mucho tiempo en ella en comparación con las personas de otras edades" (PULSO; 2007).

Desde el inicio de la década de los 80´ los distintos gobiernos chilenos han explorado diversas fórmulas de focalización de dichas Políticas de Vivienda en los adultos mayores; como el otorgamiento de soluciones convencionales en modalidad de comodatos o hasta arriendos a programas especiales como centros de larga estadía y viviendas tuteladas.

Como parte de una política habitacional chilena, en 1984, el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU) creó un innovador Programa de Vivienda Básica, dirigido a adultos mayores de escasos recursos. El requisito de postulación era estar allegado o ser arrendatario y estar interesado en acceder a una vivienda básica en comodato o arrendamiento de bajo monto (Moreno L., 1999). El programa entregaba al beneficiario una vivienda social que podía ser de dos tipos: 1) vivienda básica en edificio o 2) vivienda en condominio. Ambos tipos estaban insertos en conjuntos habitacionales de sectores urbanos de pobreza, y fueron diseñadas para ser ocupadas por un máximo de dos personas (Decreto Supremo N° 62, 1984). En 1998 se inició el subprograma de vivienda en condominio. Esto se realizaba en las regiones más grandes del país, las viviendas destinadas a las personas mayores se agrupaban al interior de los conjuntos habitacionales en pequeñas zonas con equipamiento especial.

Por su parte, el actual Programa de Viviendas Protegidas tiene como antecedente el Convenio suscrito entre MINVU y Servicio Nacional del Adulto mayor (SENAMA) con fecha 27 de junio de 2007 (Res. Exenta N° 3.419 del MINVU), a través del cual se establecieron las bases para el fortalecimiento de la política de vivienda dirigida para el adulto mayor. En este marco y de acuerdo a lo establecido en el Decreto N° 227 (publicado en el D.O. el 17 de abril de 2008), se modifica el Decreto Supremo N° 62 de Vivienda y Urbanismo de 1984, este decreto en su Título VI, establecía, que el 2% de las Viviendas Sociales SERVIU construidas por el Estado serían destinadas a viviendas individuales que el SERVIU asignaba a adultos mayores en situación de vulnerabilidad, en calidad de comodato o arrendamiento, pero el mayor cambio fue que las viviendas dirigidas al adulto mayor construidas por MINVU, fueran traspasadas en comodato a SENAMA, para su administración, mantención y ejecución de un programa de atención a los residentes de las viviendas.

Condominios de Viviendas Tuteladas

Con el objetivo de generar las acciones que permitieran otorgar servicios de atención al adulto mayor, la ley de presupuestos del sector público del año 2011 contempló la existencia del Fondo Servicios de Atención al Adulto Mayor, en la partida del Servicio Nacional del Adulto Mayor, en cuya glosa presupuestaria se incluyeron recursos para el "Programa de Viviendas Protegidas para Adultos Mayores" a través de 3 líneas de acción:

- Viviendas Singulares para Personas Mayores Autovalentes
- Condominios de Viviendas Tuteladas (CVT)
- Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM).

La operación de este programa fue regulada por el Decreto 49 de fecha 23 de junio de 2011, que establecía las disposiciones generales de su operación: definición de la línea condominios de viviendas tuteladas, definición de entidades operadoras prestadoras de servicios, requisitos de admisión de beneficiarios, operación, financiamiento y supervisión.

Con fecha 23 de julio de 2013, SENAMA y MINVU, suscribieron un nuevo convenio, cuyo objetivo era iniciar anualmente proyectos de Condominios de Viviendas Tuteladas, en todas las regiones del país y una vez terminada su ejecución, éstas serían traspasadas al SENAMA en comodato para su administración y mantención. Para materializar estos proyectos se consideraba:

- Abordar en cada año el diseño de los conjuntos e iniciar su construcción en el año siguiente.
- Los proyectos se localizaban en terrenos definidos por SENAMA, fueran estos aportes de Municipios u otros, los cuales debían ser traspasados a SERVIU.
- En cuanto a su diseño, se debían respetar las Bases Técnicas Tipo, concordadas entre el MINVU y el SENAMA.

Posteriormente, mediante un nuevo convenio entre MINVU y SENAMA suscrito el 2 de octubre 2013 (Res. Exenta N° 4.904), se especifican las funciones que le corresponden a ambas partes en la ejecución del programa de Condominios de Viviendas Tuteladas.

2. Desarrollo de la experiencia: Condominio de Viviendas Tuteladas.

a) Justificación del Programa

El programa aborda la necesidad de personas mayores vulnerables de contar con viviendas adecuadas, mayor integración socio-comunitaria y apoyo social. Esto, mediante la provisión de soluciones habitacionales, que incluyen servicios y acciones de apoyo social y de cuidado, basados en un plan de intervención comunitario. Con estas prestaciones, se busca promover el acceso de los beneficiarios a la oferta programática local y vincularlos a la comunidad.

b) Objetivos

Según el Decreto Supremo N° 49 de 2011 del Ministerio de Planificación, el Condominio de Vivienda Tutelada (CVT) se define como el conjunto habitacional de viviendas individuales destinadas a adultos mayores en situación de vulnerabilidad entregadas a esas personas en comodato y que contemplan espacios comunes, una sede comunitaria, estacionamientos y áreas verdes. Dichos CVT son traspasados a SENAMA en comodato por los Servicios Regionales de Vivienda y Urbanización (SERVIU[1]) respectivos.

El objetivo general del programa es "Contribuir a que las personas mayores accedan a una solución habitacional y además reciban apoyo, en función de promover su autonomía, pertenencia e identidad". Sus objetivos específicos son:

- Otorgar a personas mayores vulnerables, una solución habitacional adecuada a sus necesidades.
- Proporcionar apoyo psicosocial y comunitario con la finalidad de promover la vinculación con la red social y comunitaria.
- Y finalmente, contribuir a su integración y autonomía.

c) Población atendida

La población objetivo del programa son adultos mayores de 60 años y más, autovalentes, que requieran solución habitacional y apoyo psicosocial, priorizando además a aquellos que carezcan de redes de apoyo socio – familiares. Esta población es priorizada por parte de SENAMA en base a los cupos disponibles, considerando una condición de mayor vulnerabilidad, en relación al puntaje obtenido en la evaluación que se realice durante el proceso de postulación (puntaje evaluación social, vulnerabilidad habitacional y evaluación cognitiva/funcional). En igualdad de puntajes prima la postulación más antigua, y aquellos adultos mayores que presentan carencia de redes socio familiares.

Así mismo, se considera una vía de ingreso especial y directa al programa a personas mayores víctimas de violencia intrafamiliar, la que es evaluada en función de los cupos disponibles en la región de postulación.

d) Coberturas

La cobertura del programa se ha ido incrementando paulatinamente durante los años, esto debido a que anualmente los SERVIU entregan a SENAMA entre 3 a 5 CVT, con un promedio de 20 casas cada uno.

[1] El Servicio de Vivienda y Urbanización (Serviu) es una institución autónoma del Estado en cada región de Chile, que se relaciona con el Gobierno a través del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, posee Personalidad Jurídica de derecho público, con patrimonio distinto del Fisco y de duración indefinida.
No obstante, la autonomía con la que cuenta el Serviu en materias de índole presupuestario y de personal, depende del Ministerio de Vivienda y Urbanismo.

Años	2015	2016	2017	2018	2019
Cobertura Meta	841	921	986	986	1081
Cobertura Efectiva	815	848	921	986	-

e) Recursos asignados al Programa

Recursos Humanos

El Programa de Condominios de Viviendas Tuteladas a nivel nacional cuenta con un pequeño equipo de administración central del Servicio Nacional del Adulto Mayor, y se desarrolla con equipos regionales en 13 ciudades de Chile, quiénes, en general, incluso comparten funciones con otros programas de SENAMA en cada región.

Presupuesto asignado

El financiamiento del programa de Condominios de Viviendas Tuteladas es público, proviene de la Ley de Presupuesto del sector Público de Chile[2]. La glosa presupuestaria corresponde al Programa Fondo de Atención para el Adulto Mayor, subtítulo 21, ítem 03, asignación 716. Para el próximo año el financiamiento será separado de la línea de Establecimientos de Larga estadía y corresponderá sólo a Condominios de Viviendas Tuteladas (asignación 718).

Cada entidad operadora incorpora mayores recursos de acuerdo a sus posibilidades, en general son prestaciones de salud a través de la red comunal y centros de salud familiar, talleres y actividades recreativas culturales proporcionadas por los municipios, alumnos en práctica, voluntariado, entre otros.

A continuación, se detallan los presupuestos de la línea de Condominios de Viviendas Tuteladas desde 2015 hasta 2019 (Miles de millones de pesos chilenos):

	2015	2016	2017	2018	2019
Presupuesto Inicial	463.090	486.407	550.389	557.280	1.068.064
Presupuesto Final	531.420	519.978	505.839	577.280	
Presupuesto Ejecutado	531.420	519.978	505.839	577.280	

f) Enfoques del programa

Uno de los enfoques predominantes presentes en el programa es el enfoque de derechos. En Chile el abordaje del tema del envejecimiento y vejez ha alcanzado una nueva perspectiva para la protección de los derechos de

[2] La Ley de Presupuesto del sector público consiste en una estimación financiera de los ingresos y una autorización de los gastos para un año determinado. Existe porque es necesario compatibilizar los recursos disponibles con el logro de metas y objetivos previamente determinados.

las personas mayores. A través de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, ratificada por Chile en el año 2017, se logra constituir el primer tratado de derechos humanos jurídicamente vinculante para los Estados que la ratifican, cuyo objeto específico son las personas mayores.

La Convención tiene como premisa básica, el reconocimiento que la persona mayor tiene los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas y que cada una, en la medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, reconociendo sus valiosas contribuciones actuales y potenciales a sus comunidades, sin discriminación fundada en la edad, ni sometida a ningún tipo de violencia. Estos principios son aplicables al Programa.

La Convención establece en el artículo 7: "El Derecho de la persona mayor a la independencia y a la autonomía. A tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente, conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones y a disponer de mecanismos para poder ejercer sus derechos".

Para garantizar a la persona mayor el goce efectivo de sus derechos humanos, los Estados Parte adoptarán programas, políticas o acciones para facilitar y promover el pleno goce de estos derechos, propiciando su autorrealización, el fortalecimiento de todas las familias, de sus lazos familiares y sociales, y de sus relaciones afectivas. En especial, y respecto al lugar de residencia, la persona mayor debe tener la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico.

Respecto al programa hay dos derechos específicos que se aplican directamente, el artículo 8° "Derecho a la participación e integración comunitaria" y el artículo 24 "Derecho a la vivienda". En este último, se enfatiza que el Estado debe adoptar las medidas pertinentes para garantizar el derecho de la persona mayor a una vivienda digna y adecuada, adoptando políticas de promoción del derecho a la vivienda y el acceso a la tierra reconociendo las necesidades de la persona mayor y la prioridad en la asignación a aquella que se encuentre en situación de vulnerabilidad. Además de vivir en entornos seguros, saludables, accesibles y adaptables a sus preferencias y necesidades.

Junto a lo anterior se destacan tres enfoques de intervención del Programa:

- **Enfoque de Atención Centrada en la Persona, ACP**. En esto se promueve el reconocimiento de las personas mayores como sujeto de derechos donde se respeta su individualidad. Las personas mayores se han transformado en un grupo que requiere ser intervenido bajo esta forma de atención, considerando que existen factores que en ocasiones influyen

en que no se les trate con dignidad o respecto, ya sea por profesionales, familias, servicios, comunidad o sociedad en general, debido a características como la edad, nivel de dependencia, estado cognitivo, enfermedades u otros que están presentes en esta etapa de la vida. Desde ese contexto, surge el enfoque de atención centrada en la persona, como una manera de posicionar a las personas en el centro de la atención; fomentando su autonomía, potenciando su independencia y destacando el papel terapéutico de lo cotidiano y lo significativo para cada individuo (Martínez, 2011).

- **Enfoque Territorial**. La territorialidad implica conocer las condiciones físicas, sociales, económicas y culturales que se presentan en un territorio determinado, y particularmente la importancia de este enfoque en el programa condominio de vivienda tutelada, radica en que todos los condominios se encuentran emplazados en espacios distintos, la cultura que los rodea no es la misma, y existe oferta pública o privada diversa dependiendo del territorio en que se encuentre, entre otros factores.
- **Enfoque de Género.** Hombres y mujeres envejecen distinto, no solo por sus diferencias biológicas, sino y principalmente, por las definiciones sociales que se asignan a cada uno de ellos, y por su desarrollo vital en diversos contextos. La relación simbólica de poder y subordinación entre hombres y mujeres puede entenderse por el rol productivo asignado al hombre, y rol reproductivo, asignado a la mujer.

Finalmente, cabe señalar que el contar con una vivienda adecuada y digna es un derecho de las personas mayores y es por ello que este programa es estratégico dentro de la iniciativa Ciudades Amigables, impulsada por la Primera Dama, Cecilia Morel, en el marco del Programa Adulto Mejor. Desde SENAMA se está impulsando la instalación de esta iniciativa en el país, a través de la creación de un programa que busca, principalmente, entregar apoyo técnico a los municipios de Chile para que puedan desarrollarse como comunas más amigables con las personas mayores, bajo los lineamientos de la OMS.

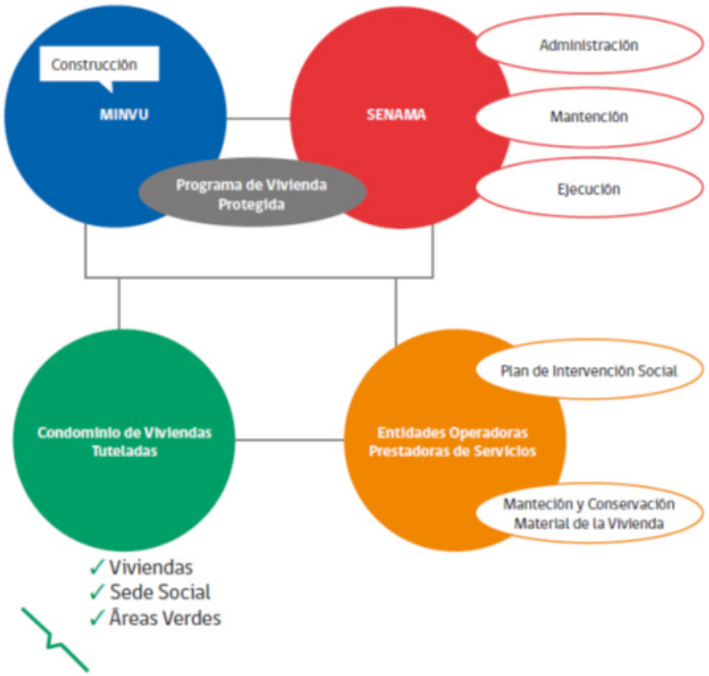
g) Descripción detallada del Programa

Como se ha dicho anteriormente, los Condominios de Viviendas Tuteladas (CVT), corresponden a conjuntos habitacionales de viviendas, con espacios de uso común como una sede comunitaria, estacionamientos y áreas verdes. Dichos CVT son traspasados al Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) en comodato por los SERVIU respectivos, para su administración.

Los condominios, se encuentran destinados a personas mayores autovalentes, en situación de vulnerabilidad socioeconómica y habitacional, para que accedan a una solución habitacional integral a través de la oferta pública.

SENAMA, para la ejecución de este programa, llama a concurso público, celebrando posteriormente un convenio de operación con Entidades

Operadoras Prestadoras de Servicios, quienes implementarán un plan de intervención psicosocial y un mantenimiento de las viviendas, con las orientaciones técnicas y recursos traspasados por SENAMA, a través de un convenio. Lo anterior, se visualiza en la figura siguiente:



El Programa se estructura en dos componentes:

i. Plan de Intervención Psicosocial y Sociocomunitario

Comprende la intervención psicosocial (Individual) y sociocomunitaria (grupal) y, corresponde a un conjunto de acciones individuales y grupales dirigidas a las personas mayores residentes de los CVT, cuyo objetivo es brindar atención psicosocial directa y domiciliaria para la promoción de la autonomía, participación social y comunitaria, y el acceso a las redes de apoyo local, a través de un trabajo en red intersectorial a nivel local. Esta acción es planificada y ejecutada por el/la monitor/a designado a cada condominio de viviendas.

ii. Conservación y/o reparación material de la vivienda

El operador deberá evaluar la conservación y/o reparación material de las viviendas, sede social del condominio y/o su entorno, la cual deberá realizarse durante la ejecución anual del convenio que se firme. Lo anterior aplica para los CVT que tienen un año o más de operación.

Actores del programa

Una de las principales características que presenta el programa, es el involucramiento de diferentes actores para su buena implementación,

influyendo el nivel en que se encuentren y el rol que éstos cumplen. Es así, que a continuación se presentan los actores que se identifican en diversos momentos y el rol principal que cumple cada uno:

Institución u organismo	Actor clave	Rol principal
Ministerio de Vivienda		Construcción de viviendas protegidas.
Servicio Nacional del Adulto Mayor	SENAMA Nacional	Diseño metodológico de los lineamientos del Programa, coordinación nacional de la operatoria del programa en las regiones; traspaso técnico y financiero; entre otros.
	SENAMA Regional	• Acompañamiento técnico y coordinación administrativa a nivel regional de los CVT que se encuentran en la región. • Interlocutor entre el encargado nacional y los organismos ejecutores. • Encargados de llevar el proceso de postulación y selección del adulto mayor, de acuerdo a los criterios establecidos.
Entidades Operadoras Prestadoras de Servicios	Instituciones públicas o privadas sin fines de lucro.	• Responsables del cumplimiento técnico y financiero del CVT a cargo, con quienes se establece un convenio. • Contratar al monitor/a profesional o técnico encargado de cada CVT.
	Monitor/a: Profesional o técnico del área de las ciencias sociales y/o salud.	• Responsable de elaborar el plan de intervención Psicosocial y Sociocomunitario de las personas mayores asignatarias. • Acompañar el proceso que vive la persona mayor desde su ingreso al CVT.
Instituciones, organismos o servicios insertos en la comuna donde se encuentra el CVT.	Municipios, Cesfam, fundaciones, instituciones, oferta local.	No es un actor directo de la intervención, sin embargo, es fundamental para la gestión local y el acceso de los adultos mayores a los distintos servicios.
Tutor, familiar responsable o persona significativa.		Representar los intereses de la persona mayor ante el SENAMA y la entidad operadora.
Personas mayores		Asignatarios de las viviendas. Protagonistas del plan de intervención.

La persona mayor participa en 5 etapas: postulación, selección, ingreso y permanencia; y egreso. Estas etapas se detallan a continuación:

g.1. Postulación de la Persona mayor al Programa

SENAMA, a través de la Coordinación Regional[3] respectiva, tiene la responsabilidad de coordinar el proceso de postulación de los beneficiarios. Esta etapa se inicia a través de la presentación de la Ficha de Postulación al Programa Condominios de Viviendas Tuteladas de SENAMA la que consigna los datos del solicitante y toda información requerida que se considere relevante para los objetivos del programa. Para postular como beneficiario del Programa, la persona mayor debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Tener 60 años o más.
- Ser autovalente.

[3] Coordinación Regional de SENAMA es el organismo regional del Servicio Nacional del Adulto Mayor donde se reciben las postulaciones de las personas mayores para diferentes programas, incluyendo los condominios de viviendas tuteladas.

- Pertenecer al 60% de la calificación socioeconómica (CSE) según registro social de hogares (RSH)[4].
- Presentar vulnerabilidad habitacional, según registro social de hogares (RSH).
- No tener una enfermedad física o mental que requiera atención imprescindible de un establecimiento.
- Presentar carencia de redes de apoyo socio familiares.
- Contar con un tutor responsable (familiar o persona significativa) que represente sus intereses frente a SENAMA y la entidad operadora.

Las personas mayores de 60 años o más, que se encuentran en situación de maltrato decretado por el tribunal competente, o que haya sido evaluada en tal situación por SENAMA, sólo deberán cumplir con el requisito de contar con un familiar o tutor responsable para su ingreso al programa.

Los documentos para la postulación son recepcionados por el asistente regional de atención ciudadana de SENAMA, el que tendrán la tarea de chequear que esta se encuentre completa, derivando el caso al encargado regional del programa, quien tendrá la responsabilidad de revisar esta (s) solicitud (es) en la medida que existan viviendas disponibles para asignar.

La postulación de la persona mayor, incluye las siguientes dimensiones: evaluación social, evaluación habitacional.y evaluación cognitiva/funcional.

Durante la etapa de evaluación de los antecedentes, SENAMA podrá citar al adulto mayor postulante para requerir aclaraciones o nuevos antecedentes que considere necesario para establecer su situación, ocasión en la que deberá informar la comuna y características de la vivienda disponible, así como coordinar la visita domiciliaria. Esta visita en terreno, tendrá por propósito identificar antecedentes complementarios a la postulación, por ejemplo, constatar situaciones de precariedad, desvinculación de redes sociales, historia de vida, entre otros. Esta ocasión, servirá también para la coordinar entrega de antecedentes adicionales en los casos que se hubiese solicitado.

En caso de no presentar estos documentos en el tiempo estipulado, se dejará sin efecto la postulación, notificando a la persona mayor por escrito el motivo.

Los valores que surjan de las dimensiones señaladas, permitirán obtener un puntaje final de prelación, el que es calculado automáticamente a partir

[4] Registro Social de Hogares: El Registro Social de Hogares es una base de datos que contiene información de las personas y los hogares que han solicitado su incorporación, y está compuesto por antecedentes aportados tanto por las familias como por distintas instituciones del Estado, permitiendo entregar a la ciudadanía un instrumento transparente y sencillo, que refleja la realidad socioeconómica de los hogares en Chile. https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/42344-registro-social-de-hogares

de los puntajes obtenidos en la evaluación funcional, al tramo del registro social de hogares y al Índice de Vulnerabilidad Habitacional. Este resultado, determinará el lugar que ocupa el adulto mayor en la lista de postulantes para el ingreso al condominio

Una vez que se encuentran calculados todos los puntajes de postulación, se construye una base de datos en las que son ordenadas las postulaciones en orden decreciente. Es importante destacar, que los ingresos de los postulantes se establecen en función de la disponibilidad de viviendas y de los resultados de este puntaje.

g.2. Selección de la Persona Mayor al Programa

La selección es de responsabilidad de la Coordinación Regional de SENAMA y a quien se determine como el encargado/a regional del programa CVT. Para esto, deberá ser considerado el listado de prelación ordenado en estricto orden de puntaje, siendo los postulantes que obtengan los puntajes mayores, los que reciben el beneficio en función de las vacantes disponibles.

Este proceso se realiza en constante coordinación con el monitor/a e involucrando a la persona mayor, para que su aceptación o no aceptación, se encuentre plenamente justificada y con toda la información de por medio que requieren las partes.

g.3. Incorporación y permanencia de la persona mayor en el Condominio de Vivienda Tuteladas

El principal objetivo que tiene el proceso de incorporación, es facilitar el ingreso del mayor considerando sus características e intereses, con la finalidad de que se sienta acogido en el Condominio e identifique este espacio como su nuevo hogar.

De acuerdo a lo anterior, esta etapa de incorporación es relevante para la persona mayor ya que dependiendo de las acciones que se desarrollen, se determinará su sentido de pertenencia, identidad y vínculo con el condominio, su vivienda y pares, influyendo directamente en su sentir y cómo se podrá desenvolver cotidianamente en su permanencia dentro del CVT.

Del mismo modo, este período resulta fundamental para establecer un primer nivel de comunicación y vínculo que permita recoger elementos para la elaboración del diagnóstico y posterior plan de intervención.

La persona mayor que es parte del Programa Condominios de Viviendas Tuteladas de SENAMA, de inmediato asume una serie de apoyos concretos como, disponer de una solución habitacional, ser parte de un plan de intervención social, relacionarse entre pares, acceder a servicios y vincularse con la comunidad, entre otros, los que se encuentran a la base del enfoque de derechos. Sin embargo, para que estos derechos se practiquen, también se requiere que la persona mayor conozca y comprenda los deberes que

adquiere, los que permitirán contribuir a una mejor calidad de vida al interior del condominio, en beneficio de su persona, pares, comunidad y vivienda que habita.

Los deberes de las personas mayores que deben cumplir de acuerdo al comodato que firman son:

- Cancelar y mantener al día los consumos básicos de la vivienda, como electricidad, agua potable, gas y otros servicios de uso que tuviese la vivienda.
- Mantener al día el pago de los gastos comunes de la sede o condominio de viviendas tuteladas en el caso que corresponda.
- Mantener al día y en su poder los recibos de pago, en caso de que sean solicitados por el Monitor/a y/o SENAMA.
- Cuidar y conservar la vivienda en perfecto estado de mantención e higiene.
- Informar en caso de que exista la presencia de un nuevo habitante de la vivienda no declarado con anterioridad, señalando los motivos de ésta, junto con solicitar permanencia por escrito.
- Informar personalmente y por escrito a SENAMA, cualquier cambio en los datos de la persona significativa (tutor responsable) y/o de familiares de directa relación: nombre, teléfono, correo electrónico, dirección, que permitan su pronta localización ante situaciones de fuerza mayor.
- Participar de las actividades planificadas y de las reuniones mensuales con el Monitor/a y/o SENAMA.
- Completar los cuestionarios e instrumentos que el equipo coordinador pueda aplicar durante el diagnóstico y/o plan de intervención.
- Participar de la planificación conjunta con SENAMA, del Plan de Intervención Social.
- Respetar el reglamento interno y de convivencia que se genere al interior del Condominio.
- Pasar por el proceso de evaluación para verificar si se mantienen los requisitos de ingreso al CVT y cumplimiento de deberes estipulados en el contrato de comodato, el que se verá reflejado a través del Plan de Intervención.

Finalmente en este proceso, el monitor/a de cada CVT deberá coordinar en conjunto al encargado/a regional del programa, una reunión entre ambos previo al ingreso de la persona mayor para definir las acciones que faciliten la incorporación y su adaptación al funcionamiento del CVT, teniendo en consideración la inclusión activa de todos aquellos actores claves que contribuyan a esta acción, desde la misma persona mayor, hasta aquellos familiares, personas significativas, barrio o comunidad del que han sido o son parte.

g.4. Egreso de la persona mayor del Condominio de Viviendas Tuteladas

La etapa de permanencia podría finalizar con el egreso de la persona mayor del Condominio de Vivienda Tutelada. Cada contrato de comodato que se establece entre SENAMA y la persona mayor, indica que tendrá una duración de 24 meses (2 años) renovable automáticamente razón por la cual es importante reforzar constantemente los derechos y deberes con que disponen las personas mayores que son asignatarias del condominio.

Asimismo, el egreso de una persona mayor, deberá siempre tener una causa clara y justificada, resguardando el bienestar de la persona mayor.

El egreso del programa se puede producir por:

i. Decisión personal del adulto mayor de desistir del beneficio

Las personas mayores de manera voluntaria pueden decidir no continuar viviendo en el condominio, por contar con una nueva solución habitacional, querer vivir con un familiar o persona significativa, por determinar que requiere de cuidados especiales como por ejemplo en casos de deterioro físico, u otra razón que determine cada uno de ellos. En caso de ser así, la persona mayor deberá expresar su decisión por medio escrito, a la coordinación regional de SENAMA. En caso de ser efectivo este desistimiento, la persona mayor deberá firmar el Acta, indicando la causa y fecha en que desiste del beneficio, además de hacer entrega de la vivienda asignada de acuerdo a lo que indica el contrato de comodato.

ii. Incumplimiento de los deberes y acuerdos establecidos con SENAMA en el contrato comodato para mantenerse en el CVT e incumplimiento del reglamento interno de convivencia del CVT

En caso de incumplimiento de las personas mayores asignatarias frente a los deberes y a los cuales se comprometen a cumplir a través del contrato de comodato que firman con SENAMA, se podrá evaluar el término de la condición de asignatario en la vivienda concedida en el Condominio. Para hacer efectiva esta causal, debe existir un incumplimiento habitual de los deberes a los que se comprometió cumplir al ingresar al CVT y/o incumplimiento reiterado del reglamento interno del funcionamiento del CVT, que afecte a otros asignatarios y/o al condominio.

Además, como se indica en el contrato comodato de vivienda entre SENAMA y cada asignatario/a, SENAMA podrá poner término al contrato, antes del plazo estipulado para su renovación, si la persona mayor no cumple con las condiciones señalada.

iii. Fallecimiento

Para abordar la eventual situación en que se produzca el fallecimiento de la persona mayor, resulta indispensable considerar los antecedentes, que se encuentran en su respectivo Plan de Intervención.

En caso de que el fallecimiento se produzca en el CVT se solicitará al SAMU[5] que pueda presentarse para constatar el fallecimiento y posteriormente extensión del Certificado de Defunción. En el caso de que el fallecimiento ocurra fuera del CVT, como por ejemplo en el Hospital o Servicio de Urgencia, es el mismo establecimiento quien entrega Certificado de Defunción.

El monitor/a debe contar con los datos actualizados tanto de la persona mayor, como de las personas que él considera significativas. También se debe considerar la situación en que el tutor esté inubicable o no exista vínculo familiar efectivo.

Es la familia y/o persona significativa quien debe asumir la responsabilidad de ciertos ritos, como vestir y trasladar a la persona al lugar acordado, para velatorio.

La familia o persona significativa, será también responsable de activar los procesos de tramitación y actuación que hayan sido definidos entre el monitor/a, la persona mayor y la familia o persona significativa. Entre estos, se encuentra la activación de servicios funerarios y sepultación, según corresponda a la situación de cada adulto mayor.

h) Característica de la vivienda

SENAMA cuenta con una guía de diseño arquitectónico para construcción de Condominios de Viviendas Tuteladas, en esta se señalan condiciones de accesibilidad universal y emplazamiento de las viviendas, así como características, ergonométricas, motrices y sociales del grupo al que estamos atendiendo.

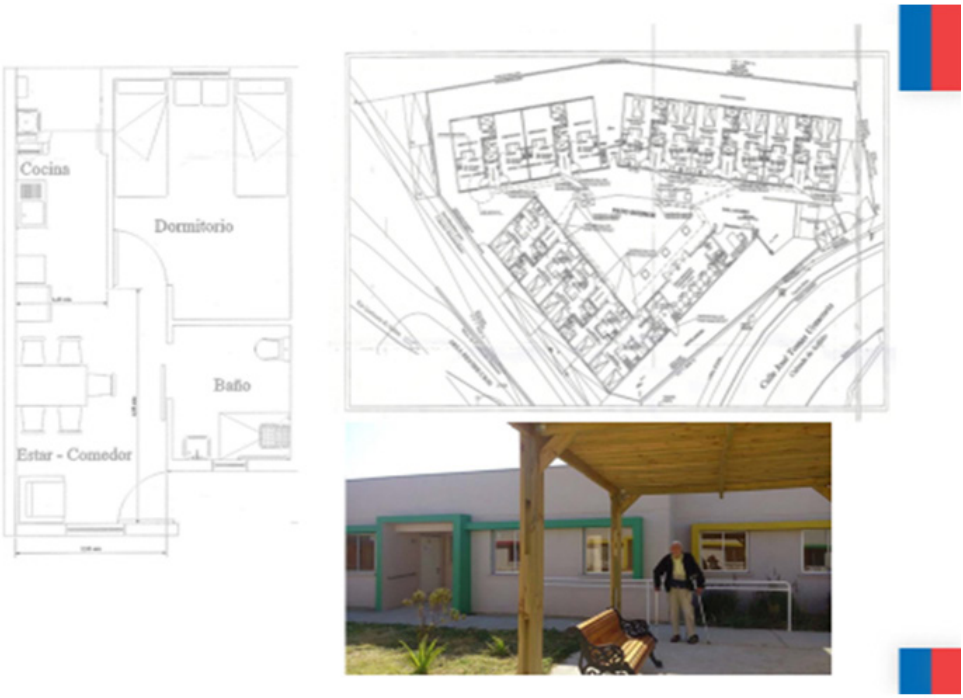
Cada vivienda cuenta con espacios para estar-comedor-cocina, un dormitorio, un baño, un closet, con una superficie de 36 metros cuadrados aproximadamente. Algunas características específicas son:

- Puertas de 90 cm, sin pestillos y manillas de palanca.
- Pavimento y pisos antideslizante.
- Pasamanos en vías de circulación.
- Baños con taza más alta que lo habitual. (exigencias para personas con discapacidad)
- Sin tina sino receptáculo con pendiente.
- Barras de apoyo laterales (en ducha y al costado de WC).

Los condominios cuentan entre 8 a 46 viviendas individuales, en la mayor parte de los casos pareadas y con equipamiento comunitario. Este último consiste en una sede social, con espacio para oficina de administración,

[5] SAMU: El Servicio de Atención Médico de Urgencias (SAMU) es una institución dependiente del Ministerio de Salud, presente en todas las regiones de Chile, cuya labor es gestionar todas las llamadas realizadas al 131 de manera regional

un salón multiuso, cocina, baños diferenciados por sexo y lavandería. Además, cuentan con jardines y espacios comunes. Se adjunta imagen con emplazamientos de vivienda y condominio.



i) Operadores de Condominios de Viviendas Tuteladas, actores relevantes en la ejecución del programa.

SENAMA suscribe convenios para la operación de los Condominios de Viviendas Tuteladas con entidades públicas o privadas, que cumplen con los siguientes requisitos:

- Estar inscritas en el Registro de Prestadores de Servicios Remunerados o No a Adultos Mayores, del Servicio Nacional del Adulto Mayor.
- Tener experiencia en la prestación de servicios y/o ejecución de programas dirigidos a las personas mayores.
- En el caso de las entidades privadas, deberán presentar un documento de garantía de fiel cumplimiento por un 10% (diez por ciento) del monto total del convenio o de cualquiera de sus prórrogas.

La mayor cantidad de operadores con los que cuenta el programa son municipios (38), luego Fundación Oportunidad Mayor (6), Gobernaciones (2), Fundación para el Trabajo de la Universidad Arturo Prat (1) y Universidad Autónoma de Temuco (1).

La entidad operadora tiene obligaciones y responsabilidades, respecto de la operación del condominio, las que se detallan a continuación:

a) Realizar un diagnóstico inicial de las necesidades de los asignatarios, que considere las diferencias entre las necesidades de hombres y mujeres habitantes del condominio, que permita definir una estrategia de intervención.
b) Formular y ejecutar, anualmente, un Plan de Intervención Social individual y grupal, de acuerdo a la estrategia de intervención definida en el diagnóstico inicial.
c) Destinar los recursos que se le transfieran, a la correcta aplicación del Programa, ajustándose a lo dispuesto en cada una de sus cláusulas y a lo dispuesto en el procedimiento de rendición de cuentas.
d) Aportar los recursos humanos necesarios para el correcto avance del plan de intervención, plan de mantención de viviendas y administración del CVT.
e) Facilitar las condiciones mínimas para el desarrollo de las labores administrativas a realizar por el monitor (a) del CVT como: acceso a computador, impresora, internet, otras.
f) Poner a disposición de SENAMA todos los antecedentes e informes que le fueren requeridos con el objeto de implementar las evaluaciones sobre el Programa, como asimismo, entregar de manera oportuna los informes señalados en el Convenio de colaboración que se firma entre SENAMA y la Entidad Operadora.

j) Recursos para la operación del Programa

SENAMA transfiere recursos a la entidad operadora del programa a través de un convenio. Esta transferencia es para:

Honorarios del Monitor: Destinados para el pago de los honorarios que percibirá el profesional o técnico que se desempeñará como monitor(a) del CVT.

Gastos de Administración: Destinados a la ejecución del Plan de Intervención Social, entre los que se incluyen, materiales y útiles diversos de oficina, materiales y útiles para el desarrollo de talleres y actividades, materiales y útiles de aseo y limpieza para la sede social, entre otros.

Gastos de mantención y/o reparación: Destinados para reparaciones varias y mantención de instalaciones eléctricas, de agua, de gas, pintura, reparación de techos, revisión y reparación de canaletas, reposición y/o reparación de elementos de seguridad, vidrios, llaves, chapas, luminarias, etc.

Como ya se señaló, una de las obligaciones del operador es realizar la contratación del profesional o técnico que realiza la función de "monitor/a del condominio de viviendas tuteladas", para ello considera los siguientes criterios:

Formación educacional, Profesional y/o técnico del área de las ciencias sociales y/o salud u otras afines con enfoque comunitario, preferentemente

Psicólogo/a o Asistente Social. Con especialización y/o capacitación en trabajo social y comunitario y trabajo con personas mayores.

Dicho profesional podrá contar, además, con conocimientos y manejos en temáticas como:

- Resolución de conflictos
- Trabajo en equipo
- Empoderamiento y participación
- Capacitación de dirigentes
- Buen trato a adultos mayores, entre otros

Además, el monitor/a deberá contar con habilidades personales que faciliten el trabajo con personas mayores. Entre estas se pueden señalar escucha activa, empatía, tolerancia a la frustración, manejo de emociones, entre otros. También deberá tener disposición para trabajo en terreno. De preferencia debe residir en la comuna donde se encuentre emplazado el CVT.

k) Principales Resultados del programa

En Chile existen hasta la fecha 53 condominios de Viviendas Tuteladas, ubicados en 13 de las 15 regiones del país (Sólo las regiones de Arica y Parinacota y Antofagasta no cuentan con Condominios). Residen en estos condominios 1021 personas mayores. Se adjunta cuadro con ubicación y coberturas.

k.1. Evaluación del Programa de la Dirección de Presupuestos (DIPRES) de Chile

De acuerdo a evaluación realizada por la Dirección de Presupuestos al Programa Fondo de Servicios de Atención al Adulto Mayor (en su línea Condominios de Viviendas tuteladas) en el año 2015, los principales resultados fueron:

El panel de evaluación, con relación al componente CVT, observó que este establece una relación de causalidad directa y consistente con el propósito, debido a que busca atender a parte de la población objetivo definida en este, proporcionando servicios socio-sanitarios (con énfasis en servicios de integración social y familiar, como por ejemplo participación en organizaciones comunitarias y fortalecimiento de los vínculos con las familias), correspondientes a la población beneficiaria de adultos mayores vulnerables autovalentes. Dado lo anterior, se puede concluir que cumplía con ser una condición externa a la capacidad de gestión del programa y que debe darse para que el componente permita el logro del propósito.

En efecto, el programa se justifica con base a la constatación de que existen en el país personas mayores vulnerables, que debido al proceso de envejecimiento ven disminuido su grado de funcionalidad, que no cuentan con viviendas adecuadas y pierden integración sociocomunitaria. El propósito entonces, aborda directamente el problema que justifica al programa, identificando adecuadamente a la población objetivo y los resultados intermedios buscados por el mismo. Buscando dar cobertura con el componente a la población objetivo como resultado intermedio, y como resultado final buscando dar protección social a esta población. Proporcionando así servicios que permitan resguardar a la población beneficiaria frente a las carencias que experimentan: creciente nivel de dependencia producto del envejecimiento, pérdida de redes de apoyo social y familiar y en un contexto de bajos ingresos, es un resultado intermedio evaluado como adecuado.

De este modo, lograr el propósito, permitiría contribuir al logro del Fin, por cuanto el programa aportaría directamente a que la población adulta mayor beneficiaria en condiciones de vulnerabilidad social, acceda a un sistema de protección social, lo que es el resultado final esperado con la ejecución del programa.

k.2. Satisfacción de residentes

Uno de los indicadores que utiliza el programa es el grado de satisfacción de los residentes con el programa durante el año de intervención. Para ello se aplica una encuesta de satisfacción realizada por el/la encargada/o de Condominio de Viviendas Tuteladas de la región a la mayor parte de los residentes que puedan contestar.

Los resultados de esta encuesta son los siguientes:

Año	Porcentaje de satisfacción
2015	92.4%
2016	86.5%
2017	88%
2018	87%

La satisfacción de las personas mayores con el programa se ha mantenido en un alto porcentaje, las variaciones tienen que ver principalmente con cambios en la encuesta y el número de personas encuestadas Lo que las personas mayores valoran más positivamente es la vivienda y la gestión del monitor o monitora.

k.3. Características de los/las monitores/as de Viviendas Tuteladas.

Hoy trabajan en cada uno de los condominios de viviendas tuteladas en el país cincuenta y tres (53) profesionales que cumplen el rol de monitor/a. Estos son fundamental en la implementación de los servicios dirigidos a las

personas mayores. En un estudio realizado por la Unidad de Servicios Sociales de SENAMA, se observa que el 81,4% de los/las monitores/as a nivel nacional corresponde al sexo femenino, lo que indica un alto porcentaje de feminización del cargo. También, los resultados muestran el alto grado de profesionalización de los monitores, reflejado en que el 72,1% cuenta con estudios de educación superior completos. En tanto, un 16,3% posee nivel técnico profesional. Respecto de las profesiones que lideran el perfil profesional de los monitores, un 69% corresponde a Trabadores Sociales, lo que permite inferir que, en términos generales los monitores contarían con un piso mínimo de conocimientos y herramientas que les permite desarrollar diagnósticos y planes de intervención social. Mientras que respecto de la variable edad, el promedio de edad se encuentra en los 35 años a nivel nacional. Finalmente, del total de monitores encuestados, el 77% señala haber tenido experiencia previa de trabajo con personas mayores, especialmente en el ámbito de gestión municipal.

3. Desafíos y consideraciones finales

El programa Condominio de Viviendas Tuteladas tiene múltiples desafíos, tanto de gestión, como de coordinación y de atención de calidad de las personas mayores.

Uno de los temas de gestión necesarios de avanzar es la supervisión de parte de SENAMA a los operadores de condominios. Se requiere avanzar tanto en tener recurso humano capacitado y calificado para esta labor, como la exclusividad en este rol. Además, lograr un acompañamiento técnico que mejore la atención de las personas mayores.

La capacitación de profesionales que trabajan para el programa, en especial la figura del monitor/a en temáticas de Derechos, demencia, atención centrada en las Personas, protocolos de actuación, maltrato, entre otras materias, es fundamental para una atención de calidad de las personas mayores. Incluso llegar a tener una oferta permanente de capacitación para estos monitores sería fundamental.

En función del perfil de los profesionales monitores de CVT, proponer ajustes presupuestarios en materia de honorarios. Esto permitiría, mantener o mejorar el perfil y experiencia de los profesionales que intervienen en el territorio y convertir la administración del CVT, en una oferta más atractiva.

Asimismo, ya en la evaluación realizada por la Dirección de Presupuestos en el año 2010, se señala que la actual carga de trabajo de los gestores de SENAMA, que deben otorgar acompañamiento a diversas comunas, al mismo tiempo, no permite satisfacer la demanda local por una asistencia técnica más individualizada, cuestionamiento que perdura hasta la fecha.

Otro tema relevante es mejorar la inserción del programa de Condominios de Viviendas Tuteladas en los espacios locales y ser parte de la red local.

Esto requiere un trabajo comunitario que permita luego la integración de las personas mayores en su comunidad y que el condominio no sea un "ghetto"[6] desconectado de su entorno. A su vez el condominio debe abrirse a la comunidad, incorporar a vecinos mayores en las actividades que se desarrollan en este lugar, enfatizando el enfoque comunitario de este dispositivo.

En términos de infraestructura y en especial de los condominios más antiguos se requiere un fuerte trabajo en la realización de mejoramientos, especialmente cambio de techos, cierres perimetrales y cortafuegos. Frente a este tema se espera la gestión de recursos regionales de parte de las entidades operadoras, para lograrlo.

Se debe procurar siempre la participación activa de las personas mayores residentes del CVT, en todos los procesos de ejecución del programa. Y que cuente con toda la información necesaria tanto de su plan individual como grupal para tomar sus propias decisiones. El trabajo que se realice en los Condominios debe considerar estrategias que favorezcan la convivencia de los asignatarios, la resolución de conflictos y el manejo de situaciones críticas. Lo anterior, debido a que este es un tema que reportan habitualmente cuando señalan lo negativo de vivir en estos condominios.

También, se debe incentivar el cuidado de la vivienda por parte de cada uno de los asignatarios, así como también los cuidados de los espacios comunes.

Se deben generar mayores espacios de retroalimentación por parte de las personas mayores al funcionamiento del Condominio, así como su involucramiento en tareas propias del cuidado, seguridad, ornamentación, entre otros.

Uno de los temas relevantes que aparece en los condominios es la situación de salud mental de sus residentes, cada vez más las personas mayores van presentando inicio de demencias, lo que altera el diario vivir del condominio. Para ello se deben implementar estrategias que permitan educar sobre las demencias, conocer el actual estado de salud mental de los asignatarios, así como conocer la red que puede atender a la persona mayor y procedimientos de derivación.

Finalmente, la visibilización positiva del programa, el compartir en forma permanente buenas prácticas en la ejecución del mismo de parte de las entidades operadoras, el contar historias de personas que han logrado una mejor calidad de vida, el mostrar logros de las personas mayores que tiene una vivienda digna y un entorno nutritivo, es un gran desafío.

[6] El termino "ghetto" viene del nombre del barrio judío de Venecia, establecido en 1516. Durante la Segunda Guerra Mundial, los ghettos eran distritos urbanos (de menudo cerrados) en los cuales los alemanes forzaron a la población judía a vivir en condiciones miserables.

Referências Bibliográficas

1. SENAMA (2010): Evaluación de Programas que ejecuta el Senama en Coordinación con otros organismos públicos. Consultora Ingeniería Económica.
2. DIPRES, (2015): Evaluación del Programa Fondo De Servicios De Atención Al Adulto Mayor, Ministerio De Desarrollo Social, Servicio Nacional Del Adulto Mayor.
3. Decreto Supremo Nº62/84 de MINVU y sus posteriores modificaciones.
4. Decreto Supremo N° 49 de 2011 del Ministerio de Planificación.
5. Resolución Exenta 1368 de 4 de julio de 2007. Convenio de Colaboración entre Ministerio de Vivienda y Urbanismo y el Servicio Nacional del Adulto Mayor
6. PULSO, Consultora (2006): Guía de diseño de espacios residenciales para adultos mayores, MINVU, Santiago, Chile.
7. Ministerio de Desarrollo Social, (2017). Encuesta de Caracterización Socioeconómica, CASEN.
8. SENAMA (2019): Programa Condominios de Viviendas Tuteladas: Guía de Operaciones.
9. Moreno L. Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza (1999). Propuestas para la futura Política Social, Santiago 1999.

Seção 3

Instituições de
longa permanência
para idosos - ILPI

Instituições de Longa Permanência para Idosos: Relato histórico e cuidados centrados no indivíduo

Henrique Salmazo da Silva, Adailton Almeida Mendonça, Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez

Introdução

As mudanças observadas nas últimas décadas contribuíram para o aumento expressivo de idosos longevos (80 anos e mais) (Camarano e Kanso, 2016). Estima-se que em 2050 um quarto da população mundial será idosa, e que grande parcela, ou três quartos, terá algum tipo de doença crônico-degenerativa ou condição de saúde que exija cuidados complexos de saúde e de longa duração (Yasobant, 2018).

Alcançar a velhice, amparados pela rede de cuidados de longa duração, é um dos maiores desafios sociais do século XXI. Na literatura, os cuidados de longa duração são definidos pela variedade de serviços médicos, sociais e de atenção social e de saúde cujo objetivo é auxiliar os indivíduos a viver o mais independentemente possível, maximizando níveis de funcionamento físico e psicológico (Ferrini e Ferrini, 2008). Os cuidados são prestados em vários âmbitos: domicílio, centros de saúde, centros-dia para idosos, centros de convivência, programas de apoio às famílias e ILPIs.

Embora a legislação brasileira estabeleça a família como principal responsável provedora dos cuidados ao idoso (Camarano e Kanso, 2010), as ILPIs são equipamentos significativos quando estão impossibilitadas de oferecer os cuidados, ou o idoso se encontra em situação de dependência avançada e vulnerabilidade social. Apesar dos preconceitos relativos ao processo de institucionalização, caracterizam-se como modalidades assistenciais mais comuns de cuidados ao idoso dependente fora do âmbito familiar (Christophe e Camarano, 2010).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (Brasil, 2005), na Resolução da Diretoria Colegiada 283, as ILPIs agrupam instituições governamentais e não governamentais, de natureza residencial, destinadas à moradia coletiva de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania. Estabelece ainda que a ILPI deve ser um lar especializado, com dupla função – proporcionar assistência gerontogeriátrica conforme o grau de dependência dos residentes e oferecer, ao mesmo tempo, ambiente doméstico, aconchegante, capaz de preservar a intimidade e a identidade dos residentes.

Nos últimos anos, embora a literatura tenha avançado em investigar a qualidade e a caracterização dos cuidados ofertados, a humanização dos cuidados nos serviços ainda encontra inúmeros desafios, incluindo obstáculos (autoimagem negativa, elevada pressão de trabalho e falta de oportunidades

de desenvolvimento); necessidades (poucas ações voltadas ao desenvolvimento pessoal, capacitação e desenvolvimento de equipe) e competências (habilidades de comunicação, atenção, negociação, flexibilidade, trabalho em equipe e liderança) (van Stenis, van Wingerden e Kolkhuis Tanke, 2017).

O debate centra-se em melhorar as ofertas institucionais e os modelos de atenção, para efetivar as políticas de cuidados em consonância com exigências e condições de vida e saúde dos residentes. Os objetivos do capítulo são contextualizar o nascimento e novas configurações dos serviços como uma das modalidades de moradia na velhice, com destaque ao movimento de humanização e aprimoramento técnico, articulados à promoção de cuidados centrados no indivíduo.

Percurso histórico no mundo e no Brasil

O cuidado aos idosos no âmbito institucional data da Grécia Antiga, na modalidade de *Gerontokomeion*. No ocidente, o primeiro gerontocômio foi fundado pelo Papa Pelágio II (520-590). A partir do século X construíram-se as primeiras *almhouses* (casas de caridade) nos monastérios. Desde então há a função de filantropia da igreja na disseminação das instituições. Na época, os idosos eram invisíveis como grupo social devido à sua baixa proporção na população e pequena participação no mundo do trabalho. Portanto, as instituições cuidavam de idosos pobres, com pouco ou sem recursos para subsistência, cuja visibilidade social era praticamente nula (Christophe e Camarano, 2010).

Posteriormente, na França, assiste-se ao movimento hospitalocêntrico de cuidados, com o nascimento do *Bureaux des Pauvres*, as *Aumônes*, *Charités* e *Hôtel-Dieu*, nos quais os miseráveis, entre eles os velhos, conseguiam encontrar acolhimento e alimentação em condições mínimas de existência. Conviviam velhos, mendigos, doentes e loucos, em comum a exclusão do mundo do trabalho. Mas a partir do Iluminismo (séc. XVIII), as instituições de caridade se especializam: crianças em orfanatos, loucos em hospícios e idosos em asilos (Christophe e Camarano, 2010).

No Brasil, em 1797, cria-se no Rio de Janeiro a Casa dos Inválidos, caracterizada como primeira referência de asilo, destinada a atender a soldados; e em 1890, o Asilo São Luís para a Velhice Desamparada. Uma profusão de instituições e serviços é efetivada, com participação intensa de instituições religiosas, filantrópicas e de imigrantes. Destaca-se a Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP), responsável por aproximadamente 700 instituições no Brasil (Christophe e Camarano, 2010).

É possível os estigmas associados ao processo de institucionalização serem agenciados pelo histórico ligado ao acolhimento de pessoas idosas pobres e afastadas do bastidor social. No Brasil, a discussão sobre os cuidados nas ILPIs ganhou ampla repercussão pública em 1996, com a morte dos

idosos da Clínica Santa Genoveva, no Estado do Rio de Janeiro, e posterior engajamento da comunidade científica, como o da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, em estabelecer deliberativas técnicas sobre os cuidados de idosos nas ILPIs (Sousa *et al.*, 2002).

A partir daí, houve a promulgação do Estatuto do Idoso em 2003, da RDC 283 da Anvisa de 2005, e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa em 2006, sistematizando diretrizes técnicas e operacionais que regulam os parâmetros mínimos da atenção ao idoso e funcionamento das ILPIs brasileiras. Contudo, o avanço legal dos cuidados aos idosos não agenciou as mudanças desejadas, especialmente pelo número alarmante de lares não regulamentados, notificações de abusos e maus-tratos e/ou aparente descompasso entre a operacionalização das políticas públicas e exigências sociais e de saúde dos idosos institucionalizados (Salmazo-Silva & Gutierrez, 2018).

Mais recentemente, a discussão dos cuidados das ILPIs ganhou destaque em função da pandemia do Covid-19 em 2020. Criou-se, por atuação de profissionais e especialistas na área do envelhecimento, a Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI, estabelecendo um conjunto de recomendações para promoção da saúde e prevenção de agravos associados à disseminação do vírus e políticas de distanciamento social (SBGG, 2020). Ressalta-se que o vírus Covid-19 evidencia as dificuldades e problemas já enfrentados pelas instituições.

Perfil das ILPIs no Brasil

O censo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) estimou que a expectativa de vida do idoso após institucionalização era de um ano, com perfil de saúde mais debilitado do que a população de idosos que viviam em comunidade (Camarano, 2010). Existiam 3548 instituições em funcionamento, que abrigavam em torno de 1% da população idosa brasileira. Grande parcela das instituições era filantrópica (65,2%), concentrava-se na região Sudeste do Brasil (2255 instituições), e 30% estavam nos municípios dos grandes centros urbanos, com 500 mil habitantes ou mais.

Embora grande parcela seja filantrópica, nas últimas décadas houve aumento significativo de instituições particulares, totalizando, em 2010, 28,2% das instituições estudadas (Camarano, 2010). Pelo perfil, a maior parte das instituições tinha caráter híbrido de funcionamento: havia atividades sociais e de assistência em saúde, sendo as de assistência à saúde mais ofertadas por instituições particulares (Camarano, 2010).

Recentemente, em pesquisa conduzida por Duarte *et al.* (2018), com base no Censo do Sistema Único de Assistência Social, observou-se que das 1270 instituições visitadas, 57,6% encontravam-se no Sudeste e 17% na região Sul. Dos 45868 residentes, 48,4% eram homens, e a população masculina foi mais prevalente nas regiões Centro-Oeste e Norte.

Na região Norte, 48,1% dos residentes apresentaram idade inferior a 60 anos, associado aos resquícios da reforma antimanicomial ou vulnerabilidade social ligadas à escassez de recursos para prover a existência. Com relação ao perfil de desempenho funcional observou-se um padrão misto (atendiam idosos independentes ou com alguma limitação nas atividades de vida diária); 48% das instituições avaliadas contratavam serviços ou profissionais para atendimentos aos residentes.

Estudos brasileiros que pesquisaram as condições de vida e saúde dos idosos institucionalizados ressaltam que a população é composta majoritariamente por mulheres; idosos longevos; com vínculos familiares enfraquecidos; viúvos e/ou solteiros; e elevada prevalência de limitações funcionais e declínio cognitivo; incontinência urinária e fecal e perda nutricional (Jerez-Roig, Souza & Lima, 2013, Volpini, Frangelli, 2013, Ferreira *et al.*, 2014, Güths *et al.*, 2017, Alcântara *et al.*, 2019).

A prevalência do fenótipo de fragilidade nessa população foi de 19% a 75%. Contudo, em oposição aos estudos internacionais, a população brasileira possui elevadas desigualdades sociais e menos acesso às intervenções e aos serviços de saúde pública. Portanto, exige-se o desenvolvimento de políticas públicas de atenção, articuladas às pastas da saúde, assistência social e defesa dos direitos da pessoa idosa, a fim de garantir que as ILPIs sejam modalidades assistenciais que proporcionem assistência gerontogeriátrica e ao mesmo tempo a possibilidade viável de moradia na velhice.

Intervenções educativas são significativas ferramentas para subsidiar mudanças organizacionais, adoção de novas tecnologias de cuidado e criação de legislações compatíveis com o que exigem idosos assistidos (Salmazo-Silva & Gutierrez, 2018).

Novas configurações, humanização e aprimoramento dos serviços

Preocupados com o aparente descompasso entre conhecimento técnico e humanização dos cuidados, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conjunto com a Associação Internacional de Geriatria e Gerontologia (IAGG), estabeleceu o compromisso de aumentar conhecimentos e sistematização do arsenal de práticas das *nursing homes*. Haverá princípios e metas que envolvem o aumento da reputação desses serviços; desenvolvimento da liderança; sistematização de dimensões clínicas associadas à qualidade do cuidado; desenvolvimento da práxis, formação continuada e pesquisa (Morley *et al.*, 2014; Tolson *et al.*, 2011).

Uma série de estudos foi desenvolvida na gestão dos cuidados, oferecendo condições para intervenções mais qualificadas. Resultados exitosos de programas de educação e treinamento das equipes profissionais são documentados para organizar o correto gerenciamento da atenção, fluxos e propostas de encaminhamento dos idosos (Cornally *et al.*, 2015; Husebo *et al.*, 2015; Morley *et al.*, 2014).

Se a equipe é adequadamente capacitada e se existem protocolos para avaliar como são exitosas as intervenções, os ganhos associados à saúde e qualidade de vida dos idosos serão maximizados (Husebo *et al.*, 2015). Como exemplos, os protocolos de agudização, transição para os cuidados paliativos e avaliações sobre engajamento do idoso em seu processo de cuidado (Morley *et al.*, 2014).

Em revisão sistemática de 1990 a 2015 sobre intervenções institucionais, Low *et al.* (2015) observaram: a) intervenções que aumentam a funcionalidade dos residentes diminuem a sobrecarga da equipe, mas o contrário não foi observado; b) mudanças nos cuidados diretos geraram impactos mais robustos do que intervenções gerais (na qualidade dos cuidados nas demências, entre outras).

Intervenções direcionadas e com objetivos claramente definidos são mais eficazes do que intervenções sistêmicas que demandam multiplicidade de atores. Outros estudos indicaram que mudanças estruturais e organizacionais dos cuidados atendem de forma flexível aos idosos institucionalizados, como aumento do engajamento e empoderamento dos idosos nos cuidados (Tu *et al.*, 2006); diminuição da prevalência da solidão, descrita como preditiva de maior mortalidade, pior autopercepção de saúde, depressão e piores níveis de bem-estar psicológico (Janson *et al.*, 2017); e criação de intervenções baseadas em engajamento com propósito e significado (Ferrini & Ferrini, 2008).

A formulação de cuidados centrados no indivíduo é um dos caminhos na promoção da qualidade dos cuidados institucionais, convidando o residente e a equipe a cooperarem na integralidade do cuidado (Salmazo-Silva & Gutierrez, 2013). O paradigma busca melhorar a qualidade de vida e o cuidado, de forma holística, ancorada em abordagem biopsicossocial, com tratamento individualizado e humanizado, pois o foco está na pessoa (Poey *et al.*, 2017; Scales *et al.*, 2017).

Em revisão integrativa da literatura de 28 estudos publicados entre 2009-2019, Mendes *et al.* (2020) observaram que a abordagem dos cuidados centrados no indivíduo residia na comunicação, humanização do cuidado, direcionamento das atividades centradas nos residentes, preservação da dignidade e manutenção da autonomia e processos de decisão relativos aos cuidados diários no cotidiano institucional.

Du Troit *et al.* (2019) detectaram que pessoas com demência moderada a avançada que viviam em ILPIs corriam o risco de privação das atividades. O cuidado na pessoa foi adotado como princípio norteador na prestação de cuidados a idosos com demência. Os autores observaram que houve mudança na prática da terapia ocupacional ao conduzir o desempenho das atividades no envolvimento significativo. Embora o envolvimento significativo e o cuidado centrado na pessoa tenham sido bem pesquisados, a relação entre os dois conceitos é pouco compreendida (Du Troit *et al.*, 2019).

Na literatura, a operacionalização dos cuidados no indivíduo solicita uma série de medidas, como sensibilização da equipe, execução de processos de negociação e melhor comunicação com a pessoa idosa, além da flexibilidade ou capacidade institucional de quebrar os modelos de cuidados institucionais (horários e regras para toda a instituição) (Mendes *et al.*, 2020; Salmazo-Silva e Gutierrez, 2018). Necessidades, preferências e demandas dos idosos seriam mais bem acolhidas.

Um dos modelos utilizados na literatura é do Eden Alternative, descrito por Ferrini & Ferrini (2008) e sistematizado no Quadro 1. O cuidado centrado na pessoa envolve a valorização ambiental; oportunidades de estimulação e participação social; processos de liderança e gestão; compartilhamento de decisões; empoderamento da equipe. Além da adoção do cuidado mais individualizado, para diminuir os elementos que, segundo o Eden Alternative, corroem o cotidiano dos idosos que vivem nas ILPIs, como tédio, solidão e falta de amor (Brownie & Nancarrow, 2013; Salmazo-Silva & Gutierrez, 2013).

Quadro 1. Modelo de cuidado institucional x centrado no indivíduo

Componente	Modelo institucional	Cuidado com a pessoa
Animais	Sem animais ou visitas breves	Parte da experiência
Plano de cuidado	Focaliza-se nos problemas do idoso e nas tarefas que precisam ser feitas	Pode contar com a participação do idoso, usando estratégias facilitadoras (vídeo, estudo de caso). Centra-se nos potenciais do sujeito e envolve diferentes membros para sua efetivação.
Ambiência	Padronização dos ambientes, sem diferenciação de cores, objetos e locais	Personalização dos ambientes, com cores diferenciadas e acessibilidade
Equipe	Alta rotatividade Profissionais pouco envolvidos (não se envolvem)	Grupo de idosos permanente. Relações significativas Profissionais compromissados
Orientação da equipe	Trabalho orientado principalmente pela tarefa	Trabalho orientado pelas relações humanas
Responsabilidades	Administração centralizada (administrador toma sozinho a maior parte das decisões)	Administração participativa (toda a equipe é responsável pelo cuidado e desempenha papel fundamental nos processos de decisão)
Família	Pouco incentivada a participar; empenha-se somente em questões práticas e culpabiliza o serviço por eventuais danos aos idosos; Expressa culpa, ressentimentos, e não é escutada pela equipe.	É convidada a ser corresponsável pelos cuidados, oferecendo apoio emocional, instrumental e social. Convidada a reatar laços com os idosos.
Transições	Ausência de cerimônias, comemorações mensais (feitas no mês)	Aniversários comemorados individualmente Acolhimento e recepção de novos idosos Ritualização das mortes. Simbolização das perdas e das mudanças no ambiente

Fonte: Salmazo-Silva e Gutierrez (2013), adaptado de Ferrini e Ferrini (2008)

O cuidado centrado no indivíduo tende a crescer no cenário dos cuidados de longa duração (Elkman *et al.*, 2011, Brownie e Nancarrow, 2013, Poey *et al.*, 2017, Hermer *et al.*, 2018), especialmente após algumas evidências que indicaram que a sua aplicação se traduz em maior qualidade de vida dos residentes, diminuição de alguns indicadores de insatisfação dos profissionais e melhor qualidade do cuidado em comparação com as instituições que não o aplicam na prática (Poey *et al.*, 2017).

Em revisão sistemática da literatura dos anos de 1995 a 2012, Brownie e Nancarrow (2013) analisaram nove estudos que documentaram o impacto dos cuidados ao indivíduo no contexto das ILPIs, sendo apenas um estudo ensaio clínico randomizado e a maioria de delineamento quase experimental, envolvendo pré e pós-teste (quatro com grupo controle). Observou-se grande variabilidade metodológica, inviabilizando comparações diretas em função das diversas populações e medidas de desfecho utilizadas. Apesar disso, os autores observaram que os cuidados centrados no indivíduo diminuíram o tédio e o desamparo relatado pelos residentes no modelo do Eden Alternative, e aumentaram a satisfação relacionada ao trabalho da equipe profissional. Um desfecho negativo foi o aumento da prevalência de quedas nos idosos, indicando que a aplicação do modelo deve ser vista com cautela.

Conforme Brownie e Nancarrow (2013), os cuidados fixam-se em entraves, como garantir a segurança e o suprimento das necessidades fisiológicas antes das relacionadas à interação social e convivência, e/ou restringindo os cuidados apenas aos primeiros elementos por limitações relacionadas à formação. A deficiência na formação está ligada às expectativas dos profissionais, pois esperam que o idoso seja mais dependente, porém muitas vezes inexiste a estimulação para preservar a autonomia e a independência (Baltes, 1996). Ainda pode existir falta ou escassez de recursos humanos, materiais, físicos e financeiros ao prover cuidados, sendo o cuidado institucionalizado o único possível (Salmazo-Silva e Gutierrez, 2018).

Devem ser avaliados os fatores que predispõem às práticas relacionadas aos cuidados centrados no indivíduo e de que modo podem ser modificadas ou não (Elfstrand Corlin, Kajonius e Kazemi, 2017; Jansson, Savikko e Pitkälä, 2018), e os entraves à aplicação.

Em estudo recente, Poey *et al.* (2017) investigaram 6214 residentes entre 2013-2014 e 5538 entre 2014-2015 de ILPIs norte-americanas que haviam efetivado o cuidado centrado no indivíduo de forma plena, parcial, ou que não o haviam implantado. O modelo testado pelos autores foi elaborado no âmbito do Departamento de Serviços de Envelhecimento e Deficiências do Kansas (KDADS), em colaboração com o Centro de Envelhecimento da Kansas State University (KSU), denominado PEAK 2.0. Tratou-se de um programa desenvolvido no Contexto do Medicaid dos Estados Unidos, com oferta de capacitações para instituições e gestores, encontros sistemáticos de formação

e acompanhamento com cinco níveis e três grandes componentes: desenvolvimento, domínio e manutenção. São trabalhados no PEAK 2.0 cinco domínios: fundação (liderança, educação, mudanças e trabalho em equipe); escolhas dos residentes (alimentação, sono, tomar banho e rotinas diárias); empoderamento da equipe (relacionamentos, processo de decisão dos cuidados aos residentes, processo de trabalho em equipe e plano de carreira); ambiente doméstico (escolha dos quartos e uso do espaço) e propósito de vida (necessidades espirituais e envolvimento com a comunidade).

Após controlar os dados por características dos serviços, Poey *et al.* (2017) perceberam que as instituições com maior número desses cuidados apresentavam residentes com maiores indicadores de qualidade de vida e melhor avaliação de qualidade organizacional do cuidado. Nas instituições que haviam iniciado as atividades nesse modelo de cuidado, indicadores de qualidade organizacional dos serviços, como alimentação, mostraram-se superiores às que não o haviam efetivado. E elevados níveis de satisfação foram observados nas instituições com maior tempo de execução.

Posteriormente, Hermer *et al.* (2018) ressaltaram que em instituições mais avançadas no programa, os residentes apresentaram menor prevalência de sintomas depressivos, lesões por pressão, uso de contenção física e cateteres internos do que as instituições no ciclo de desenvolvimento. Em conjunto, os dados mostraram que a humanização dos cuidados é possível, especialmente se conjugada com intervenções bem delineadas e tecnicamente fundamentadas, que invariavelmente se pautam no plano de necessidades, recursos e limites das instituições.

Desafios e perspectivas

No Brasil, há um caminho longo a percorrer, especialmente se se considerar que a discussão sobre a humanização dos cuidados nas ILPIs é bastante recente (duas décadas). Essa modalidade de cuidados solicita intervenções a curto, médio e longo prazos, com vistas a ampliar as oportunidades de educação aos profissionais que atuam com os idosos, criar instrumentos sensíveis à avaliação dos cuidados ofertados, sensibilizar a sociedade e os representantes do poder público para a criação de políticas públicas, estudos e pesquisas sobre o tema (Salmazo-Silva e Gutierrez, 2018). Destacam-se nesse âmbito os seguintes desafios: a) pouca articulação das políticas de assistência social e de saúde no contexto dos idosos institucionalizados. Trata-se de população com elevada complexidade de saúde e vulnerabilidade social, o que solicita a atuação de equipes multiprofissionais para reduzir a fragilidade e atuar na promoção da qualidade de vida; b) necessidade de atualizações dos dispositivos técnicos e legais a respeito da assistência gerontológica nas instituições, de modo a considerar: 1) variabilidade das instituições quanto ao modelo de trabalho, estrutura organizacional, ambiência, recursos humanos e financeiros; 2) uso de indicadores de

monitoramento e avaliações dos residentes, como satisfação, bem-estar e saúde dos residentes; rotatividade e saúde dos profissionais; notificação dos eventos adversos; e tipos de encaminhamentos; c) estigmas e variabilidade de como a institucionalização é vivenciada.

Destaca-se ainda a importância da participação do paciente no planejamento do seu cuidado, mesmo quando possuir comprometimento. Para alcançar essa participação se exige a elaboração do planejamento avançado de cuidados em ILPI, utilizando-se abordagem voltada ao autocuidado (Saevareid *et al.*, 2019).

No contexto das pesquisas é essencial ainda conhecer a realidade dos recursos humanos que trabalham nas ILPIs, seu papel, exigências e competências com vistas a subsidiar intervenções educativas, gerenciais e sistêmicas que promovam algum impacto na qualidade da assistência (Salmazo-Silva e Gutierrez, 2013; Salmazo-Silva e Gutierrez, 2018; Van Stenis, van Wingerden e Kolkhuis Tanke, 2017).

Se as organizações estão comprometidas com a prestação de cuidados centrados na pessoa, o atendimento deveria ser organizado de maneira a permitir que os gerentes estejam presentes nas unidades, decretar essas estratégias e liderar o atendimento centrado na pessoa (Backman *et al.*, 2019). Contudo, o cuidado centrado na pessoa deve responder às necessidades dos idosos em cuidados prolongados. É fundamental a prestação de cuidados de saúde colaborativos e de alta qualidade (Kelly *et al.*, 2019).

Imprescindível a atuação de profissionais especializados na gestão dos equipamentos, como bacharéis em Gerontologia, articulados ao empenho e atuação de estudiosos, especialistas e acadêmicos. Será possível qualificar as ferramentas de gestão e tomadas de decisão nas ILPIs brasileiras para serem alternativas viáveis de moradia na velhice.

Referências Bibliográficas

1. ALCÂNTARA, R.K.L. ***et al***. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos institucionalizados. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, vol.13, n.3, p.674-9, 2019. doi:10.5205/1981-8963-v13i03a237384p674-679-2019
2. BACKMAN, A. et al. Person-centred being and doing: Leading towards person-centred care in nursing homes as narrated by managers. **Journal of Clinical Nursing**, vol. 29, n.1-2, p.172-183, 2020. doi: 10.1111/jocn.15075.
3. BALTES, M. The many faces of dependency in old age. Nova York: Cambridge University Press, 1996.
4. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2005). Diretoria Colegiada. Resolução Anvisa/DC n.283, de 26 de dezembro de 2005, Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.58-59. Recuperado em 13 de maio, 2020, de http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df

5. BROWNIE, S.; NANCARROW, S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. **Clinical Interventions in Aging**, v.8, p.1–10, 2013. doi: 10.2147/CIA.S38589
6. CAMARANO, A. A; KANSO, S. Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V., PY, L., CANÇADO, F. A. X., DOLL, J. e GORZONI, M. L. (Org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. Cap.5, p. 141-164.
7. CAMARANO, A. A. **Cuidados de Longa Duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, 2010.
8. CAMARANO, A. A. ***et al***. As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (Org.) **Cuidados de Longa Duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, 2010, cap.7, p.187-211.
9. CHRISTOPHE, M. e CAMARANO, A. A. Dos asilos às instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos. In: CAMARANO, A.A. (Org.) **Cuidados de Longa Duração para a população idosa*:*** um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, 2010, cap.5, p.145-162.
10. CORNALLY, N. ***et al***. Evaluating the systematic implementation of the 'Let me Decide' advance care planning programme in long term care through focus groups: staff perspectives. **BMC Palliative Care**, vol. 3, p.14-55, 2015. doi: 10.1186/s12904-015-0051-x.
11. DU TOIT, S. H. J.; SHEN, X.; MCGRATH, M. Meaningful engagement and person-centered residential dementia care: A critical interpretive synthesis. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, vol. 26, n. 5, p. 343-355. doi: 10.1080/11038128.2018.1441323
12. DUARTE, Y.A.O. Estudo das condições sociodemográficas e epidemiológicas dos idosos residentes em ILPIs registradas no Censo SUAS. **Apresentação Técnica**, 2018. https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/22/resultados-residentes.pdf
13. EKMAN, I. ***et al***. Person-centered care – Ready for prime time. **European Journal of Cardio-vascular Nursing**, vol. 10, p. 248-251, 2011. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008.
14. FERREIRA, L.L. et al. Perfil sociodemográfico de idosos institucionalizados com e sem doença de Alzheimer. **Journal of Health Science Institute**, vol. 32, n. 3, p. 290-293, 2014. https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/03_jul-set/V32_n3_2014_p290a293.pdf
15. FERRINI, A. F., FERRINI, R. L. **Health in the later years.** (4ª ed.). Boston, EUA: The McGraw-Hill Companies, Inc, 2008.
16. KELLY, F. et al. Older adults' views on their person-centred care needs in a long-term care setting in Ireland. **British Journal of Nursing**, vol. 28, n. 9, p. 552-557, 2019. doi: 10.12968/bjon.2019.28.9.552.
17. GÜTHS J. F. S. Perfil de idosos institucionalizados no litoral norte gaúcho. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol. 20, n. 2, p.175-185, 2017. doi: 10.1590/1981-22562017020.160058

18. HERMER, L. et al. The Kansas PEAK 2.0 Program facilitates the diffusion of culture-change innovation to unlikely adopters. **Gerontologist**, vol. 58, n. 3, pp. 530-539, 2018. doi:10.1093/geront/gnw210

19. HUSEBO, B. S. ***et al***. COSMOS - improving the quality of life in nursing home patients: protocol for an effectiveness-implementation cluster randomized clinical hybrid trial. **Implementation Science**, vol. 10, n.131, 2015. doi: 10.1186/s13012-015-0310-5.

20. JAVIER JEREZ-ROIG, J.; SOUZA, D. L. B.; LIMA, K. C. Incontinência urinária em idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol. 16, n. 4, p. 865-879, 2013. doi:10.1590/S1809-98232013000400020

21. LOW, L. F. et al. A systematic review of interventions to change staff care practices in order to improve resident outcome in Nursing Home. **Plos One**, 0140711, 2015. doi:10.1371/journal.pone.0140711

22. MENDES, C. P. G. ***et al***. Cuidado Centrado no Indivíduo Idoso Institucionalizado: Revisão integrativa da literatura. **Relatório de Iniciação Científica.** Universidade Católica de Brasília, 2020.

23. MORLEY, J. et al. International Survey of Nursing Home Research Priorities. **Journal of the American Medical Directors Association**, vol. 15, n. 5, p. 309-312, 2014. doi:10.1016/j.jamda.2014.03.003.

24. POEY, J. L. et al. Does Person-Centered Care Improve Residents' Satisfaction With Nursing Home Quality? **Journal of the American Medical Directors Association**, vol. 18, n. 11, p. 974-979, 2017. doi:10.1016/j.jamda.2017.06.007

25. SALMAZO-SILVA, H.; GUTIERREZ, B. A. O. Cuidados de longa duração na velhice: desafios para o cuidado centrado no indivíduo. **A Terceira Idade**, vol. 24, p. 7-17, 2013.

26. SALMAZO-SILVA, H.; GUTIERREZ, B. A. O. A educação como instrumento de mudança na prestação de cuidados para idosos. **Educar em Revista**, vol. 34, p. 283-296. de doi:10.1590/0104-4060.54049.

27. SANTOS, C. C. N.; SALMAZO-SILVA, H.; GUTIERREZ, B. A. O. Os cuidados de longa duração e a percepção de idosos institucionalizados sobre velhice, velhice bem-sucedida e qualidade da atenção. **Revista Kairós - Gerontologia**, vol. 20, n.3, p.151-178, 2017. Doi: 10.23925/2176-901X.2017v20i3p151-178

28. SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Frente Nacional de Fortalecimento das Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Relatório Técnico**, 2020. https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Relat%C3%B3rio.pdf

29. SCALES, K. ***et al***. Person-Directed Care Planning in Nursing Homes: Resident, Family and Staff Perspectives. **Journal of Applied Gerontology,** 1-26, 2017. doi: 10.1177/0733464817732519

30. SAEVAREID, T. J. L. et al. Improved patient participation through advance care planning in nursing homes-A cluster randomized clinical trial. **Patient Education and Counseling**, vol.102, n.12, p.2183-2191. doi: 10.1016/j.pec.2019.06.001

31. SOUZA, E. R. ***et al***. O idoso sob o olhar do outro. In: MINAYO, M.C.S e COIMBRA Jr., C.E.A. **Antropologia, saúde e envelhecimento.** Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2002, p.191-209.

32. TANAKA, K. ***et al***. Burnout of Long-term care facility employees: Relationship with employees´ expressed emotion toward patients. **International Journal of Gerontology**, vol.9, n.3, p.161-165, 2015. doi: 10.1016/j.pec.2019.06.001

33. TOLSON, M. et al. Advancing Nursing Home Practice: The International Association of Geriatrics and Gerontology Recommendations. **Geriatric Nursing**, vol. 32, n. 3, p. 195-197, 2011. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2011.03.001

34. TU, Y-C. et al. (2006). Relationship between perceived empowerment care and quality of life among elderly residents within nursing homes in Taiwan: a questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, v.43, p.673-680, 2006. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.10.003

35. VAN STENIS, A. R.; VAN WIGERDEN, J.; TANKE, I. K. The Changing Role of Health Care Professionals in Nursing Homes: A Systematic Literature Review of a Decade of Change. **Frontiers in Psychology**, vol. 8, n. 2008, 2017. doi: 10.3389/fpsyg.2017.02008

36. VOLPINI, M. M. e FRANGELLA, V. S. Avaliação nutricional de idosos institucionalizados. **Einstein**, vol. 1, n. 1, p. 32-40, 2013. doi: 10.1590/S1679-45082013000100007

37. YASOBANT, S. Comprehensive public health action for our aging world: the quintessence of public health policy. **Journal of International Medical Research**, vol. 46, n.2, p. 555–556, 2018. doi: 10.1177/0300060517718452

Gestão em serviços de moradia para idosos: Uma vivência de desafios e decisões

Rachel Vainzoff Katz, Anny Caroline dedicação

Introdução

Moradia é um direito humano universal, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 1948), e não diz respeito apenas a um teto e quatro paredes. O direito à moradia digna faz parte dos direitos sociais do cidadão, consolidados na Constituição Federal de 1988 (Brasil,1990). A estrutura social do país ainda faz com que as necessidades habitacionais da população sejam expressivas. A partir das bases do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2018), nota-se que a demanda por moradia se origina em situações bastante diversas. Como está a população que dispõe de domicílio, porém insatisfatório, e por isso demanda nova moradia, além das que vivem em situação habitacional precária, em barraco, na rua ou mesmo em assentamento informal? Tendo em vista se tratar de problema que extrapola o recorte institucional administrativo de um município, a política habitacional na cidade deve estar alinhada às políticas nacionais e estaduais (Prefeitura de São Paulo, 2016).

Com o rápido envelhecimento demográfico e marco de constante urbanização, ocorre um número cada vez maior de pessoas que estão envelhecendo nas zonas urbanas. Não há moradia e serviços acessíveis, ao passo que grande número de pessoas também está envelhecendo em solidão nas zonas rurais e fora do ambiente tradicional da família. Alguns idosos continuam vivendo em casas que não podem manter depois que seus filhos deixaram o domicílio familiar ou da morte do cônjuge (ONU,2002).

Inúmeros idosos com parcial ou total dependência funcional apresentam dificuldades de locomoção e problemas de saúde, residindo em precárias moradias - cortiços, pensões e/ou apartamentos deteriorados, insalubres, sem manutenção e em péssimas condições de higiene. É significativo o número de idosos que residem sós, isolados, sem vínculos afetivos, pela falta de parentes vivos ou abandono familiar, e com ausência de vínculos comunitários, tornando-se situação alarmante quando acamados ou apresentam transtornos mentais e/ou demências avançadas.

A não garantia de acesso oportuno e integral da assistência à saúde (ambulatorial, hospitalar, atendimento domiciliar etc.), a insuficiência de vagas em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), entre outros serviços, são constantes e impactam a qualidade de vida da parcela da população.

O quadro acima revela a necessidade de amplo diálogo político e social com poderes públicos, redes de serviço e sociedade civil sobre os problemas

voltados aos idosos, principalmente dependentes, fragilizados e em vulnerabilidade e/ou risco pessoal e social.

Alcançar o envelhecimento com qualidade e estar ao mesmo tempo amparado por uma rede de cuidados são desafios para estudiosos e gestores de serviços públicos e privados. Segundo Camarano (2011), a elevação da expectativa de vida da população idosa, com o aumento expressivo de idosos que alcançaram a quarta idade (75 anos e mais) e dos centenários, tem relação direta com mudanças nos cenários de saúde pública. Requer a população com maior investimento em cuidados de longa duração e políticas públicas que visem cuidados de qualidade para idosos independentes, dependentes e aqueles que vivem sós, sem apoio social, devido ao menor suporte da família ou do território.

É preciso que a reflexão sobre o tema, restrita ainda a pequenos espaços, seja socializada, a fim de criar alternativas de atendimento que possibilitem a melhoria no cuidado e na inclusão social. Com isso, diminuirão os efeitos da dependência, criando condições mais dignas, mantendo a pessoa idosa em seu meio social e prorrogando a sua institucionalização.

Com o crescimento acentuado da população acima de 80 anos, os agravos crônicos ou que necessitam de cuidados de longa duração surgem aliados às mudanças nos arranjos familiares, no papel social da mulher, viuvez, desejo de manter sua privacidade e liberdade. Muitas vezes acham que atrapalhariam os filhos na rotina do dia, demandando arranjos de moradia diferenciados, para se manter funcionalmente independentes o máximo de tempo possível, ou procuram moradia como as ILPIs, para viver essa fase da vida. As ILPIs ainda sofrem preconceito e imagem negativa, como se adentrassem e esperassem apenas a morte chegar.

Estamos reforçando neste texto que a educação problematizadora desmistifica. Propõe refazer o mundo, ou seja, ver sob vários ângulos as razões de como estão sendo no mundo (Freire, 2005). Somos diferentes a cada encontro e a cada instante. Precisamos rever os tabus em relação às moradias e reconstruir conceitos por meio de informações e pensamento crítico.

A manutenção do bem-estar, privacidade e autonomia em morar sós esbarra em questões como limitações físicas, mentais, desafios e considerações da família. Sempre que possível, as vontades e decisões do idoso devem prevalecer. O apoio ou suporte social do território que auxilie o cuidar é fundamental. Devem ser repensadas as políticas públicas.

O arranjo de moradia refere-se ao número de pessoas que integram uma unidade familiar e relações geracionais existentes entre elas. Nos últimos anos, as características e os fatores determinantes dos arranjos de moradia dos idosos são objeto de grande número de estudos, pois apresentam implicações importantes para o bem-estar e interação social. Podem moldar a exposição dos idosos aos fatores de risco e proteção à saúde (Oliveira, 2019).

Diversos estudos demonstram que a residência de idosos com outros membros da família está condicionada a alguns fatores, como cultura, condições de saúde do idoso, rede de suporte social e situação econômica. Os estudos refletem ampla diversidade na formação dos arranjos de moradia de acordo com esses fatores (Cantu & Angel, 2017).

No Brasil, os cuidados concedidos aos idosos ficam sob responsabilidade da família (Brasil, 2003). Com os novos rearranjos familiares, a inserção das mulheres, tradicionalmente relacionadas à prestação de cuidados, no mercado de trabalho, o envelhecimento populacional e mudanças socioeconômicas, o estado e organizações privadas passam a dividir com a família os cuidados prestados. Uma das alternativas ao cuidado de longo prazo e resposta a demandas da sociedade são as ILPIs (Brasil, 2005; Camarano, 2010).

As ILPIs são instituições de características residenciais, governamentais ou não governamentais, com o intuito de promover atenção integral ao idoso, com ou sem suporte familiar (Brasil, 2005).

Historicamente, as ILPIs se originam relacionadas a asilos de caridade religiosa, direcionadas a pessoas idosas com dificuldades financeiras e ausência de moradia, sem políticas públicas regulamentadoras. Apresentam características associadas ao suporte social e condições sanitárias. Mas com o aumento da expectativa de vida, houve aumento de busca por ILPIs. As alterações advindas do processo de envelhecimento, declínios físicos e cognitivos obrigaram, além do suporte social, serviços de assistência em saúde e normas regulamentadoras (Brasil, 2005; Pinto & Sinsom, 2012).

Tendo em vista que o envelhecimento populacional é realidade crescente, a última projeção de população de 2018 pelo IBGE mostrou que 9,2% da população possuem 65 anos ou mais, e que em 2060 o percentual alcançará 25,5%, ou seja, 58,2 milhões de idosos no Brasil (IBGE, 2018).

Globalmente, outra parcela da população que aumenta significativamente são os idosos muito idosos, população com 85 anos ou mais, que crescerá 351% entre 2010 e 2050. A consequente transição epidemiológica revela que em 2050 teremos no mundo 115 milhões de pessoas com demência (Global Health and Aging – WHO, 2011). Será um cenário de atuação profissional em grande ascensão e repleto de oportunidades, pois essa população precisa de cuidados qualificados e específicos.

Não apenas o envelhecimento populacional, mas fenômenos como globalização, terceirização, novos modelos de gestão, avanços tecnológicos, crescimento do desemprego e automação da produção provocam significativas mudanças nas organizações e para o trabalho. Contexto em que é exigida a qualificação constante dos profissionais, protagonistas indispensáveis ao processo de desenvolvimento e sustentabilidade das organizações e qualidade no atendimento à população (Mourão, 2009).

Não há dúvida que um novo olhar é dado à questão da qualificação profissional no Brasil. As organizações sofrem pressões por competitividade, e a qualificação da equipe de trabalho é um dos diferenciais na luta pela sobrevivência ou busca de ofertar produtos e serviços de qualidade (Mourão, 2009).

Trabalhar com idosos é tarefa extremamente gratificante e recompensadora, mas exige ampla gama de habilidades e conhecimentos essenciais. Percebemos na nossa prática diária que muitos profissionais da área da saúde, recém-egressos da graduação, não apresentam competências mínimas para atuar holisticamente na saúde dos idosos. Alguns profissionais não entendem os próprios papéis como agentes transformadores e desconhecem o potencial que possuem. Fazer por fazer, determinado pelo processo de trabalho alienante, sem a intencionalidade da transformação, não favorece a mudança na atenção ao idoso (Nogueira & Baldissera, 2018).

Compartilha-se aqui a experiência de contratação de equipe para o serviço. Pensa-se que o ideal seria inicialmente conversar com as pessoas, independentemente de avaliar o currículo. A avaliação foi a atitude perante um idoso - deu-se prioridade a quem já tivesse o contato, cuidando de um familiar ou mesmo dos próprios pais. Em seguida, ouvíamos as histórias pessoais, tentando entender e conhecer sobre o profissional que, muitas vezes, não tinha currículo extenso, mas mostrava-se bem-intencionado, disposto e empático com a causa do envelhecimento. Começamos revendo o que tínhamos como conceito do que é ser idoso e como cada um compreendia o serviço em que estava inserido. A história era uma reflexão e a possibilidade de mais um profissional em nossa equipe. Agregando e construindo políticas públicas, voltadas à população que tem muito a contribuir.

Identificamos que seria essencial o uso de estratégias adequadas para favorecer a assimilação do conhecimento, desenvolvimento de habilidades e incorporação de valores. Para favorecer a aprendizagem dos profissionais nessas áreas, na formação profissional ou educação permanente.

A educação permanente em serviços da saúde e da assistência social mostra-se estratégia potente para reflexão da prática profissional, no ensino e nos serviços. É espaço de elaboração de proposições de mudanças (Damaceno, Chirelli & Lazarini, 2019). Houve constantes reciclagens e engajamento entre as equipes de diferentes serviços, trabalhando a causa como fator principal de sensibilização.

Ter conhecimentos básicos sobre os aspectos gerontológicos e seu impacto físico, emocional, psicológico e social foi fundamental para o profissional compreender desafios e oferecer o melhor suporte. O profissional precisa se reconhecer como responsável, peça fundamental e de extrema relevância para oferecer ao idoso a melhor experiência dentro do contexto em que se encontra.

Foram identificadas constantes trocas de saberes entre os diferentes profissionais e os idosos. O momento do acolhimento e da escuta faz a diferença durante o dia nos serviços. Os profissionais começam a entender o idoso a partir do olhar, o que e para que cada atividade acontece, pratica o falar e principalmente o ouvir.

Souza & Souza (2009) relataram que a prática da interdisciplinaridade exige intensa articulação entre os especialistas e interação real das disciplinas. Em relações de interdependência e conexões recíprocas, horizontalização de saberes, o que não deve ser confundido com simples trocas de informações.

Muitas vezes não é sobre o cuidado, mas sobre como chega e é percebido na pessoa, e o que fará, o que de melhor pode ser oferecido. Quanto mais simples e assertiva for a informação mais o idoso a captará.

O incentivo é que o cuidado seja centrado na pessoa idosa, de preferência as escolhas das atividades rotineiras ou esporádicas construídas em conjunto com a equipe e o idoso. O cuidado contínuo, integral e em rede - acompanhamento e gestão.

A Organização Mundial da Saúde orienta que os profissionais envolvidos no processo de envelhecimento tenham como propósito principal otimizar a capacidade intrínseca e a funcionalidade do idoso. Independentemente do contexto no qual se encontram inseridos, devem estar atentos às oportunidades de prevenção e promoção de saúde. Além de exercer impacto positivo na qualidade de vida de idosos, familiares e cuidadores, são atividades geralmente simples, de baixo custo, e que podem reverter, reduzir ou lentificar incapacidades (World Health Organization, 2017). Manter a saúde da pessoa idosa é investimento no capital humano e social.

O princípio do cuidado centrado na pessoa idosa da OMS incentiva considerar que o idoso é muito mais do que limitações e problemas de saúde. Todas as pessoas, de qualquer idade, são indivíduos com experiências únicas, necessidades e preferências. Em intervenções multiprofissionais, gerenciamento de doenças crônicas, autocuidado, corresponsabilização e suporte social, o profissional assume papel gerenciador, empoderando o idoso/familiar/cuidador, tornando-o protagonista em seus objetivos, facilitando a integração do cuidado (World Health Organization, 2017).

A disponibilidade do cuidado e apoio social é crucial para garantir vida digna e significativa. Facilitar o acesso à participação na comunidade, evitar isolamento e solidão, fornecer auxílio na segurança financeira, combater o abuso, a violência, e incentivar a participação em atividades que tornem a vida significativa é essencial para a qualidade de vida da pessoa idosa.

Para isso, é fundamental que dentro das possibilidades, idoso e familiares, estejam totalmente envolvidos nas tomadas de decisão e definição dos

objetivos para priorizar, de acordo com as vontades, necessidades e preferências em seu plano individual de cuidado.

A equipe multiprofissional cabe auxiliar na identificação de prioridades e objetivos, entender e respeitar necessidades, valores, preferências e desejos dos idosos e de sua família, individualizando o cuidado.

Um plano de cuidados individualizado deve conter estratégias para reverter, reduzir ou prevenir futuros declínios, com o objetivo central de diminuir a dependência do cuidado. Objetivos a curto, médio e longo prazo para manter o idoso engajado e motivado tiram o foco do resultado nas condições médicas/clínicas e se voltam a questões mais valorosas e significativas.

Nos casos de declínios cognitivos, que limitam a autonomia e a independência, deve haver maiores cuidados e apoios sociais. O profissional envolvido no cuidado pode auxiliar o plano de atividades diárias que incentive a funcionalidade com adaptações e desenvolvimento de habilidades para minimizar a necessidade de auxílio.

O cuidado centrado na pessoa se contrapõe aos tradicionais métodos baseados nas doenças, mantido por relações colaborativas entre todos os envolvidos no cuidado ao idoso e familiares. Oferece ao idoso os direitos básicos, fundamentais e dignos, além de garantir a qualidade dos serviços prestados.

A abordagem do Cuidado Centrado na Pessoa Idosa (Icope) da OMS (2017) é guiada por quatro princípios:

1. Devem ser concedidos aos idosos os mesmos direitos humanos básicos oferecidos a todas as pessoas, inclusive o direito a melhor possibilidade de saúde.
2. Devem ser concedidas ao idoso oportunidades igualitárias de atingir o envelhecimento saudável, independentemente do status econômico ou social, local de nascimento e moradia ou outros fatores sociais.
3. O cuidado deve ser oferecido com equidade e sem discriminação por gênero, idade e etnia.
4. Os sistemas sociais e de saúde precisam estar integrados aos objetivos dos idosos, que podem variar ao longo do tempo.

A necessidade de cuidados complexos e multifatoriais do idoso exige atuação integrada da equipe multiprofissional, um processo complexo, no qual diferentes categorias profissionais devem atuar em conjunto, compartilhando conhecimentos, expertises e habilidades.

Embora tenha aumentado a preocupação sobre o trabalho interdisciplinar nos últimos tempos, ainda há pouca evidência sobre efetivar o trabalho integralmente. A dificuldade é composta por diversos motivos, como mix de habilidades, competências e personalidades, organização do serviço,

relações interpessoais, diferentes áreas de formação, atuação e gerenciamento do sistema (World Health Organization, 2019).

Concordamos que a força de trabalho precisa ser reestruturada para atender às novas demandas e se integrar às mudanças organizacionais de valores e com novos modelos de serviços. Ainda não há definição correta e objetiva de qual seja a essência que agregue um bom trabalho em equipe, mas o gestor deve sempre incentivar o trabalho colaborativo, além de estabelecer objetivos e metas claras, oferecer apoio, supervisionar, saber ouvir os componentes e acompanhar as ações em atmosfera de confiança e contribuição entre a equipe (Nancarrow, 2013).

Algumas características profissionais e princípios foram elencados como fundamentais para se desenvolver um "bom trabalho em equipe". Entre elas estão a comunicação assertiva, postura respeitosa e de entendimento sobre os diferentes papéis de atuação dos profissionais envolvidos no cuidado, foco na qualidade do serviço prestado, transparência, flexibilidade, liderança, apoio entre os membros da equipe, definição do plano de trabalho, características pessoais, reconhecimento, incentivo e oportunidades de desenvolvimento profissional. O *feedback* e a educação continuada são excelente ferramenta do gestor para a melhoria do cuidado e dos processos de trabalho (Nancarrow *et al.*, 2013).

Entretanto, a sobrecarga dificulta o trabalho educativo entre os profissionais, pois a maior parte do tempo se destina a atender às demandas do serviço (Nogueira & Baldissera, 2018).

A educação continuada e/ou permanente deve oferecer aos profissionais conhecimentos diversos, incorporando outros saberes que o habilitem na interação com as famílias e reconhecimento das necessidades (Placideli & Ruiz, 2015).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps), instituída em 2004 (Brasil,2004), representa um marco na formação e trabalho em saúde no país. Trata a educação no serviço como o tipo de formação "mais apropriado para produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipe e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais".

A Educação Permanente em Saúde é estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e exigências emanadas do processo de trabalho em saúde. Incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social ao cotidiano do trabalho, para a produção de mudanças. Objetiva a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços. Além do fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, em âmbitos federal, estadual e municipal (Brasil, 2004).

O gestor deve ter em sua equipe pessoas de diferentes áreas, para o estudo social e de saúde, que saibam elaborar plano de atendimento individual com condutas e propostas discutidas com o idoso, efetivar encaminhamentos para a rede de serviços socioassistenciais, de saúde e demais políticas públicas, ampliando o atendimento. Sempre pensando e estimulando a equipe nas oficinas e atividades coletivas de convívio e socialização, proporcionando espaços de reflexão e discussão. O mais importante, de orientação para ampliar e favorecer um envelhecimento digno, autônomo e seguro dentro da moradia escolhida, no incentivar ao convívio, fortalecimento de laços de pertencimento, compartilhamento de experiências, construção de projetos pessoais e valorização de histórias de vida.

Estimulam-se a criatividade e a manutenção da capacidade funcional e atividades de vida diárias (AVDs) em novos conhecimentos e desenvolvimento de habilidades. Auxiliam, portanto, o relacionamento interpessoal, possibilitando aos idosos atitudes cooperativas, comunicativas e pró-ativas, em busca de sua autonomia.

Para a equipe: com base em nossa experiência, percebeu-se que é de extrema relevância o uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais, alinhar governança, gestores e todos os profissionais na busca dos objetivos e melhoria contínua do serviço.

Desafios

Os desafios são muitos, mas se destaca o significado do desenvolvimento de atividades de convívio social, estimulando a participação em atividades na rede pública e privada, quando possível, assegurando o direito à convivência comunitária. Favorecer o surgimento e desenvolvimento de competências, aptidões, capacidades e oportunidades para a sua autonomia.

Desenvolvimento de condições para atividades de vida diária, independência e autocuidado.

Desenvolvimento de atividades que estimulem o fortalecimento dos vínculos familiares (Prefeitura de São Paulo, 2010).

Em reuniões mensais com os idosos, semelhantes às reuniões de condomínios, ouvem-se propostas para grade de atividades e oficinas, além de solicitação para discussões com temas específicos com familiares. A importância de dar voz e visibilidade aos idosos usuários do serviço. São elencadas questões de todos os tipos, pessoais e do grupo, para conflitos serem mediados. A partir disso, percebe-se grande evolução nos serviços, no fortalecimento dos laços de amizades, diminuição dos conflitos entre equipe e idosos e empoderamento, tornando o idoso protagonista em seu processo de envelhecimento.

As situações desafiadoras do trabalho aludem ao aspecto de gestão, sistematização de ações, manutenção, convivência e mediação de conflitos

profissionais e interpessoais, e ainda no que se refere ao paradigma da institucionalização. As perspectivas da atuação em ILPIs correspondem à valorização com inserção profissional nos cenários de atenção, considerando a Gerontologia especialidade emergente no cumprimento dos preceitos legais e com maior incentivo do poder público (Salcher, Portela & Scortegagna, 2015).

Conclusão

As disparidades no acesso aos serviços, as desigualdades socio territoriais e a longevidade fazem com que seja pensada uma cidadania plena em todas as etapas da vida, tornando-se essencial garantir direitos, deveres e equidade a essa faixa etária. E ainda que se mantenham qualidade de vida, autonomia, independência e permanência em seu entorno ou inseridos na família. Em suma, a cidade deve ser a todos acessível e inclusiva.

No Brasil observam-se, de modo geral, avanços na conquista e defesa de direitos sociais. Mais especificamente da pessoa idosa, a Constituição Federal garante os direitos fundamentais baseada na dignidade. São Direitos Sociais, Políticos e Civis regulamentados nas políticas específicas aos idosos, nas três esferas de governo, as quais devem ser efetivadas de maneira geral e intersetorialmente.

A Rede Socioassistencial é política social formada por um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios que compõem o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), prestados diretamente ao cidadão por meio de convênios, em organizações sem fins lucrativos.

Os princípios e diretrizes devem assegurar garantias sociais como Segurança de Acolhida; Segurança de Sobrevivência e Renda; Segurança de Convívio e Convivência, voltados ao atendimento de todos. Pessoas de qualquer idade ou famílias que se encontram em situação de privação, vitimização, exploração, vulnerabilidade, exclusão pela pobreza, risco pessoal e social (Prefeitura de São Paulo,2010).

Atualmente há serviços públicos e privados voltados à pessoa idosa no tema da moradia.

A Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) possui serviços de referência, responsáveis por assegurar a qualidade das ofertas da rede parceira. São compostos por 54 Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), 30 Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), seis Centros POP e uma Coordenação de Pronto Atendimento Social (CPAS) (Romualdo, 2017).

Como consequência da ampliação do olhar para as pessoas e seus diferentes graus de necessidade de proteção social, além da análise de atendimento dos serviços ofertados à população, são apresentadas algumas informações territorializadas angariadas sobre vulnerabilidade e risco sociais.

Referentes a esse grupo etário para ser possível uma visão abrangente dos diversos fatores antes de planejar novas ações.

Vagas para idosos na proteção social básica e proteção especial são ofertadas por quatro tipologias: serviços de fortalecimento de vínculos na modalidade Centros de Convivência do Idoso (NCI), Serviço de Alimentação no Domicílio e Centro de Referência do Idoso (Creci), específicos para pessoas com 60 anos ou mais. E o Centro de Convivência Intergeracional (CCInter), que atende às diversas faixas etárias. Há ainda, na proteção básica, o CRAS, que oferece diretamente o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), e parceria com o Serviço de Assistência Social à Família e Proteção Social Básica no Domicílio (SASF), para famílias. Os idosos são atendidos no PAIF e no SASF, mas a ênfase do trabalho se dá no acompanhamento integral da família.

Na proteção especial são três tipos de oferta de serviços: na proteção social especial de média complexidade existe o Centro-Dia, e na alta complexidade as ILPIs e o Centro de Acolhida Especial para Idosos (CAE). E na proteção especial o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que oferece o serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI). E estabeleceu-se parceria com o Núcleo de Proteção Jurídico Social e Apoio Psicológico (NPJ), para famílias.

Os idosos são atendidos no PAEFI e no NPJ, mas a ênfase do trabalho se dá no acompanhamento de toda a família.

A tabela abaixo refere-se à análise das ofertas de serviços socioassistenciais para pessoas com 60 anos ou mais, existentes no âmbito da Secretaria Municipal de Assistência Social – SMADS, na cidade de São Paulo, em 2018.

prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/documentos%20ju/Estudo%20serviços%20Idosos%20Final.pdf

idosos na cidade de São Paulo.

Tabela 2. Informações sobre a população, vagas e déficit aproximado de atendimento à idosos na cidade de São Paulo.

População de 60 anos ou mais, Censo 2010	1.337.595
CadÚnico de 60 anos ou mais em 2017	273.581
% Idosos no CadÚnico	20,5
BPC Idosos Janeiro 2017	123.573
% Idosos no BPC	9,2
% de idosos com BPC inscritos no CadÚnico	48,0
Vagas NCI	12.910
Vagas CRECI	400
Vagas Centro Dia	480
Vagas CAE Idosos	702
Vagas ILPI	480
Vagas aproximadas ofertadas em CCInter	195
Serviço de alimentação domiciliar para pessoa idosa	180
Total de vagas ofertadas para idosos	15.347
Total de idosos preferenciais para atendimento	337.039
Vagas prioritárias na cidade	321.692

Fonte: IBGE/2010.
SMADS/COVS/SPGeo/2017.
SMADS/COVS/SMagi/2017.
SMADS/CGPAR/dezembro de 2017.

Fonte: Portaria 46/2010/SMADS

Essas variáveis permitem afirmar que a quase totalidade dos distritos da cidade têm necessidade de ampliação da oferta de serviços para essa população.

A segurança de sobrevivência refere-se à garantia de uma renda monetária mínima que assegure a sobrevivência de populações que encontram limitações de rendimento ou autonomia. É o caso de pessoas com deficiência, idosos, desempregados e famílias numerosas ou sem garantia de condições básicas de vida. A segurança de acolhida diz respeito à garantia de provisões básicas, em especial aquelas que se referem aos direitos de alimentação, vestuário e abrigo. Alguns indivíduos, em razão de idade, deficiência, situações de violência familiar ou social, abandono, alcoolismo, entre outras, podem demandar acolhida. A terceira segurança está relacionada à vivência ou ao convívio familiar (IPEA, 2005, p. 32).

A gestão da política de assistência social deve promover ações que permitam ao usuário apropriar-se, ou pôr em prática, a capacidade de iniciativa pessoal e social. E tornar mais fortes as relações no âmbito da família, da vizinhança e das associações coletivas de representação dos interesses, o que o torna conhecido e (re)conhecido em seus lugares de vivência, circulação e atuação pública (Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos).

Por que temos que lutar pelos velhos? São a fonte da qual jorra a essência da cultura, ponto em que o passado se conserva e o presente se prepara. Deve haver espaços e projetos que visem à valorização da fala e da expressão das pessoas idosas. Como dizia Ecléa Bosi, a conversa evocativa de um velho é sempre experiência profunda: "repassada a nostalgia, revolta, resignação pelo desfiguramento de paisagens caras [...] Para quem sabe ouvi-la é desalienadora, pois contrasta a riqueza e a potencialidade do homem criador de cultura com a mísera figura do consumidor atual" (Bosi, 1994).

Vimos, ouvimos tantas histórias, aprendemos que família e nossos laços com o outro são importantes ao longo da vida, a difícil e incansável escolha de tentar fazer sempre o melhor. Choramos com a morte dos que se foram, nos deparamos com experiências frustrantes, sonhos concretizados e famílias desfeitas. Com questões intimamente relacionadas às vulnerabilidades nos diferentes aspectos sociais, financeiros, emocionais, entre outros.

Cabe ressaltar que mesmo sem dados conclusivos, as informações trazidas pelos profissionais e ativistas têm relevância, pois são consequências de experiências individuais e coletivas, mas não substituem dados resultantes de produções científicas.

É essencial saber as condições da ILPI para o cuidado dos idosos, e quais os desafios a serem enfrentados na formação dos trabalhadores para o cuidado (Damaceno, Chirelli & Lazarini, 2019). Os desafios são múltiplos e de ordem diversa. A perspectiva é que, em futuro próximo, exista uma equipe multiprofissional mais homogênea, atendendo à legislação vigente (Salcher, Portela & Scortegagna, 2015).

A adoção de intervenções educativas aliadas às mudanças na cultura organizacional dos espaços seriam as principais frentes para as intervenções institucionais nas ILPIs. Gerariam resultados promissores na prevenção de desfechos negativos como na violência, alta rotatividade e adoecimento de profissionais, e na melhoria na qualidade de vida de todos os atores envolvidos (Silva 2018).

Além disso, ainda é comum a percepção de que a residência em uma ILPI significa ruptura de laços com familiares e amigos. Em geral, acaba-se atribuindo à instituição a responsabilidade por situações de abandono que, de fato, já prevaleciam antes de o idoso chegar a ela. As famílias se tornam menos disponíveis para cuidar dos membros dependentes, e o Estado e o mercado privado terão de se preparar para atendê-los. Devem ser projetados alojamentos e espaços públicos que atendam à exigência de haver moradias compartilhadas e multigeracionais, simultaneamente à renovação dos programas, à mobilização de recursos financeiros e ao desenvolvimento de recursos humanos reivindicados (Camarano, 2010).

Enfim, promover o envelhecimento na comunidade em que se vive, levando devidamente em conta as preferências pessoais e as possibilidades no tocante à moradia acessível para idosos, vincular a moradia acessível a serviços de proteção social para conseguir a integração das condições de alojamento, de assistência a longo prazo e das oportunidades de interação social.

É preciso que a reflexão sobre o tema, restrito a pequenos espaços, seja socializada, para criar alternativas de atendimento que possibilitem a melhoria no cuidado e inclusão social. Assim, minimizar os efeitos da dependência, criar condições mais dignas, manter o idoso em seu meio social e prorrogar a institucionalização. Há diferentes realidades e necessidades.

O abrigamento, alimentação adequada, dignidade e saúde dentro do equipamento são essenciais, mas não suficientes à manutenção do processo de envelhecimento saudável.

Nas moradias públicas ou privadas devem ser oferecidas atividades lúdicas, educativas e de cidadania, para manter a independência e a autonomia dos idosos.

Pensa-se no processo de envelhecimento natural e ativo, seguindo demanda dos próprios residentes em rodas de conversa, atendendo ao art. 49 do Estatuto do Idoso. "A instituição deve adotar programas que incentivem a participação do idoso nas atividades comunitárias". Estabelece-se a programação de atividades externas com o objetivo de ampliar o universo cultural, sentimento de pertencimento social e despertar interesses.

A nova realidade traz uma série de temas e novos problemas a serem superados. Exige reflexão compromissada por parte do poder público e sociedade para buscar soluções que respondam às necessidades básicas das pessoas idosas.

Construir uma sociedade para todas as idades, proporcionar espaços de reflexão, discussão e, o mais significativo, de orientação quanto aos desafios da moradia. Com isso, ampliar e favorecer o envelhecimento digno, em ambiente seguro, confortável, agradável e convidativo a vivenciá-lo com autonomia. E deve promover a socialização e espaços para o idoso refletir - como, quando, de que forma e onde morar, consciente e dentro das possibilidades físicas, cognitivas e financeiras, de forma plena.

Um bom gestor deve garantir que a moradia propicie ao idoso um ambiente favorável à socialização, com ênfase na acessibilidade, prevenção de acidentes e participação ativa nas atividades. Respeitar escolhas, ideias e fala, conscientizando a equipe sobre os benefícios que os espaços planejados proporcionam à qualidade de vida e dignidade na moradia. Representam uma conquista, acrescentando vida a quem está por vir.

Como o trabalho social transforma o mundo em um lugar melhor?

É um desafio fazer do atendimento um ato de transformação. Em qualquer idade temos diversas possibilidades. Um horizonte de escolhas, que dependem intensamente de ambas as partes, idoso e funcionário. Acreditamos que incentivando hábitos saudáveis e comportamentos do idoso e dos que o cercam, transformaremos as pessoas para uma vida com mais qualidade, vislumbrando o futuro e restaurando a autonomia e a independência.

"Somos a memória que temos e a responsabilidade que assumimos. Sem memória não existimos, sem responsabilidade talvez não mereçamos existir", já dizia José Saramago.

Referências Bibliográficas

1. BOSI, Ecléa. Memória e sociedade. Lembranças de velhos. 17. ed. São Paulo: T. A. Queiroz, 1994.
2. BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.4.ed. São Paulo: Saraiva, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 02 nov 2019.
3. BRASIL. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf. Acesso em: 20 nov 2019.
4. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS - Caminhos para Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS; 2004. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf. Acesso em 15 nov 2019.
5. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Diário Oficial da União, nº 186. 27 set. 2005.

Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html. Acesso em: 20 nov 2019.

6. CAMARANO Ana. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro, p. 187-212, 2010. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf. Acesso em: 20 nov 2019.
7. CAMARANO Ana. O Compromisso de Todos pelo Envelhecimento Digno no Brasil. (Conferência Magna). 3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa 2011. Disponível em: http://www.sds.sc.gov.br/index.php/conselhos/cei/conferencias/2492-relatorio-final-versao-cndi/file. Acesso em 02 nov 2019.
8. CANTU, Phillip; ANGEL Jacqueline. Demography of living arrangements among oldest-old Mexican Americans: evidence from the Hispanic Epidemiologic Study of the Elderly. J Aging Health, v 29, n 6, p. 1015-1038, 2017. DOI https://doi.org/10.1177/0898264317727790. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0898264317727790. Acesso em: 15 nov 2019.
9. DAMACENO, Daniela Garcia; CHIRELLI, Mara Quaglio; LAZARINI, Carlos Alberto. A prática do cuidado em instituições de longa permanência para idosos: desafio na formação dos profissionais. **Rev. bras.** geriatr. gerontol., Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, e180197, 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000100206&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 dez 2019. Epub 06-Jun-2019. http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180197.
10. FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
11. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população 2018. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047. Acesso em: 11 out 2019.
12. IPEA. Assistência social e segurança alimentar. Políticas Sociais: acompanhamento e análise repositório. (2005). Disponível em: ipea.gov.br. Acesso em: 02 nov 2019
13. MOURÃO, Luciana. Oportunidades de Qualificação Profissional no Brasil: Reflexões a eflexões a partir de um Panorama Quantitativo partir de um Panorama Quantitativo Panorama Quantitativo. RAC, Curitiba, v. 13, n. 1, art. 8, p. 136-153, Jan./Mar. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rac/v13n1/a09v13n1.pdf. Acesso em 01 dez 2019.
14. NANCARROW Susan, et al. Ten principles of good interdisciplinary team work. Hum Resour Health, v 10, p. 11-19, 2013. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662612/. Acesso em 18 jan 2020. doi: 10.1186/1478-4491-11-19.
15. NOGUEIRA, Iara Sescon; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso: dificuldades e facilidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Esc. Anna** Nery, Rio de Janeiro , v. 22, n. 2,

e20180028, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000200211&lng=en&nrm=iso>. Acesso 18 dez 2019. Epub June 14, 2018. http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0028.

16. OLIVEIRA, Nathalia Alves de et al . Idosos cuidadores em diferentes arranjos de moradia: comparação do perfil de saúde e de cuidado. **Rev. Gaúcha** Enferm., Porto Alegre , v. 40, e20180225, 2019 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100423&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Jan. 2020. Epub July 29, 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180225.
17. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Paris, 1948. Disponível em: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf. Acesso em: 02 nov 2019.
18. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. Madri, 2002. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf. Acesso em: 02 nov 2019.
19. PINTO, Silvia Patricia Lima de Castro; SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes Von. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: sumário da legislação. **Rev. bras.** geriatr. gerontol. , Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 169-174, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000100018
20. PLACIDELI Nadia ; RUIZ Tania. Educação continuada em gerontologia para agentes comunitários de saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. V. 10, n. 36, p. 1-10, 2015. Disponível em: file:///C:/Users/treinamento/Downloads/45-16-PB.pdf. Acesso: 18 dez 2019. http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)948
21. PREFEITURA DE SÃO PAULO. Portaria 46/2010/smads dispõe sobre a tipificação da rede socioassistencial do município de são paulo e a regulação de parceria operada por meio de convênios 2010. Disponível em: https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/31/Documentos/portaria_SMADS_046_2010.pdf. Acesso em 18 dez 2019.
22. PREFEITURA DE SÃO PAULO. Plano Municipal de Habitação. Caderno para discussão pública. 2016. Disponível em: https://gestaourbana.prefeitura.sp.gov.br/wp-content/uploads/2014/08/20161221_PMH_PL_bxa.pdf. Acesso em 02 de nov 2019.
23. ROMUALDO Claudia da Rosa Lima. Implantação dos Centros Dia para Idosos no Município de São Paulo. Trabalho submetido ao 10º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia e 9º Simpósio das Ligas Geriatria e Gerontologia, na cidade de São Paulo (São Paulo/ Brasil), em abril de 2017. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Artigos/Implanta%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Centros%20Dia%20para%20Idosos%20no%20Munic%C3%ADpio%20de%20S%C3%A3o%20Paulo.pdf. Acesso em 02 de fev 2020.

24. SALCHER Eduarda Brum Guedes; PORTELLA Marilene Rodrigues & SCORTEGAGNA Helenice de Moura. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 259-272, 2015. Disponível em: http://www.rbgg.com.br/arquivos/edicoes/RBGG%2018-2.pdf. Acesso em 18 jan 2020. http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14073

25. SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E DIREITOS HUMANOS. Governo do Estado de Pernambuco. Reordenamento do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo (SCFV)"Disponível em: http://portalsocial.sedsdh.pe.gov.br/sigas/suasrh/arquivos/2013/modulo06/recife2/APRESENTACAO_SCFV(1).pdf. Acesso em 18 jan 2020.

26. Silva HS, Gutierrez BAO. A Educação como instrumento de mudança na prestação de cuidados para idosos. Educ Rev v. 34, n. 67, p. 283-96, 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.54049 . Acesso em 18 dez 2019.

27. SOUZA Danyelle Rodrigues Pelegrino de & SOUZA Mariza Borges Brito de. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet], vol 11, n 1, p. 117-23, 2009. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a15.htm. Acesso em 01 dez 2019.

28. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health and Ageing. National Institute on Aging 2011. Disponível em: https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf. Acesso em 01 dez 2019.

29. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines on Integrated Care for Older People (ICOPE). Geneva, 2017. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf;jsessionid=601C9030F1610DDC6E71F83C7ACCF765?sequence=1. Acesso em 02 de nov 2019.

30. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services. Geneva, 2019. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325669/9789241515993-eng.pdf?sequence=1. Acesso em 02 nov 2019.

Instituições de Longa Permanência como espaços de promoção da funcionalidade, garantia do bem-estar e qualidade de vida

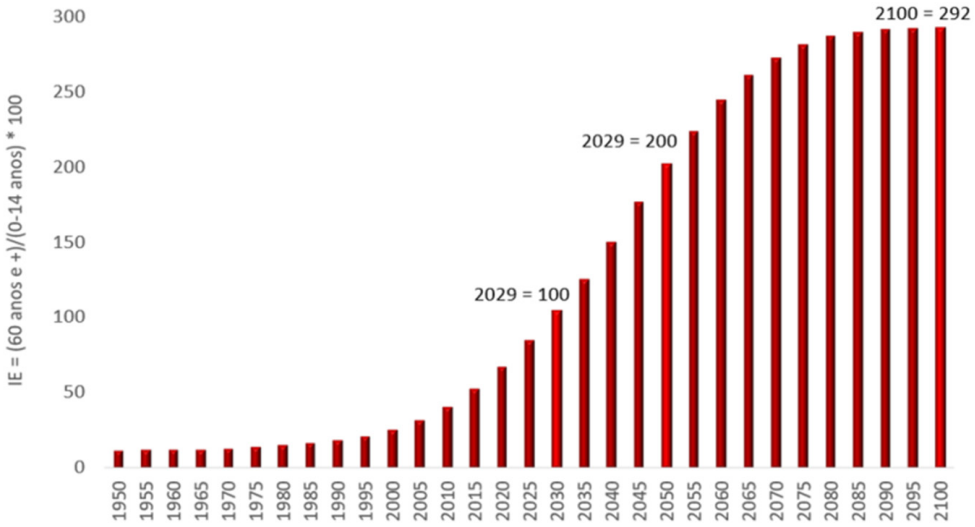
Rodrigo Caetano Arantes, Michelle Bertóglio Clos, Walquíria Cristina Batista Alves, Bárbara Gazolla de Macedo, Gisela Gonçalves de Figueiredo

Este capítulo, sob o olhar de especialistas e à luz dos argumentos teóricos, busca uma reflexão sobre as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) no Brasil, como opção de moradia na velhice, que promova funcionalidade, bem-estar e qualidade de vida. O alvedrio das pessoas idosas deve ser considerado. Mas a necessidade de cuidados prolongados e a dinâmica sociodemográfica são fatores que podem limitar a autonomia quando dizem respeito à moradia na velhice. As concepções da realidade do envelhecimento populacional brasileiro e as demandas que se somam nesse contexto serão discutidas.

Os avanços sociais, econômicos, educacionais e de saúde se refletem no aumento da expectativa de vida. Os anos a mais de vida alcançados são confirmados nos estudos demográficos do Brasil, sendo o envelhecimento indicador de acesso às políticas públicas. No contexto do envelhecimento populacional, para ser considerado de estrutura etária envelhecida, os países têm que ter 14% de pessoas idosas em sua população (SBGG, 2019). Atualmente, o Brasil tem 16% de pessoas com 60 anos ou mais, idade em que se é idoso no país (BRASIL, 2003; IBGE, 2020). Em números absolutos, há 34 milhões e 643 mil pessoas idosas (IBGE, 2020).

O Brasil já se apresenta, portanto, como país com significativo envelhecimento populacional e Índice de Envelhecimento (IE) dado pela razão entre o número absoluto de pessoas com idade a partir de 60 anos e as de 0 a 14 anos, crescente ao longo dos anos. Em 1950, havia 12 pessoas idosas para cada 100 jovens, e no final do século XXI haverá quase 300 pessoas com idade de 60 anos ou mais para cada 100 de 0-14 anos (Figura 1).

Figura 1. Índice de Envelhecimento (pessoas idosas/jovens) no Brasil (1950-2100)



Fonte: United Nations - World Population Prospects: The 2017 Revision; Hipótese média https://population.un.org/wpp/

O envelhecimento da população corrobora o processo de transição demográfica que ocorre no Brasil e se originou com a diminuição nos níveis de fecundidade e mortalidade. Atualmente, a Taxa de Fecundidade Total no país é de 1,7 filhos por mulher, e a expectativa de vida, ao nascer, de 76 anos, em média (IBGE, 2020). Fatores demográficos que também impactam diretamente a estrutura das famílias que no passado eram extensas e, na atualidade, tornaram-se nucleares devido ao menor número de filhos. No tocante à saúde sexual e reprodutiva da mulher, a fecundidade deliberada advém de conquistas femininas galgadas nos diversos espaços.

As mulheres se empenham por mais anos de estudo e almejam conquistas no mercado de trabalho. A grande maioria não se dedica mais, exclusivamente, aos afazeres domésticos. No entanto, outras conquistas ainda estão em pauta, como a equidade de salários em comparação aos homens em cargos similares, e a divisão das tarefas domésticas.

Mesmo se dedicando ao trabalho externo, as mulheres ainda são sobrecarregadas com os afazeres diários da casa. Os núcleos familiares nos domicílios brasileiros também reverberam mudanças. Dentre as diferentes composições domiciliares, cita-se, por exemplo, o aumento dos casamentos civis entre pessoas do mesmo sexo. No ano de 2018, as estatísticas do registro civil evidenciaram aumento de 61,7% das uniões homoafetivas quando comparadas a dados do ano anterior (IBGE, 2019).

As mudanças na conformação das famílias impactam diretamente os cuidados a serem destinados às pessoas idosas. Culturalmente, em contextos

sexistas, as mulheres são potenciais cuidadoras informais, sejam elas filhas, noras, sobrinhas ou outros vínculos afetivos com a pessoa idosa. A afetividade e o morar perto ou no mesmo domicílio da pessoa idosa são determinantes na égide do cuidado (ARANTES, 2012). Na atual conjuntura, em que as mulheres também estão no mercado de trabalho, se veem sobrecarregadas com as atividades inerentes aos cuidados das pessoas idosas que podem se somar aos relacionados a filhos, netos e cônjuges.

Segundo o levantamento da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), as mulheres no Brasil gastam até quatro vezes mais tempo em tarefas não remuneradas quando comparadas aos homens (OCDE, 2020). Distintas formas para a oferta de cuidados às pessoas idosas devem encontrar oportunidade nos cenários dos contextos familiares brasileiros para a proposição de políticas públicas que atendam às necessidades de um país envelhecido.

Premência por cuidados às pessoas idosas no Brasil

As pesquisas demográficas confirmam que os brasileiros estão vivendo mais, e deve haver redes de apoio e cuidados às pessoas idosas. No Brasil, vive-se mais, mas os anos que se somam nem sempre são acompanhados de boa saúde. Em média, vive-se cinco anos com algum tipo de incapacidade funcional (física e/ou cognitiva) (CAMARGOS *et al.* 2015; ARANTES, 2016). As mulheres se veem expostas por mais tempo às incapacidades funcionais na velhice pelo fato de viverem, em média, sete anos a mais do que os homens (IBGE, 2020; CAMARGOS *et al.* 2009; CAMARGOS *et al.* 2015).

A mudança no perfil de adoecimento das pessoas ou a transição epidemiológica ocorre concomitantemente ao envelhecimento populacional, caracterizando-se com o aumento na incidência e prevalência das doenças crônico-degenerativas. Quando não tratadas satisfatoriamente há desfechos clínicos de incapacidades funcionais (físicas e/ou cognitivas), pressionando a maior exigência de cuidados às pessoas idosas. Viver mais pode significar decréscimos de boa saúde e funcionalidade.

No que se refere às características da oferta de cuidados no Brasil, 94% acontecem por cuidadores informais, membros familiares, em todos ou quase todos os dias em 80% dos casos (GIACOMIN *et al.* 2018). Os marcos legais do Brasil, como a Constituição da República Federativa de 1988 (BRASIL, 1988), a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), assinalam que os cuidados destinados às pessoas idosas devem ser dever das famílias, excetuando-se aquelas em situação de abandono e pobreza.

Entretanto, as mudanças sociais e demográficas com a realidade do trabalho feminino, a sobrecarga de afazeres das mulheres e a insuficiência familiar compelem à necessidade de se pensar novas possibilidades de oferta de cuidados às pessoas idosas. As modalidades e alternativas são diversas,

como a contratação de cuidadores formais, a opção por Centros-dia e, no contexto de moradias, as ILPIs. Especificamente ao se tratar das ILPIs no Brasil, abrigam 1% da população idosa (DUARTE, 2019).

Born e Boechat (2011) citam fatores predisponentes à institucionalização de pessoas idosas: idade, incapacidade funcional, entendida como dificuldade em desenvolver pelo menos uma das atividades de vida diária (AVDs); morar só; estado civil; condição mental; etnia; ausência de suportes sociais e pobreza. O estigma de que a institucionalização da pessoa idosa seja exclusivamente devido à pobreza ou à ausência familiar, a ideia puramente assistencialista motiva a controversa política pública de financiamento dessas instituições que consideram somente recursos advindos da assistência social (BRASIL, 1994; BRASIL, 2003; BORN; BOECHAT, 2011).

A ideia de financiamento híbrido, direcionando recursos da saúde à manutenção dos serviços ofertados, é destaque nos diversos debates relacionados às ILPIs. O Estado de São Paulo, pioneiramente, pela Resolução 123, de 27 de setembro de 2001, aprovou lei que torna híbrido o financiamento das ILPIs (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2001). No entanto, as políticas públicas de nível nacional e em muitos Estados ainda se baseiam no financiamento unicamente pela assistência social.

Controvérsias à parte, o ato de se institucionalizar pessoas idosas e as ILPIs como possibilidade de moradia que contemplem uma velhice bem-sucedida ainda são estigmas na sociedade.

ILPIs no Brasil: contextualização

Na história das ILPIs no Brasil, as primeiras construções sociais referem-se ao velho, à loucura e aos rejeitados. Segundo Groisman (2009), em pesquisa sobre a velhice na cidade do Rio de Janeiro, com base nos registros jornalísticos da época, percebe-se como a sociedade considerava a institucionalização de pessoas idosas, focalizando no velho pobre, sujeito para o qual a caridade deveria voltar-se em distinção dos demais tipos de "pobres".

Esses lugares em que a velhice deveria ser abrigada eram descritos de modo pejorativo, como divisória entre o mundo social e o isolamento, ou seja, local de passagem para a morte, ou ainda a destituição civil. Nada era esperado da velhice, a não ser o caminhar contínuo em direção ao morrer. À medida que a velhice ganhava lugar na sociedade, perdia simbolicamente seu lugar na vida (CORTELLETTI; HERÉDIA; CASARA, 2004, p. 19). Na história brasileira há mudanças na forma de conceber o velho e espaços que abrigam a velhice.

Na década de 1960, quando se inicia a organização da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), surgem as primeiras clínicas geriátricas e casas de repouso não filantrópicas. A institucionalização da velhice deixa de ser prática social e caritativa e se transforma em fonte de renda, considerando o aumento do segmento populacional idoso, a exigência de

cuidados específicos e a impossibilidade de a família arcar com os cuidados (ALCÂNTARA, 2004, p. 31).

A visão do idoso pobre, usuário da caridade e digno de lamento, começa a ser questionada no Brasil na década de 1980, paralelamente às reivindicações pela aprovação do Estatuto do Idoso, sancionado apenas em 2003 (BRASIL, 2003). A sociedade passa a olhar para as instituições que abrigam as pessoas idosas com novo questionamento: quem cuida e como se cuidam dos velhos? Contexto em que o cuidado se caracteriza desde a sua origem pelo assistencialismo, caridade e religiosidade já não consegue ser responsável pela garantia do direito à vida e à velhice vivida com dignidade.

Na trajetória de mudanças políticas e sociais, um conjunto de legislações marcou a caminhada histórica das ILPIs. Destaca-se a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 283 de 2005 (BRASIL, 2005), significativo instrumento à regulamentação das instituições, públicas e privadas. Com a evolução e reorganização das políticas sociais, em especial a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), as ILPIs integram os equipamentos de alta complexidade, conforme descrito no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2004).

Em 2020, em decorrência da pandemia do Covid-19, a retomada da discussão do caráter das instituições de acolhimento para pessoas idosas se tornou latente, e em referência às discussões anteriores sinaliza que:

> "ILPI é um serviço de assistência de natureza médico-social, socio sanitária e deve proporcionar cuidados e ser um lugar para se viver com dignidade. Seus cuidados devem abranger a vida social, emocional, as necessidades de vida diária e assistência à saúde, caracterizando-se assim como um serviço híbrido, de caráter social e de saúde" (CNMP, 2016, p. 27).

Na Resolução nº 109/2009, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) (BRASIL, 2009, p. 31), a definição para acolhimento institucional afirma a exigência de ser a última circunstância nas situações em que vivem os idosos:

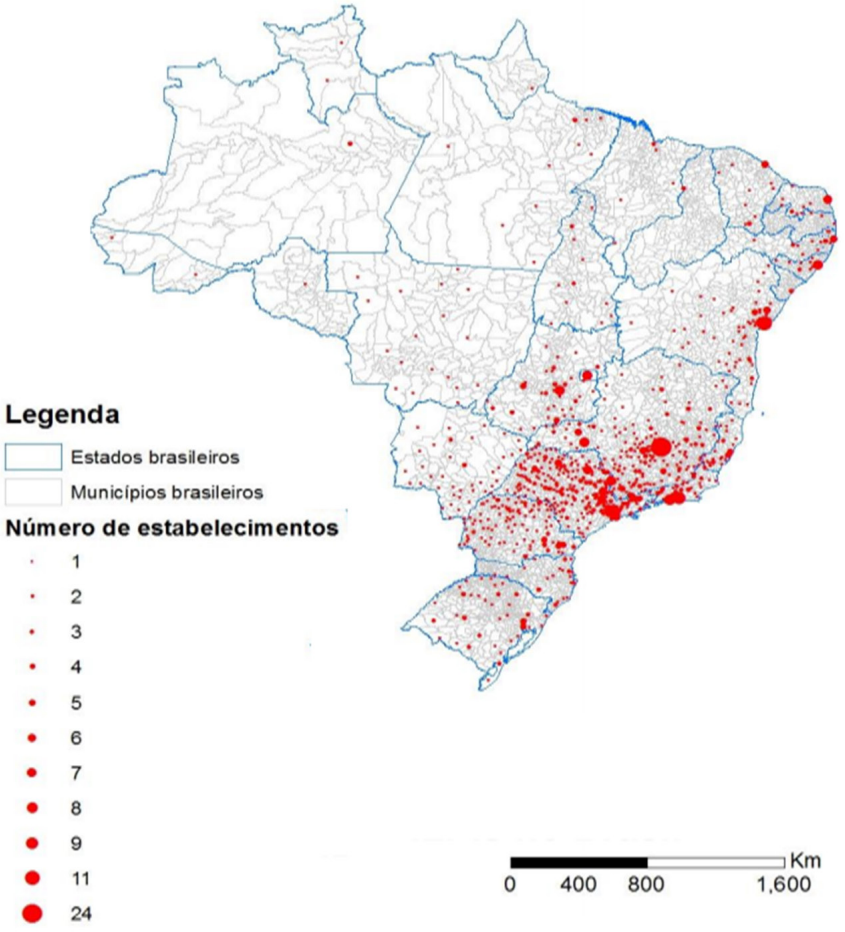
> Acolhimento para idosos(as) com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, independentes e/ou com diversos graus de dependência. A natureza do acolhimento deverá ser provisória e, excepcionalmente, de longa permanência quando esgotadas todas as possibilidades de autossustento e convívio com os familiares. É previsto para idosos(as) que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos.

Perfis das ILPIs no Brasil

As ILPIs no cenário nacional são distribu**ídas não uniforme**mente. A regi**ão** Sudeste apresenta, segundo dados do Cadastro do SUAS, 58% do total de instituições do país, seguida pela regi**ão** Sul, com 17%, região Nordeste

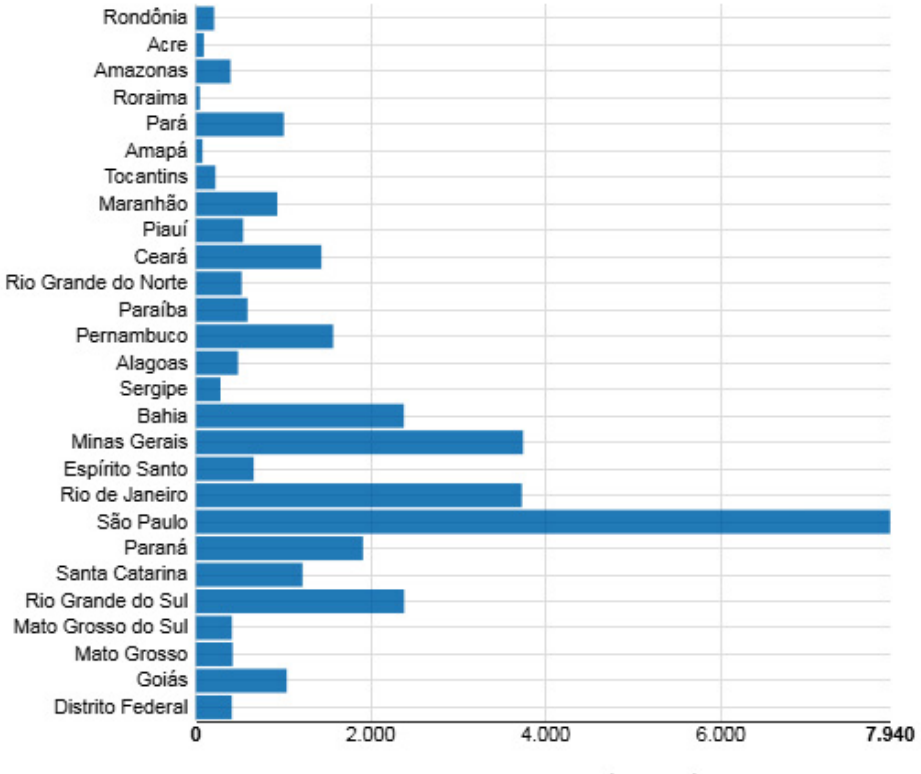
apresenta 12%, região Centro-Oeste concentra 11%, e região Norte com 2% (Figura 2). No Brasil, as regiões com maior número de ILPIs estão em consonância com os Estados com maior número de pessoas idosas (Figura 3).

Figura 2. Distribuição espacial das ILPIs no Brasil segundo cadastro SUAS (2019)



Fonte: reproduzido de Duarte (2019) - Sistema Único de Assistência Social – SUAS (2019)

Figura 3. **População de 60 anos ou mais (mil pessoas) por Estado do Brasil (2020)**



Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Trimestral PNADCT (1º Trimestre de 2020)

Parcela superior a 50% das ILPIs, segundo o IPEA, são filantrópicas e privadas (ARAÚJO; SOUZA; FARO, 2010), ou seja, "apesar de cobrarem dos residentes ou das famílias uma taxa, não conseguem, na maioria das vezes, sobreviver sem ajuda do governo" (ARAÚJO; SOUZA; FARO, 2010, p. 256). E no Brasil, os maiores fatores para buscar o acolhimento institucional são:

> síndrome de imobilidade, múltiplos problemas médicos, depressão, demência, alta hospitalar recente, incontinência, ser mulher, ter idade acima de 70 anos, ser solteiro, sem filhos, viúvo recente, morar sozinho, isolamento social (falta de apoios sociais) e pobreza. (ARAÚJO, SOUZA, FARO, 2010, p. 255)

A síndrome de imobilidade, como os demais problemas de saúde elencados, afetam diretamente a capacidade funcional. Como consequência direta há o impacto na qualidade de vida e adaptação ao ambiente da ILPI, como acessibilidade, o que é relativamente novo em termos de manutenção de rotina, e regramentos do coletivo, na convivência social.

A grande maioria dos residentes tem dificuldade em desenvolver ao menos uma das AVDs (DUARTE, 2019), com consequências diretas na funcionalidade e qualidade de vida.

Funcionalidade como preditora de qualidade de vida nas ILPIs

A capacidade funcional é termo complexo e muito abrangente. Envolve, além da capacidade física e mental do indivíduo, a interação com diversos ambientes (OMS, 2015). O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) define e diferencia dois significativos conceitos para compreensão da capacidade funcional: capacidade intrínseca e ambiente. A capacidade intrínseca se define como composto de todas as capacidades do indivíduo, físicas ou mentais, utilizadas para se apoiar em qualquer ponto no tempo. Contudo, a capacidade intrínseca não representa por completo tudo o que uma pessoa pode fazer. A participação e a capacidade de interagir com o ambiente no qual se vive também são essenciais.

O ambiente fornece diversos recursos ou barreiras que decidirão, por exemplo, se um idoso com determinada capacidade intrínseca consegue realizar as atividades que deseja fazer. A essa interação indivíduo/ambiente denomina-se capacidade funcional. O processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional permite o bem-estar na idade avançada, sendo definido como envelhecimento saudável (PAIXÃO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2005; OMS, 2015).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde apresenta capacidade funcional dentro de um contexto da saúde. Ela é multidimensional e oferece abordagem biopsicossocial, ou seja, a funcionalidade de um indivíduo em determinado domínio depende da interação entre a sua condição de saúde (funções e estruturas do corpo), fatores ambientais e pessoais (atividade e participação).

A capacidade intrínseca e a capacidade funcional permanecem constantes. Embora tendam a diminuir com o envelhecimento, escolhas e intervenções na vida determinarão a trajetória do indivíduo (PAIXÃO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2005; GIO; HARDY; GUO, 2006; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2017).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) estabelece como meta a atenção integral à pessoa idosa e considera a condição de funcionalidade significativo indicador de saúde. A concepção ampliada de saúde e envelhecimento saudável, que tem por base a capacidade funcional como medida de bem-estar físico, mental e social, é meta a ser alcançada não apenas pelos setores de saúde isoladamente, mas pelo conjunto das políticas públicas. Ações e intervenções de saúde e das demais políticas públicas devem ser planejadas, organizadas e efetivadas de modo que as pessoas vivam o máximo possível com independência e autonomia. Cuidando de si mesmas e desenvolvendo atividades consideradas relevantes para sua sobrevivência, em trajetórias positivas de envelhecimento, dados os múltiplos aspectos que as afetam.

As doenças agudas ou crônicas, agravos como quedas e outros acidentes, questões relativas a processos psicológicos e subjetivos ou, ainda, situações sociais, econômicas e culturais, trariam limitações ao exercício da autonomia e/ou independência, alterando a capacidade funcional das pessoas idosas.

Como mencionado, a perda da funcionalidade na velhice está associada ao risco maior de institucionalização. O declínio funcional não deve ser considerado "normal da idade", pois representa o principal determinante de desfechos negativos, como desenvolvimento de outras incapacidades e piora funcional, institucionalização, hospitalização e morte (GIACOMIN *et al.* 2020).

A funcionalidade das pessoas idosas residentes em ILPIs, com enfoque na marcha e redução da ocorrência das quedas, deve ser o centro de intervenções profissionais, pois traria prejuízos à saúde. O controle da marcha e do equilíbrio merece extrema atenção em relação às pessoas idosas, pois a instabilidade postural é uma das síndromes em Geriatria e Gerontologia (GIACOMIN *et al.* 2020).

Para avaliar a capacidade funcional existem instrumentos traduzidos, adaptados e validados para a população brasileira. São instrumentos variados e com objetivos diversos. A escolha dependerá do ambiente operacional, dos objetivos, e seria utilizada como medida de saúde, como triagem, para medir graus de incapacidade e predizer mortalidade, quedas, institucionalização e qualidade de vida, por exemplo. Devido à grande variabilidade dos instrumentos, a escolha adequada é fundamental, pois um teste ou escala que avaliam determinada medida funcional em pessoas idosas institucionalizadas seria inadequado àquelas pessoas hospitalizadas ou da comunidade (PAIXÃO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2005; GIO; HARDY, GUO, 2006; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2017).

São exemplos possíveis e de uso adequado à rotina das ILPIs os instrumentos: Índice de Katz (Atividades Básicas de Vida Diária - ABVDs), Índice de Barthel, Teste de Tinnetti e Medida de Independência Funcional (MIF). A MIF tem maior complexibilidade em sua aplicação, mas todos fornecem dados que contribuem para a identificação do grau de dependência e capacidade de execução de tarefas rotineiras.

Os objetivos desses testes são diferentes, mas em conjunto ou individualmente contribuem para a avaliação de aspectos visuais e motores, centrados na incapacidade do sujeito e não na deficiência (CRUZ; RIBEIRO; VIEGAS, 2014).

Os resultados das avaliações contribuem para o cuidado integral da população idosa atendida, e dão oportunidade ao planejamento de ações de reabilitação e promoção em saúde. De acordo com o Relatório Consolidado pela Frente Nacional de Fortalecimento às ILPIs (GIACOMIN *et al.* 2020), no contexto que emerge a partir da pandemia do Covid-19, aos "frágeis ou com

múltiplas morbidades crônicas com baixo potencial de melhora frente a essa infecção grave, o foco principal deve ser a proporcionalidade terapêutica".

Deve-se ter como proposição, portanto, a oferta de tratamentos possíveis para a garantia da dignidade da pessoa idosa, de acordo com a primordialidade individual, e na medida em que novas demandas surgem. A partir do agravamento das morbidades priorizam-se o conforto e controle de sintomas por meio do acesso aos cuidados paliativos.

Considerações finais

As ILPIs podem ser espaços privilegiados para a convivência social e devem se aprimorar constantemente no que se refere **à promoção em saúde. Ao** se analisar, teoricamente, e na prática profissional de cada autor deste capítulo, as possibilidades de cuidado para manutenção da funcionalidade e reabilitação de pessoas idosas institucionalizadas, observa-se a urgente obrigação da elaboração coletiva de política pública voltada à integralidade do cuidado.

O referencial teórico indica instrumentos de rastreio e avaliação da funcionalidade, e a importância do trabalho das ILPIs para manutenção da capacidade funcional, estratégia de garantia da dignidade da pessoa idosa, imprescindível **à** qualidade de vida. Pensar as ILPIs como espaços em que a proporcionalidade terapêutica é viável torna-se o grande desafio no que se refere ao contexto da institucionalização.

A condição de saúde e a participação em atividades sociais à institucionalização são aspectos de significativa dimensão a serem avaliados, a fim de se investir na manutenção e ganho de funcionalidade das pessoas idosas. A pluralidade das ILPIs no Brasil em espaços físicos e oferta de serviços revelam a imprescindibilidade da adoção de planejamento individualizado para políticas públicas de melhorias da acessibilidade, além de fomentar o ingresso de profissionais capacitados em Geriatria e Gerontologia. Os marcos legais do Brasil estabelecidos para as pessoas idosas em geral, e às institucionalizadas, devem ser preservados e respeitados - direito à saúde, à assistência social, à assistência multiprofissional especializada e garantia do convívio familiar.

A proposição de marcadores de funcionalidade à institucionalização emerge como fundamental na agenda de política pública para as ILPIs. Garantir-se-ia o direcionamento à reabilitação, quando essencial, e à manutenção da capacidade funcional das pessoas idosas, permeando o modelo biopsicossocial de saúde. Essa proposta de política pública guiaria, ainda, a origem do financiamento governamental para as ILPIs públicas, tendo em vista a inevitabilidade de atendimentos gerontogeriátricos. Por fim, os legisladores de políticas públicas devem direcionar olhares ao empoderamento das ILPIs como alternativas de moradias que garantam funcionalidade, bem-estar e qualidade de vida na velhice.

Referências Bibliográficas

1. ALCÂNTARA, Adriana de Oliveira. Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos. Campinas, SP: Editora Alínea, 2009. 152 p.
2. ARANTES, Rodrigo Caetano. Uai sô, e agora? As relações entre fatores sociodemográficos e incapacidades funcionais nas redes sociais de idosos em Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2012. 190f. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.
3. ARANTES, Rodrigo Caetano. Diretrizes para a gestão do envelhecimento ativo e com qualidade de vida para idosos brasileiros. In: Lina F, Calábria L, Alves W, organizadoras. Envelhecimento: um olhar interdisciplinar. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 188-214.
4. ARAÚJO, Cláudia Lysia de Oliveira; SOUZA, Luciana Aparecida de; FARO, Ana Cristina Mancussi. Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. História da Enfermagem Revista Eletrônica; 1(2): [250-262], Jul-Dez. 2010.
5. BORN, Tomiko; BOECHAT, Norberto Seródio. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In.: Tratado de Geriatria e Gerontologia/Elizabete Vianna de Freitas ... [*et al.*]. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
6. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 2 de Julho de 2020.
7. _____. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf> Acesso em:01 ago. 2020.
8. _____. Decreto-Lei nº 8.842, 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 1 de Julho de 2020.
9. _____. Decreto-Lei nº 10.741, 1º de Outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em 1 de Jul. 2020.
10. _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social (PNAS/ 2004). Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf>. Acesso em 04 de Agosto de 2020.
11. _____. Ministério da Saúde. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 283 de 26 de setembro de 2005. Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html>. Acesso em 04 de Agosto de 2020.
12. _____. Lei nº 14.018, de 29 de Junho de 2020. Dispõe sobre a prestação de auxílio financeiro pela União às Instituições de Longa Permanência para Idosos

(ILPIs), no exercício de 2020, em razão do enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2020/lei-14018-29-junho-2020-790360-publicacaooriginal-160951-pl.html>. Acesso em 01 de agosto 2020.

13. _____. Ministério da Saúde. Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros. ELSI-Brasil. Apresentação em Power Point feita por Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa no Conselho Estadual da Pessoa Idosa de Minas Gerais em 2018 (CEI-MG).
14. CAMARGOS, Mirela Castro Santos; RODRIGUES, Roberto Nascimento; MACHADO, Carla Jorge. Expectativa de vida saudável para idosos brasileiros, 2003. Ciência e Saúde Coletiva, v.14, n.5, p.1903-1909, 2009.
15. CAMARGOS, Mirela Castro Santos; GONZAGA, Marcos Roberto. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.31, n.7, p.1460-1472, 2015.
16. CNMP - Conselho Nacional do Ministério Público. Manual de atuação funcional: o Ministério Público na Fiscalização das Instituições de Longa Permanência para Idosos. Brasília: CNMP, 2016. Disponível em: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/2016/manual-de-atuacao-funcional.pdf. Acesso em: 1 ago. 2020.
17. CORTELLETTI, Ivonne A.; CASARA, Miriam Bonho; HERÉDIA, Vânia Beatriz Merlotti (Org.). Idoso asilado: um estudo gerontológico**.** Caxias do Sul: EDUCS, 2004.
18. CRUZ, Ivana Beatrice Manica da; RIBEIRO, Euler Esteves. VIEGAS Karin. Fundamentos do Método Científico Aplicado às pesquisas gerontológicas. Ijuí: Editora Uninjuí, 2014.
19. DUARTE, Yeda. Estudo das condições sociodemográficas e epidemiológicas dos idosos residentes em ILPIs registradas no Censo SUAS. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade- legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/comissao-de-defesa-dos-direitos-da-pessoa-idosa- cidoso/documentos/publicacoes/audiencias- publicas/audiencia-publica-sobre-ilpis-e-rdc-no-283-de-26-de-setembro-de-2005-de-anivisa /apresentacao-ap-9-5-19-yeda-duarte/view>. Acesso em 3 de Julho de 2020.
20. ELIAS, Norbert. A solidão dos moribundos: seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
21. GIACOMIN, Karla Cristina; DUARTE, Yeda Aparecida Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; NUNES, Daniella Pires; FERNANDES, Daniele. Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSI-Brasil. Rev Saúde Pública, 2018; 52 Supl 2:9s.
22. GIACOMIN, Karla Cristina (Org). Instituições de Longa Permanência para Idosos e o enfrentamento da pandemia de Covid19: subsídios para a Comissão de Defesa dos Direitos do Idoso da Câmara Federal: Relatório Técnico. Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos. Brasília: FN-ILPI, 2020. Disponível em: <https://894d0f6a-a0f8-4238-b884-a5387e68c8c7.filesusr.com/ugd/2bdc6d_fec825b075a4457dbd6c6f4d6a9e5e26.pdf>. Acesso em 01 de Agosto de 2020.

23. GILL, Tomas M.; ALLORE, Heather G.; HARDY, Susan E.; GUO, ZHENCHAO. The dynamic nature of mobility in older persons. J Am Geriatr Soc. 2006; 54: 248-54.
24. GROISMAN, Daniel. Envelhecimento normal versus patológico. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 61-78, 2002.
25. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Casamentos homoafetivos crescem 61,7% em ano de queda no total de uniões. Disponível em: < https://censos.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26192-casamentos-homoafetivos-crescem-61-7-em-ano-de-queda-no-total-de-unioes>. Acesso em 02 de Agosto de 2020.
26. _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Expectativa de vida dos brasileiros aumenta para 76,3 anos em 2018. Agência IBGE Notícias, 28 nov. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26103-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-para-76-3-anos-em-2018>. Acesso em 15 mar. 2020.
27. _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Trimestral. População por grupos de idade. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br>. Acesso em 1 de Julho de 2020.
28. OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. HeForShe Brasil. As mulheres no Brasil gastam 4 vezes mais tempo em tarefas não remuneradas que os homens. Disponível em: < https://www.facebook.com/416998898484566/posts/1433057733545339/?d=n>. Acesso em 03 de Agosto de 2020.
29. OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde – (2015). Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em 02 de Julho de 2020.
30. PAIXÃO JÚNIOR, Carlos Montes; REICHENCHEIM, Michael E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(1): 7-19, jan-fev, 2005.
31. SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. OMS divulga metas para 2019; desafios impactam a vida de idosos. Disponível em: <https://sbgg.org.br/oms-divulga-metas-para-2019-desafios-impactam-a-vida-de-idosos/>. Acesso em 03 de Agosto de 2020.
32. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Superintendência de Atenção à Saúde. Avaliação multidimensional do idoso / SAS. - Curitiba: SESA, 2017. 113 p.
33. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO (SES). Resolução SS - 123, de 27-9-2001 (D.O.E nº 184 de 28 de setembro de 2001). Define e Classifica as Instituições Geriátricas no âmbito do Estado de São Paulo e dá providências correlatas. Disponível em <http://www.crn3.org.br/uploads/Repositorio/2018_10_30/Resolucao-SS-n-123-2001.pdf>. Acesso em 04 de Agosto de 2020.
34. UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects: The 2017 Revision. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-the-2017-revision.html>. Acesso em 02 de Agosto de 2020.

Ambiência em Instituições de Longa Permanência para Idosos e a Covid-19: a experiência da Casa Ondina Lobo, São Paulo- SP

Nadir Aparecida Menezes, Marianna Barbosa Yamaguchi, Maria Luisa Trindade Bestetti

A pandemia pela Covid-19

De acordo com a Fundação Osvaldo Cruz[1], a denominação Covid-19 foi instituída oficialmente pela Organização Mundial da Saúde – OMS e significa COrona VIrus Disease (Doença do Coronavírus), enquanto "19" se refere a 2019, quando os primeiros casos foram divulgadas na China em dezembro, a partir de Wuhan. A expansão pela Ásia foi rápida e, em fevereiro de 2020, já atingia a Europa e o Oriente Médio, avançando rapidamente especialmente pelo deslocamento de viajantes e pelas baixas temperaturas no hemisfério norte, atingindo gravemente os países com climas mais severos. Em março de 2020 constata-se o primeiro caso confirmado no Brasil, em São Paulo, por um indivíduo vindo da Europa. A partir de então, aumenta a atenção das autoridades governamentais para a criação de medidas preventivas para evitar o alastramento do vírus, dificultadas pela alta densidade de habitantes nas grandes cidades brasileiras que, em final de férias escolares no período do verão, retornavam de viagens nos mais diversos meios de transporte. Ainda, a comemoração do carnaval, muito prestigiada em diversas regiões do país, contou com aglomerações que facilitaram a disseminação do vírus.

Os pesquisadores constataram que pessoas com comorbidades e idosos estariam mais sujeitos às sequelas da doença que, apesar da aparente baixa letalidade, apresentava uma velocidade de contágio e infecção extremamente alta, dificultando os recursos para o atendimento adequado nos sistemas de saúde. A urgência para criar condições apropriadas de cuidado, em especial considerando o desconhecimento científico sobre o novo coronavírus, obrigou a medidas extremas no sistema de saúde. Campanhas, recomendando o distanciamento social e a adoção de comportamentos de prevenção básicos, passaram a ser divulgadas para que os efeitos danosos pudessem ser controlados. Escolas e empresas passaram a funcionar à distância, obrigando igualmente a adaptações tecnológicas e novos comportamentos durante a quarentena.

De acordo com o relatório das Nações Unidas (2020), a pandemia pela Covid-19 trouxe outras consequências além da letalidade da doença. O sistema de saúde como um todo foi congestionado pela urgência nos tratamentos, diminuindo a atenção para situações de rotina e tratamentos continuados.

[1] https://portal.fiocruz.br/pergunta/por-que-doenca-causada-pelo-novo-virus-recebeu-o-nome-de-covid-19

Além disso, muitas instituições viram-se sem o grupo de cuidadores regular, afastados por diversos motivos, levando até a situações de negligência, havendo aumento do desemprego e da consequente pobreza, impactando no bem-estar e saúde mental de muitas famílias. Por outro lado, o foco na fragilidade de idosos aumentou o estigma e a discriminação com a velhice, criando situações quase traumáticas nas relações sociais desses indivíduos.

No Brasil, foi publicado no dia 10 de março de 2020 o primeiro documento elaborado pela Vigilância em Saúde do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, apresentando procedimentos para prevenção e controle da Covid-19 em Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs. Posteriormente, o Centro Internacional de Longevidade – Brasil publicou uma nota, sugerindo diretrizes para instituições que acolhem pessoas idosas, definindo medidas preventivas de identificação para funcionários e moradores com diagnóstico de infecção, além de procedimentos internos e externos para a prevenção e o controle da doença (ILC, 2020).

Considerando as publicações citadas anteriormente, o Ministério Público do Estado de São Paulo instaurou, em 13 de março de 2020, um Procedimento Administrativo de Acompanhamento de Política Pública, de modo a acompanhar as medidas de prevenção à Covid-19 na população residente em ILPIs, adotando como medidas de cautela a restrição de visitantes com a presença de sintomas gripais e a recomendação do contato com familiares por meio de encontros on-line (MPSP, 2020). No dia 16 de março de 2020, a Prefeitura do Município de São Paulo através da Secretaria Municipal da Saúde e Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, reforçaram as orientações preventivas à doença, destinadas aos profissionais de saúde e dos serviços híbridos, incluindo as ILPIs do município (SMADS, 2020).

Foi publicada em 18 de março de 2020, pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG, através da sua comissão especial Covid-19, informação referente a Recomendações para Prevenção e Controle de Infecções por Coronavírus (SARS-Cov-2) em Instituições de Longa Permanência para Idosos (SBGG, 2020). Em 21 de março 2020, a Organização Pan-Americana apresentou um documento norteador com orientações técnicas de prevenção e controle do COVID-19 para as ILPIs, referindo-se ainda à necessidade de os órgãos governamentais oferecerem atendimento contínuo aos equipamentos de moradia para idosos (OPAS, 2020).

Igualmente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou informações técnicas mais detalhadas sobre a doença e medidas protetivas para a COVID-19, específicas para as ILPIs (ANVISA, 2020). Tendo em vista o cenário internacional do contágio e o grande número de óbitos dentro das ILPIs, em abril de 2020 foi criada a Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência por um grupo de voluntários técnicos que, preocupados com a grande fragilidade encontrada nessas instituições

brasileiras, elaborou material informativo de prevenção e orientação para nortear os procedimentos (FN-ILPI, 2020).

A comissão especial Covid-19 da SBGG publicou recomendações sobre a necessidade de suspender visitas nas moradias institucionais (VILLAS BOAS *et al.*, 2020). O isolamento social ainda tem sido um dos principais protetores para evitar o contágio pelo vírus e este distanciamento causa consequências para os idosos, cuidadores, familiares e amigos, tanto em contexto domiciliar ou em outros equipamentos sociais e de moradia (MORAES *et al.*, 2020). Os gestores de instituições para idosos já discutiam meios de acomodar essa realidade com os recursos disponíveis, adotando medidas drásticas para a proteção dos seus moradores. A seguir, descreve-se a situação no contexto da Casa Ondina Lobo.

A Casa Ondina Lobo e as estratégias emergenciais adotadas

Moradia institucional sediada na capital paulista, a Casa Ondina Lobo começou a ser idealizada em 1947 por um grupo de amigos e voluntários, com o propósito de fundar um abrigo para idosos em situação de vulnerabilidade social. Em setembro de 1950 nasce oficialmente a Casa dos Velhinhos de Ondina Lobo e, desde a sua fundação, a atividade voluntária sempre existiu, a começar pela Diretoria e Conselho Gestor, bem como o grupo de voluntários que desenvolvem atividades de lazer e eventos beneficentes com os idosos. Ondina Lobo (1885-1942) foi uma mulher além de seu tempo, caridosa e extremamente dedicada à benemerência. Seu sonho de construir um lar para idosos sem recursos foi realizado, sendo que o nome da entidade foi escolhido em sua homenagem.

Sendo uma entidade beneficente, atualmente acolhe 65 idosos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos, em sistema de moradia. Sua missão é: "Atender gratuitamente de forma integral idosos sem recursos, de ambos os sexos, sem distinção de cor, raça ou religião, possibilitando que a terceira idade, seja vivida com dignidade, qualidade de vida e bem-estar através de sua integração social"[2].

Para oferecer um atendimento integral dos idosos, a entidade conta com o apoio de 55 funcionários e 65 voluntários. Outra importante parceria são as Entidades de Ensino que desenvolvem atividades de fisioterapia, nutrição, gerontologia e residência médica em geriatria. Com as determinações impostas pela pandemia, a partir de 13 de março de 2020 foram adotadas práticas preventivas neste contexto, a começar pela suspensão de visitas na casa. Em seguida, como medida de prevenção iniciou-se a utilização de máscaras descartáveis para todos os colaboradores, a mensuração de temperatura na entrada dos turnos de trabalhos e preenchimento de um questionário de saúde, que permitia averiguar possíveis contatos dos funcionários

[2] https://www.ondinalobo.org.br/quem-somos

com pessoas que positivaram para a Covid-19. Outra intervenção realizada foi a adoção de uma rotina de troca de uniformes para os colaboradores que utilizam o transporte público.

Vista a necessidade, foram elaborados outros protocolos internos, tais como os procedimentos para recebimento de mercadorias, que devem ser deixadas na recepção da instituição para que possa ser realizada a higienização adequada e, posteriormente, direcionada ao setor responsável. Vale ressaltar que foram distribuídos, por todas as áreas de convivência e lavabos, informativos sobre a utilização das máscaras, orientação para higienização das mãos e disponibilidade de álcool em gel. Em abril, foi adotado o protocolo de desinfecção de amônia quaternária semanal. De acordo com as recomendações da ANVISA (2020), o Amônio Quaternário é um dos componentes eficientes para proteção contra a Covid-19 ao utilizar na desinfecção da superfície dos ambientes.

No início de maio, foi realizado o teste RT-PCR pelo Rotary Club para todos os idosos e funcionários. O resultado dos testes mostrou que três colaboradores estavam infectados, os quais foram afastados por 14 dias, conforme o protocolo estabelecido pela Vigilância Sanitária. Com relação aos idosos, oito moradores positivaram para Covid-19, todos assintomáticos. Imediatamente foram direcionados ao quarto de isolamento e lá permaneceram por 14 dias. Para essa área da residência, onde foi encontrado o maior número de idosos positivados para a doença, a equipe médica determinou que os outros moradores também cumprissem o período de quarentena, pois estavam no grupo de casos suspeitos. Vale ressaltar a importância da realização do exame nos moradores e colaboradores da instituição para a identificação do SARS-CoV-2, devido à alta transmissibilidade do vírus, o que pode afetar a saúde de todos (MORAES *et al.*, 2020). Os autores destacam a necessidade da implementação de medidas restritivas imediatas para evitar o contágio em larga escala e consequentemente, a contenção da transmissão.

Com relação às mudanças ambientais, nas áreas de convivência foi retirado o sofá e substituído por cadeiras individuais, respeitando a distância recomendada de 1,5m (ANVISA, 2020). Com relação aos refeitórios, o espaço adequado de distanciamento das mesas foi demarcado com fita adesiva, bem como a delimitação de espera na fila para aguardar o preparo da refeição.

Com a implementação do quarto de isolamento, novos protocolos precisaram ser elaborados, com foco nas vestimentas da equipe de enfermagem, procedimentos de limpeza e lavanderia precisaram ser diferenciados, máscaras N95, avental de polietileno, óculos, *face shield*, botas de proteção, touca e luvas descartáveis precisaram ser utilizadas, bem como a disposição do lixo infectante e o descarte adequado dos EPIs. A alimentação também foi oferecida de forma diferenciada e os alimentos passaram a ser ofertados em materiais descartáveis. O fluxo dos colaboradores também foi alterado, através de uma

mudança de regime de trabalho. Antes da pandemia o turno era 6x1 e a estratégia adotada foi diminuir o número de colaboradores na casa e aumentar o tempo de trabalho, implementando o regime de 12x36 para a equipe de limpeza, enfermagem e cozinha. Houve uma grande adesão desse novo sistema por parte dos colaboradores, que na avaliação se mostraram muito satisfeitos.

Moraes e colaboradores (2020) estão de acordo com as medidas preventivas adotadas pela Casa de Ondina Lobo, conforme a descrição a seguir

> Medidas preventivas e de controle da COVID-19 são as estratégias mais efetivas na redução do risco de contaminação dos idosos residentes em ILPI: restrição humanizada de visitas e controle de acesso de trabalhadores e prestadores de serviços, com a exigência de lavagem rigorosa e adequada das mãos ou uso de álcool em gel a 70%, rastreamento da presença de sintomas gripais (febre e sintomas respiratórios) e troca de roupas e calçados. Outras medidas preventivas incluem distanciamento social, maior separação entre os trabalhadores e os idosos nas atividades não relacionadas ao cuidado, redução das atividades em grupo e das refeições coletivas e reforço das medidas higiênicas e de limpeza para os ambientes da ILPI. (MORAES *et al.*, 2020:3.446)

Pensando em cuidar de quem cuida, houve uma grande preocupação por parte da direção com os colaboradores, seus familiares e seu entorno. Além de reforçar o diálogo no dia a dia, foi implantado um questionário com a finalidade de rastrear a presença de casos positivos para COVID-19 no contexto familiar e social. Para cada colaborador foi disponibilizado álcool em gel 70% em pequenos frascos e máscaras de tecido para uso externo, com a intenção de serem utilizadas em tempo integral, inclusive no trajeto da sua residência para a trabalho. Pequenas reuniões foram organizadas com os residentes e colaboradores, com o propósito de aproximá-los e fazê-los compreender que, respeitando as novas medidas adotadas, poderiam fazer a diferença e evitar a presença do vírus na instituição. Outra proposta que surtiu efeito positivo foi a aplicação de atividades com dinâmicas para os colaboradores, visando minimizar a tensão e proporcionar-lhes momentos de descontração e lazer.

Após 10 dias da primeira testagem, houve uma doação do exame RT-PCR e novamente todos os idosos e colaboradores foram testados. Nenhum morador positivou para a doença, mas três colaboradores positivaram, os quais foram orientados para cumprir a quarentena por 14 dias e, de acordo com a necessidade, foram realizadas contratações temporárias para equipe de enfermagem, com o objetivo de manter a qualidade na assistência. No mês de março houve o cancelamento dos estágios do curso de graduação de fisioterapia, medida preventiva para a Covid-19. Com a falta de atividade física foi perceptível o declínio funcional dos moradores e, por isso, em junho foi feita uma nova parceria com um grupo de pós-graduação de fisioterapia, para dar continuidade nas atividades, o que foi extremamente positivo.

No dia 22 de agosto foi feito um novo teste RT- PCR por meio do projeto social "Todos pela Saúde" do Banco Itaú, não havendo nenhum colaborador e morador positivo para Covid-19. Em setembro, 4 meses após a primeira testagem, o teste sorológico foi disponibilizado pelo Laboratório Fleury, demonstrando que seis idosos e sete colaboradores apresentaram reagentes para os anticorpos, embora sem apresentarem sintomas. A Casa Ondina Lobo recebeu pela terceira vez, em 24 de novembro, a doação do teste RT-PCR para todos os idosos e colaboradores através do Rotary Club. Não houve nenhum resultado positivo para Covid-19, graças ao trabalho exaustivo e o cumprimento de todos os protocolos de cuidados da equipe.

Destaca-se a importância da presença dos médicos residentes em geriatra, parceria da Instituição com a FMUSP-SP, os quais foram cruciais para que todas as medidas, diagnósticos e encaminhamentos fossem realizados. Essa experiência mostrou a importância dos profissionais da área da saúde dentro da ILPI e da necessidade deste equipamento ser considerado um serviço sócio-sanitário (BARCELOS *et al.*, 2018; GARCIA e WATANABE, 2017; CNP, 2016). As doações foram essenciais para que todos os protocolos fossem implantados, visto que a instituição não disponibilizava de recursos para tais investimentos, principalmente quando os itens (luvas de procedimentos, máscaras, álcool em gel, hipoclorito, entre outros) foram supervalorizados em decorrência do aumento de demanda.

Neste momento de pandemia, a sociedade se mobilizou e apresentou maior preocupação com os idosos institucionalizados. A Casa Ondina Lobo foi agraciada com doações em espécie e produtos, o que possibilitou a contratação temporária de colaboradores, para substituir os funcionários afastados pelo COVID-19, proporcionando a continuidade do cuidado, sem prejuízo da qualidade do serviço prestado. Outros itens que fizeram a diferença para minimizar as dificuldades do isolamento social foram as doações de tablets, televisores e rádios portáteis, os quais possibilitaram o contato dos idosos com os familiares, amigos, voluntários e integrantes de empresas parceiras. A Instituição tem com tradição realizar anualmente uma feijoada beneficente, para aproximadamente 800 pessoas, com o objetivo de angariar fundos para sua manutenção. No entanto devido a pandemia, este evento se tornou inviável e foi necessária uma adaptação para a nova realidade, sendo organizada uma rifa gastronômica virtual em outubro de 2020.

A ambiência e o distanciamento social

Ambiência refere-se a espaço físico, construído e ocupado por pessoas, equipamentos e objetos complementares, cuja geometria estabelece três dimensões nas quais as vivências acontecem. Mas também diz respeito aos encontros dos sujeitos que circulam nesses ambientes, estabelecendo atitudes e definindo comportamentos. Portanto, considera-se a qualidade dessas relações na ocupação dos espaços, em especial em moradias coletivas, com vários espaços compartilhados de uso comum (BESTETTI, 2014).

Com relação à Casa Ondina Lobo, são disponibilizados dois refeitórios, ambos com mesas coletivas para até 50 pessoas, o que estabelece convivências muito próximas e nem sempre desejadas. Os espaços de convivência dividem-se em áreas para idosos em nível de dependência com mais autonomia e os mais frágeis, oferecendo mobiliário adequado. Uma característica muito valorizada, claramente presente nos relatos de moradores, é a definição de cada um ter sua própria poltrona, o que significa existir um território pessoal estabelecido. Os dormitórios são alocados em grandes espaços, atualmente divididos por painéis a cada duas camas, criando um pouco mais de privacidade (SILVA, 2020). Mesmo assim, em todos os ambientes descritos há proximidade entre os conviventes, fator que foi ameaçado pela pandemia pela Covid-19.

A condição de emergência que comprometeu o funcionamento rotineiro da instituição transformou também a ambiência interna. Além das recomendações para ações de manutenção mais efetivas em limpeza e higiene, incluindo o uso de sabão, hipoclorito de sódio e álcool 70º, o distanciamento social foi definido como uma ação que poderia aumentar a prevenção contra os efeitos nocivos da doença. Ao diminuir o contato físico, a possibilidade de contágio é reduzida, mas muitos idosos mais frágeis necessitam de auxílio para diversas atividades e os procedimentos de cuidado foram reformulados. Porém, enquanto antes era recomendável a aproximação para apoio emocional, a nova recomendação afastou visitantes e colaboradores, condicionando a selecionar as pessoas que necessitariam manter a proximidade, considerando o necessário cuidado individual.

A sensação de abandono que o distanciamento social impôs criou uma nova ambiência, resultante dos novos procedimentos. A ausência de pessoas que faziam parte da rotina da casa, de visitantes que criavam alguma movimentação e, principalmente, o uso de equipamentos de proteção individual, como máscaras e *face shield*, trouxe um clima de anonimato, criando sensações de estranhamento que afetaram o estado emocional dos moradores e colaboradores. Eles mesmos, por temerem a própria exposição ao deslocarem-se para o trabalho, tiveram alterações significativas nas rotinas, alterando as relações já estabelecidas. A movimentação entre ambientes foi alterada, assim como o comportamento dos ocupantes, naquele momento premidos pelo risco de consequências indesejáveis da doença.

Com o objetivo de promover a aproximação dos moradores com a comunidade em geral, foram realizados encontros virtuais com familiares, amigos, voluntários e pessoas que trabalham em empresas. Nesses encontros foram realizadas apresentações musicais, comemorações de aniversários, conversas, palestras, atividades lúdicas e trocas afetivas. A assistente social criou um grupo de WhatsApp com os familiares, com o objetivo de estabelecer um canal de comunicação e aproximá-los dos idosos.

Os colaboradores organizaram um bingo e festa junina para os moradores, respeitando todos os protocolos de prevenção e segurança, escolhendo um local arejado e apropriado para os eventos. Foi uma oportunidade aproximação, de lazer e satisfação dos idosos, bem como uma mudança positiva na rotina da Instituição. Para os idosos com autonomia e independência, que costumavam sair da casa para fazer suas compras, foi realizado um acordo com a nutricionista, sendo feita uma relação de itens de seu interesse e os voluntários se disponibilizavam para realizar as compras. Ao chegar na instituição, os produtos eram higienizados e entregues aos residentes. Dessa forma foi possível ajustar à nova rotina e colaborar com a manutenção das necessidades e desejos dos moradores.

Ficou clara a mudança na ambiência da instituição, já que o acolhimento antes normal passou a ser realizado através de outras soluções. Bestetti (12/06/2020) destaca a mudança da ambiência com o objetivo de evitar o contágio, trazendo diversas maneiras de ajudar o próximo e valorizar o outro através de gestos e atividades beneficentes de forma generalizada.

Vale ressaltar que o cuidado deve estar centrado na pessoa idosa, contemplando fatores biossocioculturais que valorizam necessidades, vontades e sentimentos dos moradores nas ILPIs (EKMAN *et al.*, 2011 apud FIGUEIREDO *et al.*, 2020; IAPO, 2007).

Novas necessidades

As consequências da pandemia trouxeram necessidades de adaptações no ambiente institucional que, neste período, precisou se reinventar, criando novas atividades, aproximação, viabilizando um maior convívio entre os próprios moradores e uma aproximação também com os colaboradores, buscando juntos estratégias de enfrentamento e superação nesta fase da pandemia. Cabe **à i**nstituição a responsabilidade do cuidado com todos as pessoas que moram, trabalham e convivem neste espaço, estabelecendo qualidade de relacionamento, seja presencial ou **à** distância.

As dificuldades financeiras encontradas nas ILPIs beneficentes fazem parte de uma realidade nacional, pois sobrevivem de doações e promoções de eventos (CAMARANO & BARBOSA, 2016). Nessa pandemia, a solidariedade de pessoas físicas e jurídicas, que se sensibilizaram e passaram a contribuir com as instituições através de recursos e equipamentos, foi de fundamental importância para a sobrevivência deste serviço.

Foi imprescindível para as ILPIs o acesso às informações através da internet, pois viabilizou a comunicação com o mundo e aproximou as Instituições do conhecimento, troca de experiências e atualizações sobre a pandemia. Essa nova possibilidade de conectar pessoas e conteúdos relacionados a COVID-19, favoreceu a efetividade e controle da disseminação do vírus na ILPIs brasileiras. A conexão com a internet também colaborou para construir

laços afetivos, aprendizado, unir propósitos, proporcionar reencontros e conversas entre idosos, familiares, amigos, voluntários e profissionais.

Apesar dos momentos desafiadores, acarretando mudanças significativas na rotina da Instituição, a pandemia mostrou a importância da gestão eficiente de cuidado, o qual deve ser individualizado valorizando a necessidade de cada morador. De acordo com Diaz-Veiga e colaboradores (2015), a qualidade na assistência está pautada em proporcionar atividades significativas aos residentes, participação e controle sobre o seu ambiente, respeito a valores e suas preferências, além de priorizar o rigor na qualidade técnica de atenção aos idosos. Estes fatores **vão ao** encontro de Burzynska & Malinin (2017), pois consideram importante a presença de ambientes enriquecidos, os quais proporcionam uma diversidade de estímulos e sensações variadas no mesmo espaço, contribuindo para uma configuração flexível, possível de exercer a criatividade e construir relações com qualidade.

O número devastador de óbitos ocorridos nas ILPIs de países europeus favoreceu a mobilização e união dos brasileiros, que se reuniram em grupos de especialistas para oferecer voluntariamente orientações técnicas e cientificas **à**s ILPIs, com o objetivo de auxiliar e preparar as entidades do país para a pandemia. Este movimento colaborou para tornar as ILPIs mais visíveis para a sociedade e também para os órgãos governamentais. A reclusão dos residentes nesta fase de pandemia, momento em que eles ficam apenas no espaço limitado da ILPI, sem nenhum contato com o ambiente externo, trouxe maior reflexão sobre a tendência de alterar o ambiente interno e deixá-lo mais agradável, estimulante e confortável.

Considerações finais

Graças ao trabalho integrado da equipe da instituição e a mobilização da sociedade, a Casa Ondina Lobo passou pela pandemia sem muitos agravos. Contou com uma equipe comprometida e eficiente, com o propósito de prestar um cuidado integral e humanizado. A pandemia mostrou a necessidade de rever o quadro de profissionais e fortalecer a equipe interdisciplinar, assim como repensar a composição dos ambientes de uso prolongado, além de procedimentos mais apoiados em tecnologia.

Os equipamentos de moradia para idosos devem viabilizar e estreitar os laços afetivos dos seus residentes, aproximando-os de suas famílias ou amigos, criando estratégias para minimizar o impacto da pandemia, que causou sensação de medo e insegurança. A tendência pós pandemia pauta-se na valorização de ambientes amigáveis e enriquecidos que promovam bem-estar, sentimento de pertencimento e o conforto ambiental.

A gestão da ILPI deve priorizar a garantia de direitos dos idosos e tornar-se um ambiente que proporcione a troca de conhecimentos gerontológicos para promover um envelhecimento ativo, garantir um lugar inclusivo e

oportunizar a participação dos residentes na rotina da Instituição, fazendo com que ele se sinta em casa. Além disso, percebe-se a ausência de políticas públicas e estratégias para o público idoso em situação de vulnerabilidade social (BESTETTI 31/10/2020). Portanto, cabe repensar a condição dos equipamentos destinados à moradia institucional, que devem ir além dos padrões mínimos das normas regulatórias, garantindo qualidade e melhores condições do cuidado.

Referências Bibliográficas

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 05/2020: Orientações para a prevenção e o controle de infecções pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Brasília: Anvisa; 2020. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-n-05-2020-gvims-ggtes-anvisa-orientacoes-para-a-prevencao-e-o-controle-de-infeccoes-pelo-novo-coronavirus-sars-cov-2-ilpi. Acesso nov/2020.
2. BARCELOS, B.J.; HORTA, N.C.; FERREIRA, Q.N.; SOUZA, M.C.M.R.; MATTIOLI, C.D.P.; MARCELINO, K.G.S. Dimensões atribuídas por gestores e profissionais às Instituições de Longa Permanência: Interface e contradições. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 16-23, Fev. 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso out/2020.
3. BESTETTI, M.L.T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 601–610, 2014.
4. BESTETTI, M.L.T. **Como compreender as transformações impostas pela pandemia do coronavírus na ambiência de moradias institucionais?** Blog Ser Modular, 12 de junho de 2020. Disponível em: https://sermodular.com.br/2020/06/12/como-compreender-as-transformacoes-impostas-pela-pandemia-do-coronavirus-na-ambiencia-de-moradias-institucionais/ Acesso dez/2020.
5. BESTETTI, M.L.T. **A experiência vivida com a pandemia pela Covid-19 evidenciou a necessidade de repensarmos a moradia institucional?** Blog Ser Modular, 31 de outubro de 2020. Disponível em: https://sermodular.com.br/2020/10/31/a-experiencia-vivida-com-a-pandemia-pela-covid-19-evidenciou-a-necessidade-de-repensarmos-a-moradia-institucional/ Acesso dez/2020.
6. BURZYNSKA, A.Z.; MALININ, L.H. Enriched Environments for Healthy Aging: Qualities of Seniors Housing Designs Promoting Brain and Cognitive Health. **Seniors Housing & Care Journal**, 25(1), 15-37, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322645431. Acesso nov/2019.
7. Centro Internacional de Longevidade – ILC Brazil. **Diretrizes para Instituições para Pessoas Idosas em um Contexto de Infecção pela Covid-19 (Coronavírus 19)**. Rio de Janeiro, ILC, 25 de março de 2020. Disponível em: http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2020/03/Diretrizes-

para-instituições-de-idosos-em-um-contexto-de-infecção-pelo-Covid.pdf.pdf . Acesso em dez/2020.

8. CAMARANO, A. A.; BARBOSA, P. **Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que se está falando?** In Alcantara, A. de O.; Camarano, A. A.; Giacomin, K.C. (org) Política nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA p 479- 514, 2016.
9. Conselho Nacional do Ministério Público – CNMP. **Manual de atuação funcional: o Ministério Público na Fiscalização das Instituições de Longa Permanência para Idosos**. Brasília: CNMP, 2016. Disponível em http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/CAO_Idoso/manual-de-atuacao-funcional.pdf. Acesso nov/2020.
10. DÍAZ-VEIGA, P.; SANCHO, M.C.; MARTÍNEZ, T.R.; RODRÍGUEZ, P. R. Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos práticos. Madrid, Informes **Evejecimiento em red**, nº 12, 2015. Encontrado em https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/modelo-de-atencion-centrada-en-la-persona-presentacion-de-los-cuadernos-practicos
11. FIGUEIREDO, A.F.P.; CHIARI, A.P.G.; SENNA, M.I.B.; FIGUEIREDO, I.L.; VARGAS, A.M.D.; FERREIRA, R.C. Mapeamento de um modelo de qualidade para Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, 23(2), 435-456. São Paulo, SP, Brasil: FACHS/NEPE/PUC-SP, 2020.
12. Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência – FN-ILPI. **Relatório Técnico Consolidado**. Brasília, 2020. Disponível em https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatório-final-vCAU-2.pdf . Acesso nov/2020.
13. GARCIA, R. R.; WATANABE, H. A. Fórum das Instituições Filantrópicas de Longa Permanência para Idosos: parceria em rede de apoio no cuidado institucional ao idoso. **Saúde Soc.** 26 (4) Oct-Dec, 2017.
14. Ministério Público do Estado de São Paulo – MPSP. **Procedimento Administrativo de Acompanhamento de Política Pública (PAA)**. São Paulo, 13 de março de 2020. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/CAO_Idoso/covid19/covid19_pecas/PJDH%20IDOSO%20-%20PORTARIA%20-%20CORONAVÃ_RUS_2.pdf Acesso dez/2020.
15. MORAES, E.N.; VIANA, L.G.; RESENDE, L.M.H.; VASCONCELLOS, L.S.; MOURA, A.S.; MENEZES, A.; MANSANO, N.H.; RABELO, R. COVID-19 nas instituições de longa permanência para idosos: estratégias de rastreamento laboratorial e prevenção da propagação da doença. Ciência & Saúde Coletiva, 25 (9): 3445-3458, 2020. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n9/1413-8123-csc-25-09-3445.pdf. Accesso nov/2020
16. OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde. **Orientações sobre prevenção e controle de infecção para Instituições de Longa Permanência no contexto da COVID-19**. Orientação provisória, 21 de março de 2020. Disponível em https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51982/OPASBRACOVID1920031_por.pdf Acesso out/2020.

17. SÃO PAULO (a), Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria de Vigilância em Saúde – COVISA. **Surtos de Síndrome Gripal (SG) em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)**. São Paulo, maio a setembro de 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/nota_tecnica_07_surtos_sindrome_gripal_ILPI_28_09_2020.pdf. Acesso nov/2020.

18. SÃO PAULO (b), Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria de Vigilância em Saúde – COVISA. **Orientações de Controle de Risco Sanitário para Visitas Seguras nas ILPIs – durante a pandemia de Covid-19 (SARS-CoV-2)**. São Paulo, outubro de 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/nota_tecnica_06_dvpsis_visitas_seguras_ILPI.pdf. Acesso dez/2020.

19. SILVA, N. A. M. E. **Ambiência em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI): Percepção de Moradores e Familiares.** Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Escola de Artes Ciências e Humanidades (EACH – USP), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

20. SMS/SMADS. **Resolução Nº 001/2020**. Resolução conjunta da Secretaria Municipal da Saúde e Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social – SMS, 09 de janeiro de 2020. Disponível em: http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/resolucao-conjunta-secretaria-municipal-da-saude-sms-secretaria-municipal-de-assistencia-e-desenvolvimento-social-smads-1-de-9-de-janeiro-de-2020 . Acesso dez/2020.

21. UNITED UNION – UN. **Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons**. New York, UN, 2020. Disponível em: https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on-Older-Persons.pdf. Access in jun/2020.

22. VILLAS BOAS, P.J.; RORIZ FILHO, J.S.; KAIRALLA, M.C.; HAMMERSCHIMIDT, K.S.A.; GOMES, D.C.A.; MELLO, R.G.B.; UEHARA, C.A.; ARANHA, V.C. **Posição sobre suspensão de visitas em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)**. Comissão Especial COVID-19, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 29 de junho de 2020. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/06/Posicionamento-SBGG-suspensão-de-visitas-em-ILPI-1.pdf Acesso dez/2020.

Instituições de Longa Permanência para Idosos: *VOCÊ MORARIA?*

Rosamaria Rodrigues Garcia, Caio Brunelli Brasiliense

- ***Você moraria em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)?***
- ***Se estivesse em um ranking, em que posição estaria a ILPI como alternativa?***
- ***Ao pensar que moraria em uma ILPI, qual a primeira sensação que isso traria?***
- ***O que o faria dizer: prefiro morrer a acabar em um asilo?***
- ***ILPI como alternativa de moradia traz repulsa?***
- ***A ILPI é lugar para morar? Repousar ou esperar a morte chegar?***

Conversaremos sobre estas provocações, discutindo as sensações que traria pensar em morar em uma ILPI.

Boas? Ruins?

Não importa. Mas estão aí e têm motivo de existir. Vale discutir para elucidar o porquê morar em uma ILPI tem tantas sensações e conceitos formados. Todos construídos historicamente pela trajetória das ILPIs no Brasil e o que representa a mudança brusca de uma realidade em que a pessoa viveu 60, 70, 80 anos carregada de raízes, relações, sonhos, valores e tantos outros elementos, e ir para outra realidade, completamente desconhecida e às vezes até sombria, aterrorizante.

A história dos asilos no Brasil justificaria, em parte, as sensações de repulsa e os conceitos que a maioria possui a respeito. Anteriormente denominadas asilos, casas de repouso, abrigos de idosos, ancianatos etc, eram destinadas inicialmente ao amparo dos pobres, dos mentalmente enfermos e dos indivíduos desprovidos de família, assumindo identidade relacionada à caridade, numa perspectiva assistencialista que determinava a infantilização e homogeneização dos velhos e a percepção da velhice como período de degeneração e decadência (Groisman, 1999).

No Brasil, se caracterizam como equipamentos de alta complexidade da Proteção Social Especial da Assistência Social, destinadas aos casos extremos de violência ou situações de insuficiência familiar ou inexistência da família (BRASIL, 2005b). Opa, peraí... então aqui já há uma questão: se para a assistência social se destinam às pessoas nas condições de miserabilidade ou vulnerabilidade(s), é provável que muitas pessoas não vão desejar se encaixar nesse público-alvo???! Agora nos coloquemos no lugar do idoso: se não faço parte de um desses grupos (violência, insuficiência ou inexistência familiar), por que deveria morar lá?

Mas é o único préstimo da ILPI? Moradia apenas para desvalidos da sorte? E quem quiser morar por opção? Pode? E quem precisar de cuidados que não sejam total ou parcialmente prestados pela família? E os que são independentes e que simplesmente não querem morar sozinhos ou com a família?

E aí, você? Moraria em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos?

Qual sensação lhe traz?

Ao cogitar morar em qualquer outro lugar, revela-se uma sensação não muito agradável. Ao morar em um local por algum tempo, vamos nos construindo e forjando como pessoas a partir das relações com o local, o que inclui a rede formada, a frequência às atividades culturais, esportivas, assistenciais e lazer marcadas por afeto. Ou seja, a identidade, quem somos, é e vai sendo moldada, em grande medida, por essas relações, por esse meio e cultura locais (Bock, Teixeira e Furtado, 2003).

Com o passar dos anos, notadamente na velhice, faz parte do curso de vida, da senescência, a redução natural (entendida do ponto de vista fisiológico e não naturalizada do ponto de vista socioideológico) das relações sociais e o movimento que o idoso faz à introspecção, que fomenta lembranças, eventos e sentimentos, o que pode permitir até certos estados psicológicos específicos (Neri, 1995).

Ou seja, faz parte do ser humano se formar e à sua mentalidade e seu universo particular, caracterizados por um universo de significados provenientes de todas as relações que empreende com o meio (Critelli, 2006; Incontri, 1997; Pestalozzi, 2007; Sapienza, 2015).

É perfeitamente compreensível que, ao mudar de moradia, haja alguma espécie de variação no humor, pois está estreitamente associado a esse universo, o qual, se subtraído, notadamente falando de idoso, gera a frase popularmente conhecida, mas que guarda um fundo de verdade: "tiraram meu chão". Tiraram o mundo que o cidadão, que o idoso formou. Nessa fase da vida, fisiologicamente nem sempre possui tantos recursos para um superempreendimento: reconstruir, construir um novo mundo. Ou mesmo conforme diversos idosos ressaltam: "dessa casa eu só saio quando morrer ou dessa casa só saio enterrado".

Finca raízes. E que raízes são essas? No universo de significados elaborou e moldou seu ser. O processo de um novo universo corresponde a uma nova assimilação que o idoso terá de fazer, que precisará acomodar o psiquismo para, então, adaptar-se à atual realidade, ao novo mundo. Os 3As preconizados por J. Piaget (1996) e que Mizukami (1986) corrobora: assimilação, acomodação e adaptação.

Não obstante, segundo Neri (1995), o idoso está na fase de introspecção. Conforme Novaes (1997), caracteriza um envelhecimento satisfatório como

aquele ao qual consegue se adaptar. A expressão adaptabilidade é responsável por um envelhecimento satisfatório, a expressão do homem do futuro.

Contudo, como adaptar-se não apenas a outro universo, pois o idoso formou seu universo a partir de distintos moldes e, notadamente, nessa época da vida cujo fisiologismo conclama à introspecção e não a empreendimentos de larga escala?

Desafio

No entanto, não apenas como adaptar-se a um novo universo, mas ao universo de uma ILPI. Carrega inúmeras sensações, consequência do histórico de tratos não tão humanizados, isto é, que desconsideram as individualidades. Em um segundo momento, correspondem à ideologia vigente de normatizar e domesticar corpos, mantendo-os inertes e fáceis aos tratos gerenciais, notadamente que não correspondem a nenhuma ideia ou comportamento em desacordo com o que seja esperado socialmente (FOUCAULT, 1979, 2008, 2010a, 2010b, 2011, 2013).

Histórico caracterizado pela "instituição total" (GOFFMAN, 1987), destinada aos desprovidos de condições de sobrevivência, rompimento imediato e assustador da identidade. Teria de corresponder à ideologia vigente, com total processo de despir a individualidade em favor dessa vertente. Gostos, desejos, vontades, sonhos, relações sociais estabelecidas pelo sujeito ficavam da porta para fora. E teriam, como animais, que seguir determinações locais em favor do "bom funcionamento da casa".

Os maus-tratos psicológicos "evoluíam" aos maus-tratos físicos, de intolerância, agressões verbais e físicas. Ambos geraram como consequência a visão não positiva da ILPI e de instituições a ela afins. Exercem efeito na mentalidade social. Ao se deparar com uma ILPI e, sobretudo, ao pensar que podem residir lá, recuam e se esquivam. Some-se a isso o fato da mudança de universos.

Contudo, merece especial destaque o primeiro ponto. Quanto à não facilidade que corresponde a todo ser humano migrar de um universo a outro, em razão do primeiro universo ter sido construído com raízes sedimentadas por inúmeras relações e tratos diários. Geraram diversos significados, nos quais se orienta.

Se a necessidade de se apresentar à porta do idoso e precisar morar em uma ILPI, o que fazer? A ILPI ainda consubstancia o passado nada humano? É inerente apresentar esse trato às pessoas que lá vão morar e passar a formar seu universo?

Segundo a definição da Agência Nacional da Vigilância Sanitária (Brasil, 2005a), as Instituições de Longa Permanência para Idosos são governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, criadas com a finalidade

de servir de domicílio coletivo para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. Ao menos nos últimos 200, 250 anos, há mostras de que a ILPI serve de local para morada.

Por outro lado, a fiscalização é regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), órgão do Ministério da Saúde, desenvolvida pelas agências locais (BRASIL, 2005a). Opaaaaa?! Espere aí... Então, a ILPI é residência ou instituição de saúde? Casa ou hospital?

Impasse que vivenciam há muitos anos. Vejamos: estão sob a égide da Assistência Social e, portanto, caracterizam-se por moradias coletivas. No entanto, abrigam idosos que podem vir a adoecer e em alguns casos falecer. Há que se pensar: de que forma se garantem a segurança e a integridade dos residentes, sem torná-los meramente "leitos", "doenças"? Sujeitos a normas sanitárias rigorosas, como em um hospital, com estruturas totalmente padronizadas para identidade, hábitos e crenças dos que lá habitam?

Atualmente, representam cada vez mais uma alternativa (e talvez uma das únicas) à prestação de cuidado de longa duração (CLD) ao idoso dependente funcional e/ou socialmente. Famílias e Estado recorrem às instituições para exercer funções que não conseguem mais cumprir. Paradoxalmente à necessidade, o Brasil depara-se com o reduzido número de ILPIs, geralmente concentrado nas grandes metrópoles, sem garantia da qualidade dos serviços prestados ou valorização da autonomia do idoso.

Ora pela natureza filantrópica, dependente de doações, caridade de várias porções da sociedade e do amadorismo na gestão; ora pela escassez de recursos humanos especializados em Gerontologia, o que reforça o isolamento social e a inatividade física e intelectual dos residentes (CHRISTOPHE e CAMARANO, 2010).

Por outro lado, o acesso às ILPIs privadas com fins lucrativos e de alto padrão de qualidade é financeiramente restrito. Encontram-se idosos que optam por residir na instituição mesmo sem apresentar incapacidade funcional ou distúrbio cognitivo, desde que tenham condições de arcar com o custo mensal. Contratam equipes multiprofissionais, possuem moradias individuais e diversidade de atividades físicas, manuais, culturais e terapêuticas, favorecendo a manutenção da autonomia e independência. Porém, são direcionadas a uma população específica que não corresponde ao perfil socioeconômico da população idosa brasileira, que recebe benefício previdenciário insuficiente para custeá-las (Garcia e Watanabe, 2016).

Considerando a diminuta oferta de vagas nas ILPIs públicas e filantrópicas, e o custo impeditivo das instituições privadas, a família, quando existente, opta por permanecer com o idoso em domicílio até estágios avançados de doenças degenerativas, como as síndromes demenciais ou patologias

oncológicas, que resultam na máxima dependência funcional. É então que a família procura a ILPI, e muitas vezes institucionaliza o idoso em residências inapropriadas às condições de saúde, ou aguarda por muito tempo a fila de espera até uma vaga (CAMARANO e BARBOSA, 2016).

As ILPIs devem igualmente se submeter às legislações estaduais ou municipais da Coordenadoria de Vigilância Sanitária, havendo em alguns casos restrições legais e exigências para a prestação de assistência à saúde e de acolhimento de idosos com grau de dependência avançado, que exigem cuidados de saúde intensivos e contínuos. Embora a distribuição e a utilização das verbas/benefícios oferecidos pela Assistência Social não possam ser aplicadas na assistência à saúde, as instituições estão sujeitas às normatizações dos órgãos fiscalizadores vinculados ao Ministério da Saúde e seus congêneres nos Estados e municípios (FERREIRA, 2011).

As ILPIs que possuem profissionais de saúde em seu quadro de recursos humanos são fiscalizadas pelos Conselhos de Classe (enfermagem, medicina, fisioterapia, farmácia etc), exigindo adequações ambientais ou trabalhistas, conforme normatização da RDC 283 (BRASIL, 2005a) e de acordo com o código de ética e legislação pertinente a cada uma das profissões (CAMARANO e BARBOSA, 2016).

Considerando o contexto histórico, as dificuldades administrativas e técnicas, podemos perguntar: quais estereótipos são criados nesse universo? Os estereótipos ainda estão presentes no imaginário, a ponto de provocar repulsa?

Outro ponto a ser considerado: os estereótipos são mais preponderantes, ou é mais preponderante considerar que a pessoa ergueu um mundo de significados que, repentina e completamente, se transformará? Como fica? Do nada, entra outro universo... Como resolver o problema? A repulsa ou a resistência em adentrar outro universo (no caso, nova morada) parecem perfeitamente humanas, a partir do momento em que se entende que a pessoa quer manter seu universo, crenças. Ninguém desejará deixar o universo e assumir OUTRO, com diferentes valores. Ora, é completamente natural e humano, o conflito, a repulsa. Mas como resolver? O que fazer?

Ao se inscrever como alternativa de morada (em alguns casos opção ou até falta de opção), como considerar o universo da pessoa e uni-lo a outro universo? De que forma unir dois universos: o da individualidade (da pessoa) e da coletividade (ILPI)?

Já ouviu a associação da ILPI a casa de repouso? É muito frequente. No entanto, repousar do quê? Por quê? Por ser improdutivo? Sem utilidade à sociedade, especificamente ao sistema de produção? Ter cumprido o papel na sociedade e agora merece descansar? Mas que papel? Ou ainda, o idoso aposentado deve recolher-se aos seus aposentos (ou aos aposentos ainda mais reclusos da ILPI) e não mais contribuir nas decisões familiares ou exercer a autonomia (afinal, não tem mais idade para isso)?

Ou melhor, de onde vem a associação do idoso à inutilidade, desvalorização, repouso e decrepitude? Remontam a conceitos pré, aos então pré-conceitos, cristalizados na mentalidade social pelos estereótipos sociais, crenças estabelecidas sobre determinada categoria (Rodrigues, Assmar e Jablonski, 2015). Mas sobre o idoso, de onde surge o estereótipo de idoso associado à decrepitude e descanso?!

Remonta à história do Ocidente. O idoso não era inserido nas discussões do desenvolvimento humano e da psicologia do desenvolvimento, por não corresponder ao interesse vigente. Adentrou nas discussões com o psicólogo Ericson, nas chamadas teorias dos estágios evolutivos. A velhice totalmente associada à doença e à decrepitude. Eis a origem da associação idoso e esses estereótipos, cujos questionamentos são muito recentes, da década de 1980, 1990, com as teorias de curso de vida (NERI, 1995).

Diversas ILPIs ainda respiram e exalam os estereótipos de associar idoso à inutilidade, decrepitude e, sobretudo, associar ILPI a casa de repouso, crendo ser um lugar para seu repouso; em razão do estereótipo social, o idoso "já cumpriu seu papel social" – produzir; agora então não mais interessa ao sistema e, portanto, resta-lhe repousar. Porém, repousar ou vegetar? Repousar ou esperar a morte? Ou melhor, adiantá-la?

O pensamento conduz o idoso a anular tudo o que fazia parte de sua individualidade, como cuidar de parentes, de plantas, ler, cuidar da casa, praticar esportes. E TAMBÉM descansar, divertir-se, trabalhar, cozinhar, viajar, entre tantas coisas. E aí se pergunta: todas essas atividades e preferências não poderiam ser continuadas em sua estadia na ILPI?

No entanto, o idoso entra na instituição e incorpora o estereótipo, ou seja, se anula. O idoso está na ILPI e a pessoa que era ficou do lado de fora. Quando se diz pessoa, traduz-se como a senhora x que amava cozinhar, viajar, ler, descansar, trabalhar, prosear, pescar. Ao adentrar a ILPI, deixa tudo de lado, tornando-se residente do descanso e das deliberações institucionais.

Por exemplo: o senhor x dirige-se de sua casa, de seu bairro, com o qual moldou quem era e quem é, e esse senhor x fica da porta para fora, entrando apenas o número de prontuário Y.

Por outro lado, há práticas contemporâneas herdeiras das novas formulações da Gerontologia, tidas como concepções de curso de vida, amparadas na dialética e no contextualismo. Pregam o desenvolvimento *ad infinitum*, de maneira constante, espiral, sem prevalência de dita fase sobre outra.

Não associa a ILPI a depósitos de pessoas. Mas a trata como um *lar*, local em que viverão pessoas. Significa dizer que cria condições para que a PESSOA, isto é, o idoso, com particularidades, gostos, crenças, vivências, redes, cultura, **não fique do lado de fora**; ou melhor, as individualidades não devem ficar para fora. A pessoa não pode se transformar em um decrépito,

remanescente da história recente, caracterizadora das concepções clássicas da Gerontologia.

No entanto, se observa, majoritariamente, ILPIs e concepções que ainda associam o idoso à decrepitude e inutilidade. São práticas que obrigam o idoso a ficar do lado de fora. Dentro, vige alguém que repousa, por não ter utilidade ao sistema. Práticas homogeneizadoras de algo tão heterogêneo que é a velhice, a PESSOA humana.

Um grande impasse. Um grande desafio. O idoso é uma pessoa a partir de todas as relações com o meio, o mais próximo - bairro, comunidade, família, crenças locais, relações afetivas, religião e o seu município de origem. Além da rede e diversos tipos de crenças. Uma identidade a partir de todas as trocas e relações com o meio (Bock, Teixeira e Furtado, 2003). Um universo, quem ele é, e como, após mais de 60 anos, deixa de lado, abandona quem foi e é, o que o fez ser o "seu João, a dona Maria", para outra identidade, sem identidade, ou melhor, que espera morrer cumprindo deliberações institucionais.

Como? Conseguimos nos abandonar na porta de outra morada como uma valise deixada na porta de outra morada? Mas e a morada interior, que nos formou? Deixamos, jogamos onde? Onde ela fica? Ela fica?! Onde?

A essência dos direitos humanos parece ser vilipendiada. Vemo-nos, portanto, perante um grande impasse.

Como agir? Que fazer?

O Modelo de Gestão Centrada na Pessoa pode ser alternativa, *caminho* à pessoa que se vê diante da realidade de ter de mudar de universo: do seu para uma ILPI. E justamente por ter como mote a consideração da individualidade dos idosos.

O modelo de cuidado centrado na pessoa pode ser definido por prestação de cuidados que estabelecem parceria entre profissionais, idosos e famílias (quando apropriada), trabalhando em conjunto para garantir que as decisões respeitem desejos, necessidades e preferências. O cuidado centrado na pessoa solicita a contribuição dos pacientes na identificação de conhecimentos e apoio de que necessitam para tomar decisões e participar dos próprios cuidados e da manutenção da saúde efetivamente.

Com a ajuda da equipe para o paciente desenvolver conhecimentos, aptidões e segurança, o cuidado é coordenado e adaptado às necessidades do indivíduo. Além disso, é fundamental assegurar que as pessoas sejam sempre tratadas com dignidade, compaixão e respeito (Kohn, Corrigan, Donaldson, 1999; The Health Foundation, 2016).

Significa não desconsiderar o universo prévio que o idoso traz, mas ser quem ele é. Significa pensar o cuidado não para ele, mas *a partir* dele (conceito tão fomentado e praticado por Paulo Freire, 2016). A acomodação e futura adaptação (PIAGET, 1996) devem ocorrer de maneira amena e sem tantos conflitos.

Cuidado baseado na biografia do paciente, a partir dele. Significa, portanto, considerar facilitar o processo de adaptação à nova realidade e universo que o idoso terá pela frente, ampliando o olhar do cuidado. Essencialmente por não considerá-lo um interno, um número de prontuário ou portador da doença, mas PESSOA, como o sr. José, a dona Ana, em primeiro lugar.

Modelo de cuidado que não trata de doenças, mas de pessoas. Doenças e todas as medidas de cuidado serão pensadas a partir da pessoa. Amplia-se o olhar a tal ponto de considerar a pessoa integralmente: profissão, estado civil, papéis sociais de filha, pai, avó/avô, gostos, desejos, bairro que morava, religião, enfim, dimensões sociais, psicológicas, físicas, clínicas.

Prática interessante, apresentada e premiada no 10º Simpósio de Geriatria e Gerontologia do Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia José Ermírio de Moraes, em novembro de 2019, é de Rio Azul, no Paraná (com a autorização do autor Talbian Raony Przybycz). Não associa o idoso à decrepitude e não crê que essa fase da vida seja fadada ao declínio e morte. O relato conta que a ILPI filantrópica tradicionalmente construída com quartos coletivos, passou por várias dificuldades financeiras, administrativas, legais, até se decidir reorganizar a residência a partir do lema "Envelhecer com Dignidade".

Um processo que demorou quase dez anos. Foram construídas casas com capacidade para quatro idosos cada. Além de varanda, a casa possui sala e banheiro, dois quartos para dois idosos cada, havendo a extinção dos quartos coletivos.

A reviravolta resultou em inúmeras mudanças na vida dos residentes: maior privacidade, recuperação da identidade social, pertences pessoais dispostos de forma personalizada, preservação da individualidade, formação de vínculos entre companheiros de casa e presença da alegria como rotina. Algo evidente pela receptividade que os idosos passaram a demonstrar com todos os que chegam. O senso de pertencimento antes resumido a uma cama entre várias dos quartos coletivos tornou-se semelhante ao de vidas não institucionalizadas.

O fato de terem casas e tudo que possibilita proporcionou várias situações semelhantes às vividas numa sociedade comum. Quando acolhidos, não estão sendo abandonados e nem se tornando inativos, ou esperando a morte, mas chegando para seguir e/ou passar a ter uma vida mais digna. Como dizia uma residente, "se chover ficarei em casa, se não chover, hoje vou ao asilo". É preciso propiciar e permitir aos idosos institucionalizados as satisfações pessoais que a vida oferece.

O modelo de Gestão Centrado na Pessoa está igualmente afinado ao modelo da Clínica Ampliada proposto nas Diretrizes da Política Nacional de Humanização, qualificando o modo de se fazer saúde. Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário, da família e da comunidade. Para tanto,

é fundamental que os profissionais considerem o idoso parte da equipe e principalmente protagonista da produção do cuidado.

Vamos exemplificar com uma situação cotidiana. O exemplo da sra. O., 76 anos, institucionalizada pela família há dois meses. Começou a sofrer episódios de quedas. Sra. O., casada há 52 anos, cozinheira aposentada, embora ainda fazendo quitutes para a família e vizinhança. A família resolveu institucionalizá-la devido ao grave problema de incontinência urinária que vinha provocando conflitos familiares entre o marido e a filha, a ponto de ela dormir em quarto separado e o marido passar o dia na rua em virtude do odor que se espalhava pela casa.

A sra. O. frequentava sua igreja e às vezes ia à UBS para medir a pressão (hipertensa e diabética), e na volta passava nas lojinhas do bairro para conversar com comerciantes mais antigos.

Agora, vamos lá... por que começou a cair na ILPI? Cair é normal na velhice? Logo ali, um ambiente tão livre de obstáculos? Tão adaptado ao idoso? Quais motivos podem ter levado a sra. O. a começar a cair?

Em primeiro lugar, é preciso esclarecer que a queda entre a população idosa não é normal, embora seja frequente. De acordo com Veras *et al.* (2016), de 28% a 35% dos idosos que vivem na comunidade caem pelo menos uma vez ao ano. Nas ILPIs, a prevalência de quedas pode variar entre 40% e 50%. Após o primeiro episódio, a chance de ocorrer nova queda dentro do período de um ano é de 66%. Ainda, de 40% a 60% das quedas resultam em alguma consequência para o idoso, sendo 10% graves.

Ao considerar a ILPI, 40% das admissões estão relacionadas às quedas. Isso porque pode haver consequências como fraturas, traumatismos cranianos, luxações, declínio funcional, perda da autonomia e da independência, e medo de cair novamente. Imagine a situação de um idoso que residia sozinho antes da queda e adquiriu alguma incapacidade funcional após o episódio. Caso ninguém da família exerça o cuidado a partir daquele momento, e não possa custear despesas de cuidadores em domicílio, pode haver a decisão de institucionalizar o idoso para receber os cuidados necessários até recuperar a capacidade funcional e conseguir novamente morar sozinho.

Do ponto de vista fisiológico, se pensaria em fatores de risco intrínsecos, como possível alteração do equilíbrio, redução da força muscular e até mesmo a própria incontinência urinária. Mas é só isso? A sra. O. perdeu o chão? Como se sentiu em relação à nova morada? Houve espaço e acolhimento propícios à adaptação? De que forma o corpo reagiria à nova condição de moradia? E os chamados fatores intrínsecos de sua "morada interior", tão caros, como casamento, cozinhar quitutes e a vida e universo que mantinha e constituíam sua identidade?

Em geral, as ILPIs são realmente mais adaptadas aos fatores ambientais ou extrínsecos, como escadas com corrimão, degraus sinalizados, fitas

antiderrapantes, pisos planos, barras de apoio nos banheiros, ambientes livres de objetos, facilidade de acesso e locomoção, iluminação adequada, inclusive durante a noite, entre outros fatores.

No entanto, os fatores intrínsecos exercem maior influência na ocorrência de quedas entre a população idosa institucionalizada, como preconiza a literatura (Sandoval *et al.*, 2017). Analisando o caso da sra. O. antes da institucionalização: ativa em casa, cozinhava para a família e outras pessoas, até como meio de geração de renda. Possuía rede de apoio com a família, amigos e vizinhança, mantinha-se ativa do ponto de vista físico, nas atividades cotidianas. Embora tivesse incontinência urinária, o que poderia lhe provocar certo isolamento social, saía de casa, ia à igreja, conversava com comerciantes, enfim, havia uma rede, conexões, expectativas, rotina, morada, isto é, o universo estava "em ordem".

Repentinamente foi deslocada a outra morada, que trouxe desconhecida realidade: como fica sua morada, seu universo que fez e fazia ativamente dona O. a dona O.? Agora, não havia mais cozinha, nem igreja, nem prosa com amigos, nem rotina de tarefas, nem preocupação cotidiana. O que havia, enfim?

Como considerar as quedas apenas do ponto de vista fisiológico? Como circunscrever-se a isso?

Uma ILPI guiada pelo modelo centrado na pessoa e, sobretudo, pelos princípios dos cuidados paliativos, não se limitaria a olhar a pessoa apenas sob um aspecto. O olhar tradicional se reduziria a considerar somente o aspecto fisiológico e não o ampliaria à pessoa, que incluiria, como os princípios dos cuidados paliativos preconizam: olhar a pessoa do ponto de vista social, físico, psicológico. No caso de dona O., faria muito sentido olhá-la dessa forma, pois além dos fatores de risco intrínsecos que provavelmente contribuíram para a queda, há elementos velados na história.

O que o corpo está querendo comunicar diante de uma queda? O que transita em seu SER? O que faltou? (Dethlefsen e Dahlke, 2007). Talvez o chão, a segurança de sua antiga rotina, seu lar? Sua vida e seu universo, cada fator que o compunham de uma hora para outra desapareceram, caíram por terra e a sra. O. começou a cair?

O modelo centrado na pessoa, guiado pelos princípios dos cuidados paliativos, é singular caminho e norte de cuidados. É isso mesmo que leu? A filosofia e os princípios dos cuidados paliativos podem ser diretrizes do cuidado ao idoso? Como?

A Organização Mundial da Saúde (2002) define cuidados paliativos como a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

O Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009) ressalta a afirmação da vida e a consideração da morte como processo normal da vida; integração dos aspectos psicológicos e espirituais (além dos sociais, culturais, familiares) no cuidado ao paciente; oferta de um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.

A questão é: o idoso deve receber um mau prognóstico para serem utilizados esses princípios? Ou seriam eles aplicáveis em qualquer etapa da vida, incluindo a velhice? Quais os benefícios da aplicação prática dos princípios no curso de vida de uma pessoa? Ter sua história, sua biografia, os aspectos que envolvem valores, crenças, relações familiares e comunidade considerados determinantes no surgimento de sintomas de doenças/agravos? Abordar o idoso com o olhar integrado, pautado na multiprofissionalidade, mas muito mais na interdisciplinaridade? Influenciar positivamente desde os primórdios a sua qualidade de vida a partir de decisões construídas pelo próprio indivíduo?

Então, os princípios dos cuidados paliativos permitem que o idoso seja considerado pessoa, que significa ser olhado integralmente; que se abra à transparência, estabeleça uma relação com o tempo (que tempo é esse que surge com a nova morada? que tempo é esse que foi, como foi, qual o sentido desse tempo?). Isto é, à medida que a finitude está mais próxima, ela descortina a vida, ou seja, a pessoa que está perante a realidade da morte passa a rever sua vida, buscando sentido (POMPEIA e Sapienza, 2010).

Permite que se faça uma releitura, uma ressignificação da vida e da "morada interior", para as "moradas exteriores" se tornarem mais palatáveis e possíveis de serem experienciadas, e a adaptação se efetive de maneira menos dolorosa. E nesse mo(vi)mento, em meio a novos ambientes e novas relações, descobrir algo além de sua antiga identidade social, dando lugar a novos sentimentos, olhares, conexões, expectativas e oportunidades (CIAMPA, 1989).

Por quê, então, esperar a finitude bater à porta para agir, para repensar, para ressignificar? Haverá tempo para isso quando a morte realmente chegar? Os movimentos não poderiam ser disparados a qualquer momento, independentemente da idade, da condição de saúde ou etapa da vida?

Como fazê-lo? Que tipo de profissional poderia desenvolver? É possível atuar sozinho?

A resposta converge para o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade. O trabalho em equipe (incluindo o idoso) favorece a concretização do tratamento integral e integrado, pela ampliação dos olhares e atuação sobre os vários determinantes que interferem nas condições de saúde e de

bem-estar, permitindo a troca de experiências e de conhecimento. Com maior agilidade no atendimento das demandas. As ações terapêuticas carentes tornam-se fragmentadas, isoladas e limitadas (Lemos *et al.*, 2015).

De acordo com Minayo (2010), a interdisciplinaridade consiste na articulação de várias disciplinas, tendo por foco o objeto, o sujeito, o problema ou o tema complexo, em que uma única resposta de determinada disciplina não é suficiente. Na verdade, a interdisciplinaridade exige a comunicação das disciplinas com o contexto de vida e de mundo em que o sujeito ou o objeto de estudo estão inseridos, para compreensão da complexidade e resolução da pergunta/problema que se quer resolver/entender.

As autoras salientam que a prática interdisciplinar requer mudança de atitude entre os membros, superação do individualismo, tolerância, pactuação de comunicação efetiva, transferência de conhecimentos além do campo de conhecimento e atuação de cada profissional.

Para Camacho (2002), a prática da interdisciplinaridade na Gerontologia implica a inclusão do idoso e familiares no processo de tomada de decisão à medida que insere como foco e prioridade a pessoa e não a doença, isto é, cuidar em face do curar (Pessini e Bertachini, 2004). Prioriza-se o cuidado, a sua qualidade, em detrimento da doença e do seguimento massificado e impessoal de determinações normatizadoras. Considerá-lo como foco, significa considerá-la totalmente, isto é, o universo que traz, que elaborou como pessoa, isto é, além de gostos, desejos, sonhos e dificuldades presentes. Ao lado da dimensão tão marginalizada, mas tão constitutiva do ser humano como a finitude, não apenas em razão de diversos idosos terem-na como realidade próxima, mas ainda por ser a integralidade do sujeito (Pinheiro e Mattos, 2008).

O modelo tem como mote a PESSOA! Seu passado (que a formou e ainda vige em distintas medidas: valores, predileções, gostos, personalidade, doenças) que influencia o presente. Os dois exercem efeito no idoso ao pensar em seu futuro. A morte é realidade e, caso assumida, imprimir a tonalidade resolutiva e empoderadora única ao idoso.

Diante do modo de olhar as singularidades, deve-se perguntar como se morre nas ILPIs? O que se conversa sobre o assunto com o residente? Já parou para pensar que é o lugar em que esse idoso provavelmente viverá os últimos meses e dias? Como tornar digna a morte na ILPI? Ou melhor, como tornar digno o tempo de morada?

Uma das maneiras de dignificar a existência do idoso é ofertar oportunidades de valorização de sua autonomia e de seu protagonismo. Entenda-se autonomia como a capacidade de escolha, de tomada de decisão, de governar a si mesmo (Moraes, 2012). Ora, em toda a vida, o ser humano busca a autonomia e a independência (entendida pela capacidade de realizar as atividades sozinho). Na velhice se tornam um tesouro para o idoso. Ninguém

gosta de perder essas capacidades, muitas vezes tardiamente adquiridas. E o que faz a ILPI, majoritariamente? Retira e/ou reduz a autonomia, tornando-a mais um residente, um leito, um número? Escolhe diariamente o que vai vestir? Escolhe o que vai comer e a que horas fará as refeições? Escolhe a que horas gostaria de tomar banho? Pode sair e voltar a qualquer momento (estando com funções cognitivas preservadas)?

Uma das alternativas para potencializar capacidades seria a adoção dos princípios da gestão participativa, valorizando a autonomia e o protagonismo do idoso nas escolhas simples. Por que não reunir os idosos para definir o cardápio da semana? Por que não incluir o idoso nas reuniões de programação das atividades da casa? Por que não permitir que contribua com a casa, em atividades ou tarefas de que gosta, como arrumar o jardim, ajudar na cozinha, nos cuidados com as roupas? Por que não permitir que decore seu quarto, dê palpites para deixar o ambiente onde mora mais acolhedor, com a "sua cara", com a cara de casa?

E como agir diante das famílias, que podem repudiar ações que valorizem o protagonismo do idoso, como afirmar que a instituição está sendo paga para o idoso repousar, ou acusá-la de que o idoso está sendo escravizado ou sofrendo maus-tratos?

Há ainda a problemática de que ao institucionalizar o idoso, as famílias delegam o cuidado integral à instituição. Por sua vez, restringe o convívio a partir de deliberações impostas e impessoais, como horários de visita, normas internas e ausência de atividades que favoreçam a integração entre residentes, familiares e colaboradores. A ILPI passa a ser a principal responsável pela provisão do cuidado. Assume a função que uma gama de pessoas, de serviços e do próprio Estado desempenhavam (Garcia e Watanabe, 2016). E se a família acredita realmente que é o papel da ILPI? Como integrar a família à nova morada, ao novo modo de viver?

Há que se considerar os estereótipos que a família possui a respeito do idoso e do que é uma ILPI. As pessoas carregam concepções históricas e culturais sobre o que os pais, avós ou familiares idosos "devem" fazer na velhice, como "devem" se comportar, o que é e não lhes é "apropriado". Do mesmo modo, possuem conceitos preestabelecidos sobre "como" deve ser uma ILPI, o que "deve" oferecer ao idoso, normas a serem impostas, entre outros. Por isso, é frequente nos depararmos com familiares que repudiam a formação de casais nas ILPIs, que não permitem aos idosos terem relacionamentos afetivos e sexuais, às vezes nem sequer aprovam que marido e mulher durmam no mesmo quarto.

Os afazeres domésticos são alvo de críticas pela família. A imagem como local de recolhimento, descanso e repouso ainda vigora entre filhos, sobrinhos e netos, às vezes entre os próprios idosos. O repouso, a inatividade, o recolhimento são vistos como "recompensa" de uma vida de trabalho

e dedicação aos familiares. Como se no momento da velhice o descanso fosse um merecimento a ser desfrutado, após tanto esforço e dedicação ao trabalho e à família. Por isso, ao verem um familiar institucionalizado em qualquer tipo de atividade doméstica se revelam indignados, acusando-a de explorar o idoso, alegando que está ali para descansar, que o tempo de trabalhar passou. Em casos de ILPIs privadas, os familiares chegam a intimidar, afirmando que pagam "para o idoso descansar e não fazer nada".

E então deve-se indagar: alguém perguntou ao idoso como se sentiria participando ativamente das principais decisões que envolvem sua moradia, sua rotina, sua programação diária? O quanto a participação poderia auxiliar a se adaptar à nova realidade? O quanto isso o ajudaria a se ADAPTAR à nova morada, a sentir-se parte dela, membro da casa, com novas conexões, permitir se emaranhar em novas redes, em laços socioafetivos?

Como personalizar a morada ao viver em uma residência coletiva? O que falta atualmente para se tornar um local atraente e amigável para um idoso que quer envelhecer com autonomia e independência? O que falta aos gestores, funcionários e voluntários para incorporar de fato a necessidade do olhar ampliado, voltado à pessoa e à sua individualidade, ainda que em uma ILPI? Como fica a RDC/283, publicada em 2005, que normatiza (padroniza e torna homogênea) as instalações e o funcionamento diante da importância de valorizar a identidade social e as particularidades de quem ali reside?

A capacitação em Gerontologia pode ser um dos caminhos para levar à adoção de modelos de gestão e estratégias que proporcionem a melhoria das condições de vida, além da busca da excelência na gestão, prestação de serviços e trato com os idosos. Há que se considerar a possibilidade de incentivo governamental à capacitação em Gerontologia, considerando as instituições filantrópicas e as públicas (contratando profissionais especializados ou conveniando organizações sociais que se comprometam a terceirizar profissionais que já tenham especialização em Gerontologia).

Os modelos em que a pessoa (idosa) é o centro do cuidado estão muito bem alinhados às novas perspectivas para a ILPI e formam diretrizes à humanização do cuidado, valorizando o protagonismo e o empoderamento do idoso.

De acordo com Martínez (2011), a Atenção Gerontológica Centrada na Pessoa pode ser definida como: a) enfoque de intervenção, em que a pessoa, desde sua autodeterminação em relação à sua qualidade de vida, é o eixo central das intervenções profissionais; b) como metodologia de intervenção, em que há aporte de conjuntos de técnicas e instrumentos que facilitam a intervenção personalizada e orientada ao indivíduo; c) considerando uma versão mais ampliada do conceito: como um modelo de atenção, partindo do reconhecimento da dignidade de todo ser humano, da busca por maior autonomia e independência, principalmente idosos frágeis, que necessitam de atenção à saúde para melhorar a qualidade de vida e seu bem-estar subjetivo.

Para a autora, optar por um modelo de atenção centrado na pessoa exige nova concepção dos papéis e relacionamentos dos envolvidos no processo de atenção (usuários, famílias e profissionais). E requer metodologias de intervenção de acordo com os novos pontos de vista e ajustes dos sistemas organizacionais.

Rodríguez (2010) elenca princípios e critérios a serem adotados na atenção centrada na pessoa idosa:

Princípios (relacionados à pessoa, à sua dignidade e direitos)	Critérios Técnicos de Intervenção
Autonomia	Diversidade
Participação	Acessibilidade Interdisciplinaridade
Integralidade	Globalidade
Individualidade	Flexibilidade Atenção Personalizada
Independência	Prevenção Reabilitação
Continuidade da atenção	Coordenação Convergência

O modelo de Atenção Centrada na Pessoa permite transformações profundas no modelo de gestão, operacionalização das atividades cotidianas dos residentes, atividades administrativas, planejamento estratégico da ILPI, oferecendo intervenções pontuais, considerando a possibilidade de um período transicional ou experimental do modelo.

Cabe um relato de experiência dos autores a respeito da possibilidade de oportunizar o protagonismo e a participação social do idoso, de transportar a realidade extramuros e o estabelecimento de novas conexões e ampliação da rede social do idoso institucionalizado. Trata-se de vivências intergeracionais em ILPIs, envolvendo crianças e adolescentes.

Por meio de parcerias com escolas de ensino fundamental e médio, os estudantes são apresentados ao processo de envelhecimento e questionados sobre o que entendem por velhice e quais os significados atribuídos. O que é ser idoso? Qual tipo de contato possuem com idosos? Chegam a conversar ou envolver idosos de seu convívio nas atividades? Como tratam os idosos?

Quais estereótipos atribuem? O que pensam a respeito de ILPIs e de idosos que lá residem?

Se já há um distanciamento entre as gerações de crianças/adolescentes e idosos, imagine-se o abismo existente entre a população institucionalizada. Quantas crianças/adolescentes já adentraram uma ILPI? Já passaram uma tarde visitando os idosos? Nos projetos intergeracionais desenvolvidos entre escolas e ILPIs são promovidas oportunidades para que os estudantes sejam apresentados ao universo da velhice e da ILPI, como forma de estabelecer uma cultura de respeito, de apreender conceitos sobre curso de vida e o papel da pessoa idosa na sociedade, na família, no contexto sociopolítico e econômico.

Além disso, gerar reflexões sobre a própria velhice, entendendo o idoso como um sujeito de direito, digno de uma velhice ativa, bem-sucedida, pautada na manutenção de sua autonomia e independência. A partir de então, os estudantes são convidados a conhecer o universo da ILPI e ainda mais: estimulados a interagir com os residentes de forma a lhes ofertar algo que sabem fazer, que gostam ou que possa promover entretenimento, cultura e companhia.

Os estudantes fazem apresentações musicais, teatrais, danças (algumas envolvendo os residentes), contam histórias, pintam as unhas das idosas, arrumam os cabelos, escutam histórias, promovem oficinas de celular (funcionamento geral, aplicativos, jogos) e de manuseio das redes sociais e outras ferramentas digitais, jogam videogame, participam de atividades físicas adaptadas e interativas em grupo, atividades de culinária, refeições e eventos comemorativos, jogam bingo e outros jogos de tabuleiro, escrevem cartas, levam animais de estimação treinados para brincar, arrecadam e entregam doações e tantas outras possibilidades.

Os residentes, por sua vez, têm oportunidade de desconstruir estereótipos a respeito dos adolescentes, ouvi-los, passar a respeitá-los, aprender novas habilidades, estabelecer novas conexões e laços de amizade, corroborando Piovezan *et al.* (2015). Quanto muda o dia ou a semana de um idoso institucionalizado receber visitas, assistir espetáculos, participar de atividades culturais e oficinas. O que significa contar sua história de vida, ensinar algo de seu ofício tão valioso no passado, ou trocar ideias com alguém que ainda está por conhecer? Evidentemente, os projetos auxiliam o idoso em seu processo de ressignificar sua identidade, continuar a trajetória, motivar-se e engajar-se em distintas possibilidades.

O modelo de gestão centrado na pessoa facilitaria sugestões, com benefícios a todos os envolvidos, conforme preconiza a Fundação The Point of Care:

Benefícios para os pacientes:

- Sentem-se confiantes de que os cuidados recebidos são consistentes e de alta qualidade;
- Sentem que os cuidados foram projetados de maneira a reconhecer seu lugar, considerando sua vida de forma mais ampla.

Benefícios para a equipe:

- Torna-se mais engajada em seu trabalho;
- Desenvolve a compreensão das experiências atuais, do ponto de vista dos pacientes;
- Desenvolve habilidades e confiança para melhorar a experiência de atendimento;
- Ganha experiência em testar as melhorias práticas, medir o impacto e disseminar mudanças;
- Tem mais tempo para prestar atendimento individualizado, devido aos processos mais suaves e padronizados, quando apropriados.

Benefícios para os serviços:

- Concretizam compromissos políticos para melhorar o atendimento centrado no paciente;
- Entendem o que impulsiona as experiências dos pacientes em seus serviços;
- Melhoram as experiências de atendimento dos pacientes (dependendo dos objetivos escolhidos, podem ser usados para melhorar a segurança, a eficácia clínica, a centralização no paciente, a pontualidade e a eficiência);
- Melhoram o envolvimento da equipe, a resiliência e o foco na experiência dos pacientes;
- Podem promover capacitações, para que as lições sejam sustentadas e compartilhadas por toda a organização;
- Constroem a reputação de atendimento compassivo e de alta qualidade.

A gestão pautada na individualidade e na biografia do sujeito contribuiria sobremaneira no processo de adaptação.

Considerar o olhar significa que o indivíduo é constituído por laços socioafetivos. Pautaram e moldaram como ele foi. E esse modelo de gestão centrado na pessoa não excluiria algo tão importante, embasado em sua individualidade. Procuraria saber a rede e os laços socioafetivos do idoso antes de entrar na ILPI, entendendo que a rede foi extremamente importante e continuará sendo para a qualidade de vida e saúde mental. Se contemplada, contribuirá como fator de proteção no processo de mudança e de adaptação, entendendo que foram anos de formação de laços. Cortá-los abruptamente significaria verdadeiro ultraje à individualidade, a partir de trocas e conexões. Considerar a rede é modo de valorizar a individualidade, assegurar a qualidade de vida e contribuir com o processo de adaptação.

A configuração em rede é peculiar ao ser humano. Agrupa-se com os semelhantes e estabelece relações familiares, de trabalho, de amizade.

Relações de interesses que se desenvolvem e se modificam conforme sua trajetória, permitindo o compartilhamento de recursos, informações, conhecimentos e experiências. O indivíduo delineia e expande a rede conforme a inserção na realidade social, envolvendo pessoas, grupos, organizações e comunidades (TOMAÉL *et al.*, 2005).

Ainda em sua casa, na comunidade em que vive, o idoso estabelece laços de amizade, afeto, apoio, reciprocidade. Laços que perduram, alguns mais próximos, alguns não tão relevantes, outros são conexões familiares ou antigos colegas de trabalho, amigos do colégio, vizinhos que já se mudaram, irmãos da igreja, a caixa do supermercado, o dono da banca de jornal. Laços estabelecidos na vida. Verdadeira teia de conexões emaranhadas, com finalidades diversas, como amparar, assistir, prover, acolher, ser companhia, cuidar, conviver. E de repente vem a ILPI. E agora?

Como continuar a alimentar as relações? Essa rede, essa teia, permanecem intactas nos muros da ILPI? Que rede é essa e que papel passa a assumir na nova morada do idoso?

GUZMÁN *et al.* (2003) definem a rede informal como sistema de apoio primário integrado para dar e receber objetos, serviços, apoio social e emocional, considerados pelo receptor e pelo provedor como importantes. GRANOVETTER (1983) define rede social como o conjunto de laços relacionais por meio dos quais o indivíduo mantém sua identidade social e recebe apoio emocional, ajuda material, serviços e informações. GUZMÁN *et al.* (2003) se referem às redes como "forças preventivas" que assistem aos indivíduos em caso de estresse, problemas físicos e emocionais. GRANOVETTER (1983) reforça, no entanto, que apesar da ideia de intercâmbio de apoio estar implícita no conceito de redes sociais, a extensão dos contatos e a estrutura e composição da rede não são garantia de apoio.

GUZMÁN *et al.* (2003) consideram quatro categorias de transferências ou apoios nas redes sociais de idosos: 1) apoio material, que implica fluxo de recursos financeiros (dinheiro em espécie) e não financeiros, nas diversas formas de apoio material (alimentação, vestuário, pagamento de serviços etc); 2) apoio instrumental, como transporte, auxílio com as tarefas domésticas e cuidados em geral; 3) apoio emocional, por meio de manifestações de afeto, confiança, empatia, sentimentos associados à família e preocupação com os outros. Eles podem assumir diferentes formas, como visitas regulares, transmissão física de afeto, escuta etc.; 4) apoio cognitivo, referente à troca de experiências, transmissão de informações, conselhos, atividades educativas etc.

Rodrigues (2010) analisou as relações com a estrutura da rede social e o tipo de apoio recebido de 30 idosos institucionalizados e verificou que em média os idosos possuíam 6,2 pessoas em sua rede social, composta mais por mulheres, entre familiares, amigos e profissionais da ILPI, sendo aqueles com os quais possuíam mais contato. Os principais tipos de apoio

prestado aos idosos foram "confidenciar coisas importantes", "ser cuidado em situação de doença", "conversar quando está triste, nervoso ou deprimido", "ser estimulado e/ou tranquilizado em momentos de incerteza", "ser respeitado" e "conversar sobre sua própria saúde".

A autora reforça que a presença de boas habilidades comunicativas, mensuradas por comportamentos verbais e não verbais entre os idosos estudados, estava relacionada à maior quantidade de pessoas na rede, mais apoio afetivo e de interação positiva, ocorrendo o contrário em idosos com poucas habilidades.

Rodrigues e Silva (2013) desenvolveram estudo para identificar a composição da rede de apoio social de 30 idosos institucionalizados, e os tipos e quantidades de apoios recebidos por eles, por meio de entrevistas e da escala de apoio social. Os autores verificaram que a rede social era composta, em ordem decrescente de quantidade, por familiares, amigos, internos e funcionários da instituição. Os idosos recebiam apoio material, afetivo e emocional quase sempre, e apoios de informação e de interação social positiva às vezes. Embora possuíssem familiares vivos, 29 recebiam mais apoio social dos amigos do que dos familiares. Somente 13 recebiam apoio de poucos familiares (em média 1,8 membros da família ofereciam apoio aos idosos), sugerindo a existência de comprometimentos na relação com os familiares.

A ILPI proverá todas as necessidades que a rede do idoso poderia prover? Há provisão de cuidado, mas como fica a individualidade do cuidado prestado? Como fica a provisão das necessidades emocionais e afetivas? E o apoio cognitivo? Os muros se tornam barreiras para "alimentar e cultivar" os antigos laços? A ILPI proporciona condições favoráveis à manutenção da rede? Ou os estereótipos (pre)existentes impedem os membros da rede de fomentar oportunidades para fortalecer vínculos? E o idoso, fecha-se em sua concha ao ingressar na ILPI e desiste de manter conexões ou mesmo "torce o nariz" para novos contatos?

Considerando que a ILPI favorece e fomenta o respeito à individualidade, há um cenário interno para construir nova(s) rede(s). Uma rede local, que muitos chamam de nova família, os próprios colegas da ILPI, como outros residentes, colaboradores, vizinhança, voluntários, uma nova rede, uma nova vida.

Termina-se perguntando: estamos preparados para mudanças? A ILPI apenas causa assombros, ou o modo como cuida causa assombro? Um modelo baseado na pessoa e tudo o que isso diz respeito é possível?

É possível a PESSOA e não preocupações sociais, ideológicas ou centradas em diagnósticos serem o objetivo do cuidado?

Em qual ILPI se deseja morar? O que ainda precisa ser feito pelo Estado, pelas entidades e pela sociedade para torná-la amigável à dignidade da pessoa idosa?

Estamos preparados para vencer preconceitos e romper estigmas contra a velhice e contra a ILPI?

Referências bibliográficas

1. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada n. 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o regulamento técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Diário Oficial da União, Brasília, 2005a.
3. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social. Resolução do CNAS nº. 130, 2005b.
4. Bock A. M. B., Teixeira M. L. T., Furtado O. Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia. São Paulo: Editora Saraiva, 2003.
5. Camacho ACLF. A Gerontologia e a Interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a Enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2002 março-abril; 10(2):229-33.
6. Camarano AA, Barbosa P. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que se está falando? In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomin KC (organizadores). Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.
7. Campos, T.C.P. Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais. Ed. Epu, 1995.
8. Christophe M., Camarano A. A. Dos asilos às instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos. In: Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010. Pp.145-162.
9. Ciampa, A.C. Identidade *apud* LANE, S. & CODO, W. Psicologia social - o homem em movimento. Col. Primeiros Passos, Ed. Brasiliense, 1989.
10. Critelli, D.M. Analítica do sentido. Ed. Brasiliense, 2006.
11. Dethlefsen T., Dahlke R. A doença como caminho. São Paulo: Cultrix. 2007.
12. Frankl, V. Psicoterapia e sentido da vida. São Paulo: Quadrante, 1973.
13. Ferreira SS. NOB-RH Anotada e Comentada. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. 2011; Brasília, DF. 144p.
14. Foucault, M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010a.
15. Foucault, M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
16. _____. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva. 2008
17. _____. Os anormais. São Paulo: Martins Fontes, 2010b.
18. _____. O Nascimento da Clínica. Gen Editora. Forense Universitária. 7ª. Edição. 2011.

19. _____. A Arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.
20. Freire, P. Pedagogia do oprimido. Ed. Paz Terra, 2016.
21. Garcia R. R., Watanabe, H. A. W.. Tecendo a teia de uma instituição de longa permanência para idosos: estudo de rede social. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2016.
22. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. Tradução: Dante Moreira Leite. 1ª. edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.
23. Groisman D. Asilos de Velhos: passado e presente. Estud. interdiscip. envelhec. 1999; 2: 67-87.
24. Granovetter M. The strength of weak ties: a network theory revisited. Sociological Theory. 1983; v.1: 201-233.
25. Guzmán JM, Huenchuan S, Oca VM. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. Notas de Población. 2003; 77: 35-70.
26. Incontri, D. PESTALOZZI: Educação e ética. São Paulo: Scipione, 1997. (Pensamento e ação no magistério).
27. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academies Press; 1999.
28. Kübler-Ross. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar aos médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8ª ed. – São Paulo: Martins Fontes, 1998.
29. Lemos NFD, Tobias MA, Luiz C, Besse M. Interdisciplinaridade, saúde e gerontologia: Articulando saberes. Revista Equilíbrio Corporal e Saúde, 2012;4(1):3-8
30. Martínez TR. La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para profesionales de centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Empleo y Asuntos sociales. Gobierno Vasco. 2011.
31. Minayo MCS. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. Emancipação, Ponta Grossa, 10(2): 435-442, 2010.
32. Mizukami, M. G. N.. Ensino: As abordagens do processo. São Paulo: EPU, 1986.
33. Moraes E. N., Avaliação Multidimensional do Idoso: instrumentos de rastreio. Belo Horizonte: Folium, 2008.
34. Neri, A.L. Qualidade de vida e idade madura. Campinas, SP: Papirus, 1995. (Coleção Vivaidade).
35. _____ Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida. Campinas, SP: Papirus, 1995. (Coleção Vivaidade)
36. Novaes, M.H. Psicologia da terceira idade: conquistas possíveis e rupturas necessárias. Ed. NAU, 1997.
37. Pessini, L; BERTACHINI, L. Humanização e cuidados paliativos. Ed. Loyola, São Paulo, Brasil, 2004.

38. Pestalozzi, J.E. Leonardo y Gertrudis. Libro para el pueblo / Primeira y Segunda Parte. Editora PPU. Tradutor José Maria Quintana Cabanas, 2007.

39. Pinheiro R., Mattos R.A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p.

40. Piovezan M., Bessa T.A., Borges F.S.P.S., Prestes S.M., Chubaci R.Y.S.. Troca de cartas entre gerações: Projeto gerontológico intergeracional realizado em uma ILPI de São Paulo. Revista Kairós Gerontologia, 2015; 18(3), pp. 137-153.

41. Pompeia, J.A & SAPIENZA, B.T. Na presença do sentido: uma aproximação fenomenológica a questões existenciais básicas. São Paulo: EDUC/Paulus. Educ, 2010.

42. _____ Os dois nascimentos do homem: escritos sobre terapia e educação na era da técnica**.** Rio de Janeiro: Editora Via Verita, 2011.

43. Rodrigues A., Assmar E. M. L., Jablonski B.. Psicologia Social. São Paulo: Editora Vozes, 32a. edição, 2015.

44. Rodrigues AG. Habilidades comunicativas e a rede social de apoio de idosos institucionalizados [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010.

45. Rodrigues AG, Silva AA. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2013; 16(1):159-170.

46. Rodríguez, R. P.. La atención integral centrada en la persona. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106, 2010.

47. Sandoval RA, Sá ACAM, Menezes RL, Nakatani AYN, Bachion MM. Ocorrência de quedas em idosos não institucionalizados: revisão sistemática da literatura. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2013; 16(4):855-863

48. Sapienza, B.T. Conversa sobre terapia. Ed. Escuta, 2015.

49. The Health Foundation. Simplificando o cuidado centrado na pessoa - O que todos devem saber sobre o cuidado centrado na pessoa. Proqualis/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2016.

50. Tomaél MI; Alcará AR; Chiara IGD. Das redes sociais à inovação. Ci. Inf., Brasília, 2005; 34(2): 93-104

51. Vieira ER, Palmer RC, Chaves PH. Prevention of falls in older people living in the community. *BMJ*. 2016;353:i1419. Published 2016 Apr 28. doi:10.1136/bmj.i1419

Lar dos Velhinhos de Rio Azul: O Espaço de moradia como influência no indivíduo e no coletivo

Talbian Raony Przybycz, Tatiane Cristina Ferreira

Introdução

A Instituição de Longa Permanência para Idosos - Lar dos Velhinhos de Rio Azul esteve prestes a encerrar suas atividades em 2012, quando as dificuldades financeiras se somaram às necessidades de melhorias estruturais, melhorias no quadro de recursos humanos e de reorganização documental. Com 28 anos, a ILPI passava pelo seu pior momento. Naquele ano, a mudança de gestão e coordenação ainda não teria sido suficiente para salvar a situação se não fosse também uma mudança de postura em relação ao enfrentamento da possibilidade de fechamento. Além dos boatos, a imprensa regional (rádios e jornais) noticiava o momento. A mudança de postura se deu a partir da resposta a uma pergunta sucessivamente repetida naquele momento: "Se o Lar dos Velhinhos fechar, para onde vão os idosos que moram na instituição?". Ao ouvir mais uma vez essa indagação, percebeu-se a chegada ao fundo do poço e a necessidade gritante de enfrentamento. Assim, a resposta foi dada: "A situação é muito delicada, mas tem uma diretoria e uma equipe de funcionários trabalhando para que isso não aconteça". Não demorou, porém, para o que era estampado como problemas que estavam levando a um possível fechamento da instituição passassem a problemas a serem solucionados, o que favoreceu um forte engajamento de voluntários (pessoas físicas e empresas) focados em ajudar, algo que foi de suma importância para evitar o pior. Entre várias mudanças relacionadas à organização, foi decidido não acolher mais nenhum idoso enquanto a Instituição não fosse reorganizada ao ponto de ter condições para isso. Naquele momento, eram mais de 50 residentes na ILPI, havia vários quartos coletivos e dez casas. Os quartos coletivos tinham de seis a oito idosos, já as casas eram para quatro idosos, com dois quartos para dois em cada um, mas, no momento, algumas estavam com dois, outras, com três idosos e uma das casas era ocupada pelos serviços de administração e enfermagem. Outra decisão tomada logo em seguida foi a de não acolher idosos enquanto não tivessem menos do que 40 acolhidos. Assim, a ideia seria desocupar a casa usada pelos serviços de administração e enfermagem e, pouco a pouco, transferir os idosos para as casas, ocupando as 40 camas, visando extinguir os alojamentos conjuntos. Com a reintegração de seis residentes com menos de 60 anos às suas famílias, também a reintegração de alguns outros idosos e alguns óbitos ocorridos ao longo do ano, ainda em 2012, o número de moradores na ILPI baixou para 40 residentes, chegando ao momento da mudança, que

resultaria em inúmeras melhorias, principalmente e diretamente na qualidade de vida dos residentes: a extinção dos quartos coletivos. Neste capítulo, por meio de relatos de experiência de profissionais do Lar dos Velhinhos de Rio Azul e falas dos residentes, evidenciaremos algumas questões referentes à dinâmica do dia a dia de uma ILPI com casas em sua estrutura, tendo também considerações de uma psicóloga quanto às situações levantadas.

Caracterização

A Associação Lar dos Velhinhos de Rio Azul localiza-se na região centro sul do estado do Paraná, no município de Rio Azul, com aproximadamente 14.500 habitantes. Foi fundada em 1984 e idealizada por Osvaldo Kosciuk que, quando criança, ao visitar um "asilo", começou a sonhar em um dia construir uma instituição para idosos. Quase trinta anos depois começou a efetivar este projeto com apoio do prefeito municipal da época, Ansenor Girardi, que prontamente somou forças para a concretização deste sonho. A instituição, que nesta época ainda se chamava "Lar dos Velhinhos Reverendíssimo Padre João Salanczyk", começou a funcionar em uma casa de madeira pertencente à prefeitura municipal. Em1987, as instalações mudaram de uma casa de madeira para uma sede própria, em um terreno doado pela própria prefeitura, com grande mobilização da sociedade para levantar fundos para a construção deste novo espaço. A Instituição de Longa Permanência para Idosos - Lar dos Velhinhos de Rio Azul tem característica assistencial, com uma diretoria própria e escopo normativo baseado na política de assistência social. O seu caráter filantrópico corrobora a pesquisa do IPEA (2011) ao indicar que 65,2% das instituições são filantrópicas, ou seja, identifica-se que o Estado, enquanto agente de proteção social, está distante de assumir seu papel e transfere suas responsabilidades para grupos da sociedade civil assumirem como atores de proteção social.

De acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2009), a instituição faz parte da proteção social especial de alta complexidade com a prestação de serviços de acolhimento excepcional para pessoas idosas, ofertando atendimento integral, tais como: alimentação, vestuário, moradia, lazer, esporte, cultura, dentre outros. O acolhimento institucional da ILPI tem como modalidade estruturante de organização o formato de diversas residências. Desse modo, o "Lar dos Velhinhos de Rio Azul" difere-se por seu sistema de moradias.

2012 - A extinção dos quartos coletivos - O divisor de águas.

O processo de asilamento traz impactos significativos para o idoso. Impactos relacionados à memória, à administração de seus pertences e relacionamentos interpessoais. Conforme GRAEFF (2003), o asilamento dificulta as lembranças e contribui para o esquecimento, seja pela assepsia aplicada durante o ingresso na instituição (o sujeito precisa selecionar roupas e

pertences que levará consigo) ou pelo afastamento dos laços sociais (família, vizinhos e amigos). E quais poderiam ser os impactos que uma mudança interna poderia ocasionar? Embora este seja o ano da grande mudança, vale ressaltar que, em 2006, havia somente os alojamentos conjuntos. Foi então que começaram as construções das primeiras casas na ILPI, de 2006 a 2012. Podemos dizer que, em sua estrutura, a instituição era um misto de quartões e casinhas e, nesse período, as pequenas moradias foram sendo construídas gradativamente, até que, em 2010, foram construídas as últimas, totalizando assim dez casas. O foco era aumentar a capacidade de pessoas atendidas. E foi logo após esse período que a ILPI atingiu o seu máximo em número de moradores, chegando a 63 pessoas entre idosos e não idosos, mesmo o público com idade inferior a 60 anos não sendo o público alvo em ILPIs. Esse número era alarmante, considerando, principalmente, os recursos humanos dos quais o Lar dos Velhinhos dispunha na época, sendo um quadro de funcionários de apenas 12 profissionais em seu total, divididos ainda por escalas. Considera-se que o ciclo vital da velhice traz transformações biológicas, sociais e psicológicas. Segundo COUTO (2008), a velhice é rodeada de transformações biológicas, sociais e psicológicas, exemplificadas por perdas de contatos com amizades antigas (ou simplesmente perdas de amigos que já faleceram) e perda de autonomia devido à saúde não ser mais a mesma da juventude. Contribuindo com a ideia, FALCÃO (2010) diz que o envelhecimento é, portanto, um processo biopsicossocial com variáveis culturais, que começa na concepção e termina com a morte. Entendendo isso, o intuito de trazer contribuições a essa faixa etária e ao público sempre foi primordial. Embora a instituição tenha crescido em espaço físico, as condições estruturais gerais, os recursos humanos envolvidos, a desorganização relacionada a documentações, rotinas diárias, possibilidades de desenvolvimento da individualidade, pertença, relacionamentos saudáveis e as dívidas direcionavam a ILPI para o fechamento. Foi então que a necessidade de mudanças se fez presente para que estas acontecessem em 2012. Entre todas as mudanças, no que diz respeito aos residentes e à dinâmica da instituição, a extinção dos quartos coletivos foi a que causaria e causou maior impacto, principalmente a médio e longo prazo. O foco acordado entre a nova diretoria e a nova coordenação era o de não acolher novos moradores enquanto não se reorganizassem as dependências do local, assim como a ideia posterior de esperar baixar para 40 o número de residentes ajudaria mais tarde nessa grande mudança. Quando aconteceu, esse processo demandou cuidado, afeto, responsabilidade e ética com cada um dos moradores, bem como com suas histórias de vida, pertences e ideias. Alguns demonstraram um pouco de resistência para o processo como foi possível identificar, principalmente em um dos moradores, após 39 deles já estarem ocupando as casas. Na ocasião, um morador, na época com seus 49 anos, não aceitou se mudar, já que o antes quartão, que compartilhava com mais sete homens, agora, era unicamente dele. Possivelmente, de forma inicial, traria a ideia

de individualidade naquele ambiente. No canto do quarto enorme, ele permanecia com sua cama, uma pequena mesinha, um rádio, sua teimosia e, principalmente, o seu poder de decisão, o que foi respeitado e acolhido pela equipe que estava gerenciando o processo. Foram duas semanas assim até ele perceber que um quarto enorme era, ao mesmo tempo, um grande vazio. Durante toda a vida, desde o nascimento até a morte, o ser humano tem necessidade de apoio e aprendizado em seu desenvolvimento. Conforme PRETTE & PRETTE (2012), o desenvolvimento social do indivíduo inicia-se no nascimento e há evidências em seu repertório de habilidades sociais ao longo da vida. Foi um trabalhar com esse morador por duas semanas que o ajudou a se decidir pela mudança. Ampliando assim seu repertório social, incluindo-se ao sistema novo, o morador, que resistia, inseriu-se ao sistema que lhe foi apresentado para o ambiente e o momento em que se encontrava. O processo de socialização que BRONFENBRENNER (1996) apresenta e enfatiza é que os diferentes sistemas de interação, organismo-ambiente, influem sobre as características do indivíduo ao longo de sua vida. É preciso acontecer as interações entre ambiente e indivíduo, sendo assim, como resultado do ambiente (casa nova) e indivíduo (morador), os quartos coletivos foram extintos do Lar dos Velhinhos de Rio Azul e uma nova fase iniciada.

Estrutura, dinâmica e suas mudanças

A trajetória de nossas vidas traz possibilidades infindáveis, que promovem mudanças. E muitas dessas mudanças tendem a gerar desajustes. Conforme MOREIRA (2012), os eventos de vida convocam o sujeito para rever os recursos do self e criar novos recursos, ou seja, as situações cotidianas são promotoras da continuidade de novas possibilidades e mesmo no envelhecimento as mudanças são necessárias. Na ILPI, as mudanças iniciaram-se pelo espaço físico. Até 2006, o Lar dos Velhinhos era composto em sua estrutura física por uma capela para fins ecumênicos, uma estrutura onde funcionavam lavanderia e panificação e o prédio principal que, além de sala, cozinha, refeitório, rouparia e outras salas, concentrava sete quartos coletivos. Dispondo dessa estrutura, não haveria nada inadequado para o público atendido, pois as necessidades primordiais poderiam ser atendidas por esse espaço físico, mas a possibilidade de considerar e ampliar a forma de atender as demandas dos residentes foi se estruturando e ampliando. Entre 2006 e 2012, a instituição passou a ter uma estrutura mista, ou seja, iniciou-se a construção das dez casas, que aconteceu de forma gradativa, sendo que as últimas casas foram construídas em 2010. Por seis anos, a ILPI teve residentes alojados tanto em quartos coletivos quanto em casas. Essa configuração mudou definitivamente em 2012, quando o prédio principal ficou como sede dos serviços administrativos, de enfermagem, serviço social, psicologia, fisioterapia, educação física, pedagogia, nutrição, cozinha, panificação, lavanderia e rouparia e dos ambientes de uso coletivo como banheiros, refeitório e sala de estar, configuração que possibilitou impactos diversos nos

processos entre moradores, equipe administrativa e trabalhadores em geral. Um desses impactos está relacionado à equipe de trabalho e suas dinâmicas. As mudanças tendem a motivar e encorajar novas ações frente às situações a serem vivenciadas. Novas possibilidades, quando bem articuladas, tendem a renovar e a trazer novos significados para aqueles que as experienciam, assim, essas mudanças foram mobilizadoras, dando oportunidade aos residentes idosos para que pudessem experimentar uma velhice como uma fase satisfatória em seu ciclo vital. Corroborando com esse intuito, RIBEIRO (2015) traz que o envelhecimento populacional resultou no interesse de pesquisadores e clínicos na tentativa de conhecer fatores capazes de aumentar as chances de as populações experimentarem a velhice como uma fase satisfatória no curso da vida, algo perceptível ao fazermos comparativos entre os dois momentos (quartos coletivos e casas). Quando estavam no primeiro, os residentes recebiam visitas sem o mínimo de entusiasmo, tinham a opção de receber o visitante onde quisessem, porém, tudo era ambiente coletivo. Levar um visitante até seu "canto" significava levá-lo até sua cama, dentro de um quarto com várias camas. Tinham seu espaço, entretanto, faltava-lhes o sentimento de pertença, pois residente e visitante ali sentavam sem conforto para a conversa, sem privacidade. Por vezes, enquanto uma visita acontecia, alguém dormia ao lado. Outro fazia a tentativa de descanso enquanto escutava a prosa. Em outros momentos, alguns dos residentes até entravam na conversa, deixando o visitante ou o morador que recebia a visita pouco confortável. Tudo tornava difícil para visitante e visitado aproveitarem o momento sem interferência. Outra questão que influenciava negativamente era que, nos quartos coletivos, os residentes tinham a sua própria cama e, às vezes, alguma mesinha ao lado com seu rádio, mas ao ligar o rádio, a tendência era gerar conflito pois era comum a queixa: *"não dá nem pra descansar, fulano acha que somos surdos" (SIC).* Do outro lado à queixa, também acontecia: *"não se pode nem ouvir rádio que já reclamam"*. Descansar de dia ou à noite significava estar exposto aos outros, ao barulho, tornando impossível o descanso no momento desejado pelo idoso. Em resumo, conversar à vontade era impossível, mostrar os seus pertences não era algo que faziam, pois só tinham aquele canto e o pouco que cabia nele. Quando as camas estavam todas ocupadas, durante a noite, eram comuns as discussões com vários envolvidos. Alguém esbravejava sozinho, outro, achando ser com ele, gritava com um terceiro, achando ser este quem esbravejou, por fim, outro já mandava calarem a boca e assim a discussão seguia. Uma funcionária, que trabalha desde aquela época dos quartos coletivos, relata sobre outro problema: *"eles já num tinham quase nada, daí, quando alguém perdia ou tinha algo pego por outro morador, virava em briga, e desconfiança" (SIC).* Diante das falas acima, destacamos ainda uma pergunta feita aos funcionários que trabalham desde a época dos quartos coletivos, e a resposta é unânime: *O que os quartos coletivos tinham de positivo, que as casas não têm? "Nada".* Em todas as falas foram apontadas apenas situações problemáticas, fatos negativos e que pareciam não ter solução, se não, apenas com outro modelo de moradia.

Entende-se que a coletividade e a sociabilidade trazem contribuições desde que sejam delimitadas as particularidades do indivíduo, pouco se coopera entre as relações interpessoais e intrapessoais em momentos como os citados acima. Na relação intrapessoal, conforme VEIGA & MIRANDA (2006), o indivíduo tem a possibilidade de conhecer a si mesmo, controlar suas emoções, administrar seus sentimentos, projetos, podendo assim construir um modelo de si mesmo e utilizar esse modelo a favor de si na tomada de decisão. Nas competências relacionadas à inteligência interpessoal, o indivíduo é direcionado ao relacionamento com o outro, ainda em VEIGA & MIRANDA (2006), a inteligência interpessoal é a competência com que o indivíduo se relaciona bem com as outras pessoas, distinguindo sentimentos (intenções, motivações, estados de ânimo) pertencentes ao outro e permitindo a interação. Portanto, o ambiente com formato de quartos coletivos pouco favorecia no desenvolvimento das habilidades intrapessoal e interpessoal. Levantamos a seguir outro elemento observado na conversa com funcionários, os namoros entre residentes.

Relacionamentos entre residentes

Algo inesperado para alguns foi a união de casais entre os idosos residentes da ILPI. Porém, importante reforçar que a sexualidade não tem limite de idade e deve ser desenvolvida ao longo da sua jornada de vida. Conforme FALCÃO (2010), a sexualidade não é só relação sexual, é preciso existir todo um contexto de afetividade, que é essencial ao ser humano. Com a afetividade sendo mais possibilitada, relacionamentos amorosos puderam ser vividos no contexto da instituição. Acerca das questões relacionadas à velhice, Beauvoir (1976) apresenta a necessidade de reconhecer as dificuldades de soluções e vê uma saída: "continuar lutando por objetivos capazes de conferir um sentido à existência; continuar paixões para que não nos voltemos demasiadamente sobre nós mesmos". Até os dias atuais, seis casais foram formados entre residentes, cinco desses resultando em casamentos e um deles (casal de namorados) decidiu residir com a família da idosa. Dos cinco casais que decidiram pelo casamento, o primeiro deles foi residir na cidade de procedência da noiva, já do segundo casamento, os dois idosos são falecidos (residiram na ILPI até a morte) e, dos três últimos casais, que acabaram por se casar em dezembro de 2019, todos seguem residindo na ILPI. Em todos os casos, os dez idosos envolvidos nos casamentos se conheceram, começaram a namorar e se casaram enquanto residiam na instituição. Fato relevante é que todos os relacionamentos que acabaram em matrimônio se iniciaram quando os idosos já residiam nas casinhas. Na situação onde o casal de namorados foi residir com os familiares, o namoro começou no período dos quartos coletivos, situação que incentivou a mudança para uma das casinhas que já existia, possibilitando maior privacidade e facilidade de estarem juntos, uma vez que nos quartos coletivos a ala feminina e a masculina eram separadas, embora, fora dos quartos, homens e mulheres

compartilhassem os mesmos espaços. Nas casas, a separação também existia, com cinco casas para homens e cinco para mulheres, sendo essa divisão feita de forma paritária, porém, com liberdade para casais se visitarem e/ou para residirem juntos, quando da vontade de ambos. Observando as datas de mudanças nas formas de moradias e conhecendo as histórias dos casais, fica nítido o quanto as casas favoreceram o início dos romances e manutenção dos mesmos. Atualmente, com três casais residindo na ILPI, três casas têm homens e mulheres residindo juntos. Como as casas têm dois quartos para dois, cada uma das três tem um casal morando em um dos quartos e mais residentes no outro. Nestes casos, os residentes são escolhidos casa a casa. A opção é por colocar nas mesmas casas dos casais os idosos que dão indícios de que contribuirão com os relacionamentos interpessoais da casa e da ILPI como um todo, assim, e com vínculos formados, as casas com casais e outros idosos passam a impressão de ambiente familiar, tão logo, além dos quartos, os espaços e momentos acabam compartilhados com integridade e respeito por parte dos residentes envolvidos.

Adaptação ao novo sistema

Tendo automaticamente já adentrado o assunto de 2012 para cá, ou seja, do Lar dos Velhinhos de Rio Azul com casas como sistema de moradia para seus residentes, destacamos que para os funcionários foi um processo de aprendizado, pois, embora já se buscasse definir por afinidade quem iria morar com quem, o convívio diário em ambiente com menor número de pessoas revelava mais sobre os idosos, tanto por fortalecimento de vínculo entre vários deles como por intrigas surgidas a partir destes momentos ou já existentes e potencializadas a partir de então. Assim, por vezes, os profissionais tiveram a oportunidade de aprender a contornar as situações. No início, em alguns casos, os idosos em conflito eram separados, entretanto, mudá-los de local não solucionava o problema, apenas amenizava a situação conflituosa, mas o problema real não era trabalhado e nem ressignificado. Tão logo, com a mudança, as novas relações de conflito surgiam com novos companheiros de casa e novamente a demanda surgia, identificando-se a importância e a necessidade de uma equipe multiprofissional para o atendimento das demandas dos residentes. Com esse acompanhamento, ficou perceptível também a geração e fortalecimento de vínculos entre os idosos companheiros de residência que não tinham atritos, o respeito criado a partir das diferenças entre os mesmos, a preocupação mútua quanto a sinais de mudança dos colegas, principalmente em relação à saúde, o compartilhamento de histórias e momentos quando em suas casas, tornando esses novos vínculos cada vez mais possíveis de serem estabelecidos. Na sequência, um breve relato sobre situações corriqueiramente encontradas enfatiza essas relações: *"Olinda joga dominó na sala da casinha quatro com o marido Sebastião, às vezes, seu Irineu, que divide a casa com eles, também joga". "Na casa três, Tadeu toma café da manhã junto com o casal Conceição e Leal". "Ana passa*

a maior parte do dia junto com o casal José e Antônia na casa oito". "Aristides e Jorge assistem juntos o jornal da manhã na casa sete". "Tem dias em que Olinda visita Antônia, Antônia visita um ou outro idoso de mais idade quando está debilitado". "Darci tenta às *escondidas conseguir cigarro com moradores de outras casas". "Rodrigues faz benzimentos, quando algum residente pede a ele".* Essas situações são algumas das várias que podem ser observadas dia a dia numa pequena vizinhança com dez casas, aonde o ir e vir é constante e diário. As relações são estabelecidas de diferentes formas e incluem o poder de decisão e escolhas, os residentes se observam, conversam, riem, brigam, guardam segredos, paqueram, se evitam, se distratam, se visitam, se abraçam, compartilham chimarrão, confidenciam segredos, em resumo, compartilham suas vidas. São oportunizados a terem seus momentos em particular, desenvolvendo assim aspectos referentes aos relacionamentos intrapessoais e interpessoais. O dia passa entre esses momentos e os que passam também nos ambientes de uso coletivo nas áreas externas, e/ou momentos que passam descansando nas camas, e/ou sofás das suas casas. Quando chega a noite, alguns se encontram nas salas das casas para assistir jornal, outros, para ver novela. A grande maioria nunca passou pela experiência dos quartos coletivos (apenas cinco dos atuais residentes já residiam na ILPI na época dos quartos coletivos), muitos, pela primeira vez, estão tendo a oportunidade de ter uma casa, de nesta casa ter companhia, muitos estão tendo uma primeira ou segunda chance, chance que as circunstâncias da vida fora da instituição fizeram com que não tivessem e/ou que tivessem perdido.

Pertences e pertencimento

Residir em uma casa possibilitou e tornou necessário ter muito mais do que uma cama. As roupas, antes guardadas na rouparia, podiam agora estar nos guarda-roupas e/ou nas cômodas, ao alcance dos seus donos, as salas, precisando de sofás, mesas, apoio para TVs, entre outros, assim pouco a pouco as casas foram sendo mobiliadas. Já as mobílias precisavam de algo a mais, capas para sofás, toalhas para as mesas, enfeites nos armários, quadros e calendários pelas paredes, dessa forma, os moradores passaram a ter a oportunidade de externar e se expressar por meio dos seus itens e relações. Poder ter as coisas está ligado a poder guardá-las, com isso, os residentes começaram a expor suas vontades de forma mais contundente, pois, além de poderem guardar seus pertences, podiam usufruir destes com maior privacidade. Olinda se tornou moradora quando não existiam mais os quartos coletivos, mas havia residido em outra instituição com alojamento conjunto, *"naqueles quartão a gente nem podia ter nada, nem fazer nada diferente que ficava todo mundo olhando, zóiudo, querendo"*, no Lar dos Velhinhos, ela é uma das residentes que gosta de zelar pela sua casa, mantendo-a arrumada, passando pano e/ou varrendo, ao passo que o marido, Sebastião, cuida do pequeno jardim frente a casa, *"aqui é bão, a gente pode ter as coisas"*, completa ela. Ana mostra seu quarto com alegria, as roupas dobradas no

seu guarda-roupa, as atividades que faz, guardadas na cômoda. Baumeister e Leary (1995) trazem a reflexão de que os seres humanos possuem uma necessidade básica por pertencimento, o que motiva a busca por relações sociais profundas e positivas. Apresentar a casa aos visitantes tornou-se algo comum. Tarcísio (já falecido), residente desde os tempos de quartões, era um dos mais felizes com a casa onde passou a residir, quando com visita, ele não se continha, *"esse sala, esse sofá, esse banheiro, aqui vaso, esse quarto, esse cama"* e seguia mostrando também seus objetos e demais pertences, *"esse chocolate, esse sapato, esse camisa"*. Em outros tempos, a apresentação era limitada, *"esse cama"*, e rara, pois não tinha o mesmo entusiasmo. Quem conhece Antônia, e sua casa, logo nota o quanto dela há por lá, desde a entrada, na varanda, onde os pássaros, nas gaiolas, cantam. Ao entrar na casa, a sala toda cheia de enfeites e porta retratos nas mesinhas já chama a atenção, as paredes cheias de calendários de santos, as bonecas de pano feitas por ela e os tapetes também compõem o local. No quarto, mais bonecas, violões, gaita, também sua máquina de costura e vale destacar que, quando foi residir na ILPI, ela levou seus móveis, seus objetos, quadros, calendários, passarinhos e tudo mais que tinha. A fase anterior a 2012, automaticamente, fazia com que os idosos aspirantes a residentes da instituição não fossem estimulados a levar muitos pertences, pelo contrário, havia naquele período até certo desencorajamento uma vez que o idoso não teria espaço suficiente para deixar suas coisas. Esse entendimento dos pertences acompanharem os idosos quando acolhidos fez parte também da transformação pela qual a ILPI passou. É notável observar como essa estrutura de casas tornou possível para o idoso formar, ao redor do local que chamará de seu, um espaço familiar no que diz respeito a móveis e objetos, revertendo aquele ambiente de forma mais ágil e próxima possível ao que era seu espaço fora da instituição, familiarizando-se de maneira mais rápida com o seu novo lar. Abaixo, segue um escrito, inspirado em Antônia, sobre o que lhe pertence e sobre o pertencimento dela hoje dentro da instituição.

A CASA DE ANTÔNIA

Em cada casa residem até quatro idosos, ou seja, ela é de todos. Mas dona Antônia a transformou em SUA/DE TODOS de tanta coisa que trouxe e de tudo que compartilha. O periquito com sua gaiola, à noite, pra dentro e, de dia, pra fora. Entrando na casa já é possível avistar os quadros de santos e os sofás, se quiserem é só sentar. *"Naquele canto tudo também quem trouxe fui eu, e o que procuro, acho, o que ali se perdeu. No quarto, minha máquina de costura serve pra roupas, agora caso você se renda, costuro no paninho sem perder a compostura".* ANTÔNIA é costureira, benzedeira, namoradeira, miss simpatia. Ela é celularzinho na mão, registrando passeios e ligando pras amigas. Ainda tem quem acredite que quem pro Lar vem, vem pra aqui acabar. Aqui é continuação, é recomeço. Quem sabe mais carente que de visitantes, muitas pessoas sejam carentes de tipos tipo Antônia.

Voltando ao texto, outro detalhe é a possibilidade de passarem o dia na casa, por vezes limpando, por outras, fazendo algum trabalho manual, vendo TV, ouvindo rádio ou simplesmente descansando. Quando não querem ir aos espaços de uso comum, ficam pelas casas, todas têm TV, descartando a necessidade de ir até a sala do prédio principal, todas têm banheiro, tornando desnecessário ir aos de uso coletivo, todas têm mesas, possibilitando fazer as refeições nas casas sem necessidade de ir ao refeitório. Quanto aos ambientes externos, as casas têm pequenas varandas, assim, todos os ambientes de uso comum se tornam opcionais para os idosos. Uma frase corriqueira, dita por dona Lídia (já falecida), tornava ainda mais clara essa questão de opções, *"se hoje chover, vou ficar em casa, não vou ao asilo"*. Para ela, asilo (termo ainda usado por alguns residentes) era o prédio principal, quando na casinha, ela não estava na instituição e sim em casa. A sensação de pertencimento, antes do período das casinhas, existia da seguinte forma: pertencer a este ou aquele quarto resultava em diferentes características, com o tempo, absorvidas e similares a de colegas de quarto. Por exemplo, num dos quartos femininos, todas as moradoras eram tidas como briguentas devido às discussões que ocorriam durante a noite, noutro, estavam as quietinhas, idosas que se respeitavam mais entre elas. Do lado masculino, era nítido os que pertenciam ao quarto dos mais debilitados assim como os que pertenciam ao quarto dos mais desleixados quanto à higiene pessoal. No dia a dia, os grupos de chimarrão, TV e fumantes tinham seus membros. Lembrando que isso tudo dentro de um limite espacial de poucas opções (ambientes coletivos internos dentro do prédio principal e externos ao redor deste), esse espaço coletivo maior, que na ocasião englobava as poucas possibilidades de onde podia se estar dentro da instituição, trazia também características quase que gerais aos residentes como de receber visitantes sem ânimo nenhum, ou ainda, de estarem num grupo acostumado a ter que compartilhar tudo, inclusive vontades como do que assistir na TV, dos horários para o banho, até o momento de apagar a luz do quarto antes de dormir. Dessa maneira, os residentes pertenciam a essa coletividade e o descontentamento nítido que transmitiam era reflexo dessas limitações impostas a eles. A mudança dos quartos coletivos para as casinhas deu fim a várias situações nas quais os idosos de maneira geral estavam inseridos, a influência do espaço no sujeito trouxe uma situação totalmente diversa, a partir dessa mudança para as novas moradas. A configuração de quais idosos residem em qual casa é algo mutável a cada nova necessidade, às vezes ocasionada pela chegada de novos e/ou pela partida de antigos moradores. Outro fator que influencia nessas mudanças entre uma casa e outra são as questões de saúde, por exemplo, quatro idosos muito debilitados numa mesma casa limita-os a terem um apoio, confiança em outro colega melhor de saúde ou com mais vitalidade e essa questão influencia ainda diretamente no monitoramento entre eles, não como algo obrigatório, mas natural, de zelo e preocupação pelo próximo. Tivemos também como critério os casamentos,

com os casais passando a residir juntos, destacando que, embora nas três casas não seja seguido o critério de apenas homem ou apenas mulher, esse é outro fator para definir os residentes das demais casinhas, inclusive, fator inicial para quem vai ocupar qual casa. Finalmente, além de todos esses, outro critério usado de forma mais preponderante é a afinidade entre os idosos. De qualquer forma, o pertencer a toda uma coletividade que envolvia os quartos coletivos e tudo que estes englobavam já não existia mais, o pertencimento e resultados desta nova maneira de morar era algo que começava a ser construído. Como já mencionado anteriormente e reafirmado agora, em cada casa, os residentes passaram a viver situações de acordo com as próprias daquele espaço, seja pela organização da residência por rotinas estabelecidas, pelos hábitos diários e também pelas ações individuais e/ou coletivas com os demais residentes da mesma morada. Atualmente, é nítido ver qual idoso reside com qual, por buscarem entre eles essa referência, mesmo quando estão nos demais ambientes da instituição; é nítido qual pertence a qual casa, seja pela organização ou, por exemplo, limpeza; também é nítido pelos costumes que comentam ter quanto a horários de dormir, programas de TV que assistem ou que ouvem no rádio e por assuntos comentados. Essa troca entre os próprios hábitos e hábitos dos companheiros de casa resulta na composição das casas e dos próprios moradores, portanto, assim, com o passar do tempo, foram e são restabelecidas as novas sensações relacionadas ao pertencimento de cada indivíduo dentro daquela coletividade. Aliás, a ILPI segue com caráter coletivo, porém com possibilidade de vivência em grupos menores de até quatro idosos por casa, com no máximo dois por quarto. De maneira geral, o ganho em qualidade e dignidade de vida aumentou significativamente. A necessidade de pertencimento individual influencia como o sujeito percebe e se comporta no meio social. A valorização da aceitação e a necessidade de estabelecer laços tornam os indivíduos mais bem adaptados para operar no meio social. Assim, o que a instituição oferece a cada idoso a partir de sua estrutura, este retorna de certa forma à instituição, dentro de uma coletividade formada e transformada pelas mudanças relacionadas ao ambiente.

O formato estrutural frente à pandemia

2020 – O surgimento da COVID-19 como ameaça mundial e a chegada do vírus ao Brasil com um número gritante de contágios e, sucessivamente, de óbitos causados por este acendeu um alerta gigantesco em relação a idosos com saúde fragilizada, algo ainda mais preocupante dentro das Instituições de Longa Permanência para Idosos, onde a concentração desse público é maior. Antes mesmo da chegada das primeiras orientações externas de como lidar com a situação chegou o medo do contágio que, caso alcançasse a instituição, seria com chance enorme de contágio em massa, assim, medidas urgentes precisavam ser adotadas, além de suspensão inicial das visitas e conscientização quanto aos riscos e adoção de medidas gerais de cuidados

(envolvendo principalmente higienização correta das mãos e uso adequado de máscara), sendo adotadas medidas possíveis definitivamente, devido à estrutura física da ILPI. Com objetivo de evitar aglomeração dos residentes nos espaços coletivos, a sala do prédio principal, os banheiros coletivos e o refeitório foram interditados, já os ambientes externos de maior aglomeração passaram a ser controlados de maneira que poucos idosos permanecessem nestes e por pouco tempo. Essas mudanças preventivas foram muito bem aceitas pelos idosos, uma vez que a estrutura de cada casa oferece a eles banheiro, sala (com TV) e a possibilidade de fazerem ali suas refeições (as salas possuem mesas). Diante dessas precauções, algo logo chamou a atenção, os residentes passaram a comer melhor e logo começaram a pedir que após a pandemia pudessem continuar comendo nas casas. O primeiro ponto a assinalar é que comer nas casas ou refeitório era uma decisão dos próprios idosos, mas, provavelmente, pelo fato de a única opção antes ser o refeitório, essa situação se tornou cultural, seguido à falta de estímulo para decidirem qual espaço achavam melhores para refeição. Até então, os residentes que não tinham o hábito de socializar com os demais nos ambientes de uso comum e também os idosos que em determinados momentos se encontravam mais debilitados serem os que faziam as refeições nas residências, os demais, naturalmente, se dirigiam ao refeitório. Agora, com as mudanças diante da pandemia e a rotina de comer em casa, eles acabaram por manifestar essa vontade de seguir assim. O pedido dos idosos causou uma reflexão quanto aos momentos em que eles se encontravam no refeitório, já que comer em ambiente coletivo não era algo que os estimulasse a comerem bem. Entre funcionários, foi lembrado o quanto era comum, nos momentos de refeições, as discussões ou, então, alguém faltar com higiene frente aos demais e até repetir o prato era motivo de intrigas entre alguns. Poderem comer num ambiente com menos pessoas certamente não eliminava de vez todos esses acontecimentos, mas os tornavam bem menos frequentes. Também, realizar as refeições num ambiente mais familiar e com o mesmo grupo de idosos com o qual já dividiam a casa tornava o momento mais reservado e prazeroso. Diante da situação, o refeitório já entrou na lista de espaços "a beira da extinção". Talvez não deixe de existir, mas com certeza não voltará a ser frequentado como antes. Com todas as mudanças referentes ao uso dos espaços físicos, as casas passaram a ser ainda mais frequentadas pelos residentes, uma opção que tinham, mas não exploravam da forma que a pandemia e suas consequências acabaram por impor e que muito provavelmente fará com que a rotina dos idosos, mesmo quando a normalidade voltar, não seja a mesma de antes. Podemos dizer que nessas questões de opções e uso do espaço residencial com mais frequência as medidas preventivas de enfrentamento ao COVID-19 deixaram algo muito positivo para a rotina dos residentes do Lar dos Velhinhos de Rio Azul, a descoberta do quanto estar em casa, ainda que dentro da instituição, pode ser algo possível e aconchegante.

Visita na minha casa

Limitar dias e horários de visitas nunca foi uma opção para o Lar dos Velhinhos de Rio Azul (exceto durante a pandemia e por motivos de prevenção) devido ao entendimento que isso pode afetar o número de visitantes e que elas influenciam diretamente e positivamente nas condições psicológicas dos idosos. Como já abordado neste capítulo em relação a outros assuntos e, de certa forma, também já mencionado sobre este, mas frisando novamente, as visitas antes da extinção dos quartões eram recebidas de forma diferente das que ocorrem após essa mudança, agora, o entusiasmo passou a ser presença garantida: *"vamos lá em casa", "chegue lá em casa tomar um chimarrão", "deixa eu te mostrar uma flor lá no meu jardim", "tive visita hoje, ficamos de papo sentadas no sofá lá da sala".* Essas frases se tornaram rotineiramente ditas com alegria pelos idosos, assim como outras frases referentes a pertences e companheiros de morada por exemplo. Seu Eugênio (já falecido) dizia, *"caboco novo aqui, se vai morar lá em casa e não for limpo ou educado, tem que zelar pela casa",* dona Conceição nem sempre participa das atividades em grupo e a justificativa normalmente é a mesma, *"não vou poder, tenho que faxinar a casa".* Olinda gosta de renovar a casa, *"tem que por outro sofá lá pra quando tem visita poder receber melhor".* Como nestas frases recém-citadas, muito da preocupação dos residentes está voltada às condições da casa para receber visitas e, durante as visitas, sobra espaço, sobra assunto e o *"volte sempre", "apareça", "venha de novo"* também marcam presença. A privacidade não se tornou maior, tornou-se possível, e a possibilidade de receber visitantes na própria casa trouxe novos ares para os idosos. Abaixo, um poema inspirado e respirado pela composição do Lar, dos lares.

NA PORTA DA CASA QUATRO

Roseira por residente plantada, balança enquanto avista os pinheiros, tem um que é centenário, no Lar, tinha uma Juvina (não sei se de juventude) centenária. Tem...

Seu jeito ainda está lá, não esquecemos. O que avistou Juvina aos seus 107 anos?

O pinheiro centenário avista o dia a dia da instituição. As roseiras, não sei se por mãos de Olinda ou Marlene, foram ali plantadas, saudando quem passa, balançam.

Olinda e Marlene convidam quem passa a entrar na casa quatro, convidam quem entra a ficar, convidam, quando saem, a voltar. As roseiras da casa quatro, três, dois, um, balançam agradecidas, roseiras amarelas, brancas, vermelhas. Voltem sempre!

O pinheiro avista o portão, Quem vai e quem fica.

Considerações finais

Abordamos neste capítulo a influência transformadora que a extinção dos quartos coletivos com a transição para as moradias no formato de casas proporcionou aos residentes do Lar dos Velhinhos de Rio Azul enquanto indivíduos, tanto nas suas singularidades como com elas inseridas dentro da coletividade, pontuando também as mudanças gerais no perfil do grupo de idosos que residem nesta instituição. Ainda, de maneira mais notável e abrangente, a transformação quanto à promoção de dignidade proporcionada por parte da ILPI e o entusiasmo pela vida em relação a estes idosos. Promover e garantir a autonomia do idoso é um dos propósitos do Lar dos Velhinhos de Rio Azul. As mudanças nem sempre são aceitas inicialmente, em especial, quando a pessoa encontra-se com mais vivências e experiências e, dentro dessas, desenvolve razões para não acreditar no novo. Alguns tendem a optar pelo "sossego" e "conformismo". Entretanto, acredita-se que precisam ser apresentadas mudanças e possibilidades em todos os momentos do ciclo vital do ser humano, inclusive na velhice. Para a Instituição, torna-se imperiosa e emergente a tarefa de facilitar e propor ambientes, situações e possibilidades com o intuito de melhorar o bem estar biopsicossocial dos residentes. O direito de ir e vir também é considerado, com a possibilidade de que o próprio indivíduo opte pelos momentos em que queira ir e quais momentos queira vir, ou seja, as transformações dos ambientes tendem a possibilitar que escolhas sejam feitas. Escolhas relacionadas a momentos particulares e momentos coletivos em interações sociais. O ambiente tende a trazer impactos significativos para o desenvolvimento das questões intrapessoais como autoconhecimento da sexualidade, da responsabilidade e autonomia. Já o desenvolvimento desses resultará na ampliação dos relacionamentos interpessoais. Para o presente momento, o intuito foi de incluir o idoso residente no processo e nos relatos, pois dificilmente entenderemos sobre a velhice se não nos aproximarmos de seus relatos, de suas mudanças, seus olhares, suas paixões, amizades e transformações. Estas ocorrem constantemente, por isso, algumas questões tendem a ser despercebidas. A busca pela aproximação do "universo" do idoso é diária e constante, seja pela literatura, seja pela experiência de convívio com eles. A transição de quartos coletivos para casas traz avanços significativos e resultados percebidos. Acredita-se que mesmo aqueles que não tiveram a experiência de quartos coletivos demonstram maiores sinais de pertencimento e desenvolvimento em suas questões biopsicossociais. A busca por melhorias e qualidade de vida no Lar dos Velhinhos é diária, constante e gradativa, contando com parceiros e pessoas que apoiam e acreditam no processo de desenvolvimento. Entretanto, os residentes são os maiores motivadores para a ILPI seguir em frente, proporcionando, conforme seu lema, um "envelhecer com dignidade".

Referências bibliográficas

1. BRONFENBRENNER.U. **A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996
2. COUTO, Maria Clara P. de Paula et tal. **Terapia familiar sistêmica e idosos: contribuições e desafios**. Psicol. clin., Rio de Janeiro, v.20, n.1, 2008.
3. FALCÃO. Benedito Guilherme. **Vovô e Vovó ainda...? Sexualidade saudável do idoso**. 2010
4. FILHO. José Alexander Ribeiro Giffonni. **Análise de "Os tempos de Asilo: Uma reflexão sobre uma experiência de estágio em Psicologia Social."** Disponível em: https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0827.pdf
5. GRAEFF, Lucas. **Os tempos no asilo: Uma reflexão sobre uma experiência de estágio em Psicologia Social**, Estudos interdisciplinares, 2003.
6. MOREIRA. Jaqueline de Oliveira. **Mudanças na percepção sobre o processo de Envelhecimento**. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722012000400003&lng=pt&nrm=iso
7. DA VEIGA, Elizabeth Carvalho e MIRANDA, Vera Regina. **A importância das inteligências intrapessoal e interpessoal no papel dos profissionais da área da saúde**. *Ciênc. cogn*. [online]. 2006, vol.9, pp. 64-72. ISSN 1806-5821. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212006000300007
8. RIBEIRO. Pricila Cristina Correa. **A psicologia frente aos desafios do envelhecimento populacional**. Disponível em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000200009
9. Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). **The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation.** Psychological Bulletin, 117(3), 497-529. doi: 10.1037/0033-2909.117.3.497
10. GASTAL. Camila Azevedo & PILATI. Ronaldo. **Escala de Necessidade de Pertencimento: Adaptação e Evidências de Validade.** Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/pusf/v21n2/2175-3563-pusf-21-02-00285.pdf

Santa Rita: Moradia construída do ASILO à ILPI

Fabio Ricardo Ledesma, Juliana Marinski, Cesar Rey Xavier

Introdução

O envelhecimento populacional, consequência da diminuição da taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida, gera uma população cada vez maior de pessoas acima de 60 anos. Veras (2009) ressalta que a cada ano 650 mil idosos são incorporados à população brasileira. Em 1960 o Brasil tinha aproximadamente 3 milhões de idosos, 7 milhões em 1975 e, mais recentemente, em 2008, 20 milhões de idosos. Veras e Oliveira (2018) afirmam que em 2020 a população idosa do Brasil deverá chegar aos 32 milhões, o que representa acelerado crescimento. Ribeiro (2016) coloca o Brasil como o sexto país no mundo em número de idosos acima de 60 anos e nono em número de idosos acima dos 80 anos.

Em recente revisão apresentada pelo IBGE (2018) acerca da população projetada para unidades da Federação, estimou-se que, em 2060, um quarto da população (25,5%) no Brasil deverá ter mais de 65 anos. O Estado de Santa Catarina, que hoje tem a maior esperança de vida ao nascer, para ambos os sexos (79,7 anos), deverá manter a liderança até 2060, chegando aos 84,5 anos. No outro extremo, o Maranhão tem a menor esperança de vida ao nascer (71,1 anos) em 2018, condição que deverá ser ocupada pelo Piauí em 2060 (77anos).

Ainda de acordo com o levantamento do IBGE, o Paraná é o sétimo Estado com a mais longa expectativa de vida (77,6 anos), e deverá chegar aos 83, 86 anos, em 2060, quando será a terceira localidade brasileira, atrás de Santa Catarina (84,49 anos) e Rio Grande do Sul (83,91 anos). Segundo estudo do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (Ipardes), uma das principais tendências da dinâmica populacional no Estado diz respeito à crescente participação de pessoas idosas na população total.

> A participação das pessoas de 65 ou mais anos de idade na população total, que era de 7,5% em 2010, deverá ser de quase 20% em 2040. Por outro lado, a participação dos menores de 15 anos reduziu-se de 23,4% para 16,6%, no mesmo período. Esta dinâmica fará com que, a partir do final dos anos 2030, o número de idosos passe a ser maior do que o de crianças. A relação entre os dois segmentos etários, expressa pelo índice de envelhecimento, passará de 32 idosos para cada grupo de 100 crianças, em 2010, para 118 idosos para cada 100 crianças, em 2040. (IPARDES, 2018, p. 5)

Enquanto a população idosa paranaense triplicou nos últimos 30 anos, a população de 0 a 15 anos apresenta progressiva redução (PEREIRA; ROSA, 2018).

Simultaneamente às modificações demográficas, experimentam-se mudanças no perfil epidemiológico da população, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade (PEREIRA; ROSA, 2018).

A cidade de Irati, localizada no sul do Estado do Paraná, não foge à realidade brasileira do envelhecimento. Atualmente, possui cerca de 60 mil habitantes, de acordo com o IBGE (2019). Uma pessoa que nascia em Irati em 2010, data do último Censo, afirma o IBGE (2010), teria esperança de vida de 75,11 anos, enquanto, a título de comparação, a média nacional de esperança de vida ao nascer era de 73,1 anos. Irati, portanto, apresenta o fenômeno do envelhecimento populacional de forma ainda mais acentuada que a média brasileira, mesmo nos dias de hoje. Paschoal (2002) considera essa longevidade um triunfo do desenvolvimento humano. É possível, no Brasil, se pensar em longevidade avançada e até centenária.

O avanço da idade da população trouxe a exigência de se pensar na moradia dos idosos. Gradativamente tomou forma o papel do preparo da cidade para acolher esse público, que não podia ficar restrito ao âmbito familiar, pois existem idosos em situação de vulnerabilidade social, cabendo ao poder público a gestão e manejo. Mas não existe a oferta desse serviço na esfera pública municipal.

Irati conta, para esse tipo de acolhimento, com a ILPI Santa Rita, instituição de direito privado, fundada em 1957. Desde seu início presta o serviço de acolhimento a idosos. Porém a população idosa adquiriu mais direitos. Pensar nas obrigações se tornou complexo. A população aumenta e a instituição deve ser maleável e se adaptar. Daí advém a importância de um traçado histórico que englobe as mudanças do serviço de acolhimento e dos prestadores desse serviço.

Fundação e primeiros anos

Fundada a 21 de março de 1957, segundo a ata, com o nome Asilo Santa Rita: "um lugar que pudesse prestar assistência à velhice desamparada e a indigentes de ambos os sexos, fornecendo medicamentos, vestuário, moradia, alimentos e funerais, independendo de crença política ou religiosa" (ILPI SANTA RITA, ATA DE FUNDAÇÃO, 1957). Funcionava no centro da cidade, em imóvel cedido por Ercílio e Neusa Slaviero.

Na época, já existia a preocupação com a moradia, porém ainda eram definições tênues de público a ser atendido. Como mencionado na ata, atendia a idosos, mendigos, etilistas e deficientes, conforme as exigências.

Os problemas sociais eram mais genéricos, e todos ocupavam o mesmo espaço de acolhimento, por isso a gama de condições relativas àqueles que poderiam ingressar no mesmo ambiente institucional, o asilo. Os indivíduos considerados desamparados pela sociedade precisariam então de espaço. Como ressalta Avelar (2010), moradia é essencial ao bem-estar, mas no Brasil se convive com uma realidade de moradias precárias, especialmente nas populações menos favorecidas economicamente.

Levando-se em conta as moradias precárias, na década de 50 ainda mais comuns que atualmente. As carências dos indivíduos incapazes de autogerenciamento, ou desamparados, e a falta de ação do poder público, levaram à fundação do Asilo Santa Rita.

Deve-se contextualizar a época. Primeiramente era preciso fornecer moradia segura, higiênica e adequada, antes de se pensar em outras obrigações. A instituição passou a funcionar no centro da cidade em espaço acolhedor e adequado.

Em 1975, o Asilo Santa Rita se mudou para outro local, na cidade de Irati, porém mais afastado do centro, no bairro Lagoa. O espaço foi considerado adequado por apresentar ambiente de sossego, ser mais amplo, comportando os moradores com maior conforto. Outro motivo foi o imóvel original, em 1957, que havia sido considerado adequado, já não atender satisfatoriamente - construção em madeira e sem acessibilidade.

O serviço da instituição, inicialmente filantrópico, considerando que não recebia incentivo financeiro, absorveu demanda mais ampla. Em análise do processo histórico, Irati fez um "processo inverso" com a instituição de acolhimento. Pollo e Assis (2008) ressaltam que os idosos, em um primeiro momento, no Brasil, eram acolhidos em asilos de mendicidade para os pobres, doentes mentais, crianças abandonadas e desempregados. Em um segundo momento as instituições de longa permanência surgiram especificamente para o público idoso. O Asilo surgiu, primeiramente, para acolher idosos, mas absorveu portadores de deficiência, mendigos e etilistas.

De 1957 a 1975 pensava-se com ênfase em conceitos como abrigamento e saúde física. Não havia um olhar sobre o processo de envelhecimento e implicações nos aspectos biopsicossociais dos acolhidos. Era essencial suprir as carências básicas de quem ingressava, pois, com frequência, as únicas associações que ofereciam dignidade eram filantrópicas ou de cunho religioso.

Pela instituição passaram diversas diretorias, sempre prestando serviço, à época conhecido como abrigamento institucional. Os idosos que ingressavam no asilo tinham uma lógica de vínculo rompido com o exterior, e a instituição funcionava em um modelo de instituição total. Segundo Pollo e Assis (2008), a instituição total toma para si os cuidados sociais de saúde, alimentares e abrigamento, deixando o usuário totalmente institucionalizado e eliminando a necessidade de sair. Atualmente, o modelo de instituição total é considerado violação de direitos, pois rompe vínculos do morador com a família e comunidade. Naquele momento, entretanto, ainda se trabalhava em uma lógica higienista, definida por Penteado, Chun e Silva (2005) como "policiamento sanitário". Todos os "incompatíveis" com o padrão de vida adequado à sociedade precisariam ser tratados, independentemente de sua vontade.

Com a Constituição Federal de 1988, marco na aquisição de direitos, a instituição teve novamente que se adaptar, pois o artigo 230 afirma: "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".

O modelo de instituição total já não era mais bem-visto pela sociedade, que passou a dedicar atenção aos institucionalizados, antes invisíveis no sentido social, começando um processo de mudança a partir de 1990.

Novos rumos

Em 1990, Eugênio Demczuk, com apoio da Loja Maçônica União e Progresso, assumiu a presidência, nome utilizado desde a fundação. A presidência foi um divisor histórico, pois nesta gestão a maior preocupação recai nos moradores, retomando o conceito de "moradia", que acabara se perdendo. A instituição voltava a ser centrada nas exigências do idoso e não da sociedade que a procurava, princípio que estava se perdendo desde a fundação e era essencial ser resgatado.

Eugênio Demeczuk, em entrevista a 2 de novembro de 2019 ressalta:

"Tudo estava caindo, as telhas quebravam e ninguém consertava, o teto estava apodrecendo por entrar água, eles quase não tinham colchões, dormiam em umas espumas quase no estrado da cama. Minha primeira preocupação foi isso, então recebemos doação de um almoço beneficente e a renda foi usada para comprar cortinas, falei que não adiantava comprar cortinas bonitas para pôr em uma parede feia e suja, não apareceram mais para ajudar, mas era a verdade".

Figura 1. ILPI Santa Rita, 1990

Os antigos voluntários, na nova gestão, optaram por deixar de colaborar após Demeczuk ter ressaltado que a prioridade não seriam necessidades da estrutura física ou estética, mas o conforto e bem-estar dos moradores. No passo seguinte, colaboradores da antiga cultura institucional foram demitidos pelo presidente. Trabalhavam em um ritmo determinado pela cultura com a qual se desejava romper. A cultura não permitia que o acolhido tivesse voz, submetendo-o a uma rotina pré-determinada, nunca aprovada pelos a ela sujeitos.

A preocupação com a instituição ia da estrutura, em condições precárias, à forma como os moradores eram tratados. O problema mostrava-se mais amplo. Deveria ser construída não apenas uma instituição acolhedora, mas um lar. Entretanto, não havia como pensar em um lar, pois as necessidades básicas não eram sanadas.

Primeiramente, solucionaram-se os problemas estruturais. O antigo imóvel em que a instituição funcionou foi vendido. Ocorreram eventos de arrecadação para fornecer camas adequadas, em seguida a reforma da atual construção. Contratou-se uma nova equipe, responsável por cerca de 40 moradores.

Em 1994, com a saída da coordenadora, até então sempre freiras, o presidente contratou Maria Prodaniuk, funcionária de grande experiência no hospital da cidade, marcando o rompimento com o caráter religioso, ainda presente. Por "rompimento" é essencial que se entenda que a instituição deixou de ser coordenada por membros de uma religião, mas continua aberta a todas as religiões e manifestações, sem distinção, desde que não contrariem as normas da instituição.

O ano de 1994 ficou marcado pela Lei 8.842, de 4 de janeiro, que dispunha sobre a Política Nacional do Idoso (PNI). Apesar dos vetos dos artigos 11 a 18, que determinavam a criação de um Conselho Nacional do Idoso, não deixou de ser um passo histórico nos direitos da pessoa idosa. O idoso foi definido como o indivíduo com 60 ou mais. Firmou também o rompimento da antiga estrutura de acolhimento conforme a necessidade. Em sua Seção III, parágrafo único: "É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social" (POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO, 1994, Seção III - Art. 4).

Enquanto o Brasil assegurava mais uma etapa nos direitos da pessoa idosa, na ILPI Santa Rita, embora as reformas estivessem melhorando o local, havia um longo caminho a ser percorrido até o ideal da PNI. Maria Prodaniuk, em entrevista a 4 de novembro de 2019, ressalta:

"Quando eu cheguei não tinha quase nada do que se tem hoje, eu não tive vontade de ficar, não tinha asfalto, na chuva eles caminhavam pela lama, não

tinha cerca, eles andavam pelo meio do mato, eu e mais alguns moradores é que cortávamos o mato, um pouquinho por dia pra não cansar eles, tinha pouco funcionário, a gente fazia tudo, cuidava deles, limpava o chão, lavava a roupa".

Na estrutura física, além das reformas, houve melhorias. O jardim foi restaurado, as áreas de desnível foram isoladas, garantindo que os moradores circulassem apenas pelas áreas planas, reduzindo quedas, os caminhos que eram de terra foram asfaltados, o piso passou a ser antiderrapante e foram fixadas barras de segurança nos banheiros.

Com a estrutura reformada, passou-se a se pensar na qualidade de vida, na individualidade e exigências, iniciando o processo de transformar a ILPI em alternativa de vida e apagar o estigma de asilo, visto como "espaço de segregação" (POLLO E ASSIS, 2008, p. 33).

Embora a instituição estivesse melhorando a passos largos, sem mais problemas com as estruturas, os moradores começaram a ser incentivados a receber visitas, estabelecer vínculos com a comunidade e reestruturar vínculos familiares. Viam agora a ILPI como sua casa. Mas ainda eram acolhidas pessoas com idade inferior a 60 anos, quase sempre a pedido do poder público, sem espaço gerido pelo município para a permanência de portadores de deficiências físicas, transtornos mentais e pessoas em situação de rua.

Em 2002 foi, por fim, instituído o Conselho Nacional de Direitos da Pessoa Idosa, a partir do Decreto Federal 4.227. Em outubro de 2003, a Lei 10.741, que instituía o Estatuto do Idoso, definindo, em seu artigo 4º: "Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei".

Deveria ser construído um espaço no qual fossem restituídos, à pessoa idosa, os direitos violados, e não apenas retirada do local em que ocorreu a violação.

Todos esses fatores culminaram na atual situação da ILPI, contribuindo para a construção de um espaço de acolhimento. Por definição de acolhimento um espaço em que o sujeito é recebido, respeitado em sua individualidade, aceito pelos outros moradores, e estabelece vínculos afetivos com os demais acolhidos, sentindo-se pertencente ao espaço em que está inserido.

Atualidade, futuro e desafios

Quando se fala em atualidade, é importante mencionar a mudança da razão social, que alterou Asilo Santa Rita para ILPI Santa Rita e a elaboração de um novo estatuto social. Esses atos simbolizam o rompimento com o antigo conceito de asilo, instituição que aceitava acolher pessoas em situação de vulnerabilidade e que o município não tinha local para destinar. Agora a instituição tem por critério a idade de 60 anos ou mais para acolhimento, como definido pela PNI.

Visando ressaltar a abrangência e o cuidado que devem ser prestados nessas instituições, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia propôs a mudança do termo "asilo" para ILPI.

A Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, do Conselho Nacional de Assistência Social, inclui o serviço de acolhimento institucional no âmbito da proteção social especial de alta complexidade, descrevendo-o como segue:

> Acolhimento para idosos (as) com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, independentes e/ou com diversos graus de dependência. A natureza do acolhimento deverá ser provisória e, excepcionalmente, de longa permanência quando esgotadas todas as possibilidades de autossustento e convívio com os familiares. É previsto para idosos (as) que não dispõem de condições para permanecer com a família, com vivência de situações de violência e negligência, em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos. Idosos (as) com vínculo de parentesco ou afinidade – casais, irmãos, amigos etc. – devem ser atendidos na mesma unidade.

Estudos mostram que o acolhimento nessa modalidade de atendimento não é provisório. O número de desinstitucionalização é muito reduzido.

A Resolução nº 109/2009 é instrumento da PNAS/2004, mas o aumento da expectativa de vida, associado a comorbidades crônicas que provocam incapacidades físicas, cognitivas e sociais na pessoa idosa, exigem que as ILPIs deixem de compor apenas a rede de assistência social e passem a integrar a rede de assistência à saúde (CAMARANO; BARBOSA, 2016).

O Conselho Municipal de Direitos da Pessoa Idosa de Irati, estabelecido em 2015, em 2017 começou a se reunir e fiscalizar efetivamente as políticas públicas, entidades e organizações civis que prestavam ou trabalhavam com serviço de garantia de direitos a idosos. Ficou acordado então que não seriam mais acolhidos indivíduos com menos de 60 anos, porém permaneceram os que já estavam na instituição. A permanência desses moradores se deu pelo fato de que, depois de alguns anos na ILPI, se sentiam pertencentes ao local, com vínculos firmados e muitas vezes sem ter outro local apropriado. A desinstitucionalização representaria mais um rompimento de vínculos, demandaria nova adaptação e constituiria violação de seus direitos.

Em reunião com o Conselho Municipal de Direitos da Pessoa Idosa de Irati e o Escritório Regional da Secretaria de Justiça, Família e Trabalho do Estado do Paraná, foi acordado que novos acolhimentos de pessoas com idade inferior a 60 anos não mais seriam realizados, mas os que já estavam na instituição seriam mantidos visando sempre o bem-estar dos moradores.

Atualmente, a ILPI Santa Rita está profundamente comprometida com a Política Nacional do Idoso e com o Estatuto do Idoso. Teve seu estatuto social reformulado em 2018, reforçando os objetivos de acolher e fornecer proteção integral ao idoso em situação de vulnerabilidade social, com moradia

digna, vestuário, segurança alimentar e nutricional, sem distinção de etnia, credo, sexualidade, opinião política ou nacionalidade.

A estrutura física contempla 2.141,10m² de área construída, com 25 quartos individuais, duplos e coletivos[1], masculinos e femininos, 15 banheiros; varanda com 44,55m²; capela; área administrativa; salão multiuso onde são realizadas algumas atividades - moradores se reúnem para assistir TV e conversar; refeitório, tanto para os acolhidos quanto para as equipes que trabalham na instituição; cozinha; lavanderia industrial; consultório odontológico; vestiários para os funcionários, três almoxarifados; farmácia; garagem para os veículos de uso exclusivo em serviço - no total três salas para atendimento de demandas do Serviço Social e Psicologia. Há manutenção periódica no prédio e reformas para garantir a qualidade do serviço. A entidade possui horta e pomar, os quais fornecem frutas e verduras frescas da época para os idosos, e uma área verde com amplo jardim,que proporciona aos acolhidos momentos de contato com a natureza, pátio e jardim amplo, com gruta e local de contemplação.

Tem por objetivo possibilitar a convivência mista entre os moradores da ILPI de ambos os sexos, e convivência entre os diferentes graus de dependência que a instituição acolhe, incentivar e desenvolver o protagonismo nas Atividades da Vida Diária (AVD). Para isso, há uma equipe de 23 funcionários, assim distribuídos: seis cuidadores, seis trabalhadores de serviços gerais, duas cozinheiras, duas trabalhadoras na lavanderia, uma secretária administrativa, uma assistente social, um psicólogo, um fisioterapeuta, uma oficineira de artes, uma nutricionista e uma coordenação.

Buscando estreitar os vínculos entre instituição e acolhidos, aos que desejarem contribuir nas tarefas rotineiras de forma voluntária é dada essa liberdade. A área de convivência dos moradores é mantida através do trabalho dos funcionários, e alguns residentes se colocaram à disposição para ajudar de forma voluntária na manutenção. Três residentes ajudam a cuidar do jardim e do quintal. Na lavanderia, trabalham duas funcionárias e duas moradoras ajudam de forma voluntária - uma delas apresenta deficiência visual, porém faz questão de se manter trabalhando. Na cozinha, alguns moradores prestam serviço voluntário na limpeza dos pratos, copos e talheres e mesas do refeitório.

O procedimento de acolhimento foi padronizado. São acolhidos indivíduos com 60 ou mais anos, em situação de vulnerabilidade social comprovada pelos CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social) e medida protetiva ou determinação do Poder Judiciário para idosos em situação de risco. Um dos pontos importantes é que o indivíduo passou a ser

[1] Nos quartos coletivos, ficam até quatro residentes. A RDC 283/2005 da Anvisa estabelece que os dormitórios devem ser separados por sexo, para, no máximo, quatro pessoas, com banheiro. A esse respeito dos banheiros, que ainda não estão presentes em todos os quartos coletivos, o presidente da instituição informa: "A instituição foi construída no formato, mas estamos fazendo alterações na casa para atender à Vigilância".

levado em conta. Por anos os acolhidos foram encaminhados por vontade da família ou decisão do poder público, porém, hoje em dia, precisa ser ouvido e estar de acordo em morar na ILPI.

O fluxo de atendimento começa com a procura do CREAS pela vaga na instituição. Em seguida, são determinados dia e horário em que o candidato a essa vaga irá à ILPI conhecer a estrutura física, a rotina, as regras, os serviços prestados e os profissionais, para só então decidir se quer ficar. A equipe técnica, durante a visita, tem uma conversa individual com o candidato, explicando que a vaga está disponível, que poderá desfrutar de todos os serviços oferecidos, e da integralidade do espaço da instituição, mas não é obrigado a residir, se não for da vontade dele. Se alguém estiver utilizando coerção ou pressão psicológica nesse idoso para ser institucionalizado e não for sua vontade, então será repassada a situação ao Creas. Mas quando o idoso está ciente de tudo o que a instituição oferece e todas as regras, concorda e afirma que residir na ILPI é sua vontade, será acolhido.

Atualmente, o conceito de moradia se torna mais claro na ILPI Santa Rita, pois foi abandonado o conceito de instituição total. A ILPI é a casa dos acolhidos, os serviços de saúde não são mais prestados na instituição, os moradores recebem visitas quinzenais do profissional de medicina da Unidade Básica de Saúde do bairro Lagoa, e os casos mais urgentes são encaminhados ao hospital ou ao Pronto Atendimento do município. Na ILPI são dispensados apenas cuidados básicos, que os moradores teriam em sua própria casa, como administrar medicamentos, aferir pressão e ajuda em algumas reabilitações quando necessário.

As visitas e passeios têm sido amplamente incentivados pela equipe da instituição. Os moradores fazem compras individuais em mercados e lojas, são levados a passeios coletivos em parques, praças, pontos turísticos e outras ILPIs da região, a passeios individuais na casa de familiares e amigos, conforme disponibilidade de acompanhamento. As saídas demarcam uma nova forma de olhar a velhice, o idoso não precisa ser institucionalizado e isolado, mas enxergar na instituição distinta forma de morar, quando não é mais capaz de prover os próprios cuidados. É necessário que o idoso perceba como alternativa e não punição morar em ILPI.

Apenas romper com conceitos como asilo, instituição total e isolamento ainda não bastam quando ficam dentro da instituição e não atingem a população. Os moradores são vistos com olhar de pena, excluídos, e não residentes em uma estrutura diferente da casa.

> A ideia, largamente difundida em nosso país, de que as instituições são "depósitos de idosos" foi construída a partir da concepção de que nesses locais há pessoas solitárias e privadas de laços familiares, que ali vivem devido à solidão, ao desprezo e ao abandono. Entretanto, essa percepção vem sendo modificada aos poucos, pois tem sido possível encontrar idosos que se

> mudam para uma ILPI a partir de uma escolha voluntária. (ALVES-SILVA, SCORSOLINI-COMIN e SANTOS, 2013, p. 821)

Um dos desafios para o futuro, portanto, é demonstrar o rompimento às pessoas de fora da instituição e do meio acadêmico, que ainda têm piedade do suposto abandono dentro das instituições de longa permanência. Com frequência, não percebem que grande parte da procura por esse tipo de moradia, atualmente, é voluntário.

Buscando aumentar a autonomia, independência e sentimento de pertencimento dos moradores, além do quadro de serviços já citado, como Psicologia, Serviço Social e Fisioterapia, existe a oficina de artes. Os moradores que participam realizam pintura em papel, pano de prato e telas, esculturas, dobraduras e outras formas de arte. Ao final do ano há uma exposição, a comunidade é convidada a prestigiar e a oficina tem demonstrado bons resultados, aumentando, com o passar do tempo, a adesão dos idosos. É possível notar a satisfação no discurso quando falam às pessoas da comunidade sobre seus quadros e quando tiram fotos junto das obras. Outro ponto importante é que a oficina não ficou restrita aos moradores lúcidos e independentes, pois participaram moradores cadeirantes, com dificuldade de movimento das mãos e da coordenação motora fina, apresentando bons resultados. Todos os serviços e oficinas ofertados na instituição contribuem com o envelhecimento ativo.

A instituição é modelo de moradia que busca se aproximar da residência, porém não pode ser confundido com residência coletiva. Alguns aspectos, principalmente na privacidade, ficam comprometidos, mesmo com todo o esforço feito para os moradores terem cada vez mais individualidade. Na ILPI Santa Rita os quartos são individuais, duplos ou coletivos, dependendo do grau de comprometimento apresentado pelos moradores, sendo que os mais independentes ficam em quartos individuais ou para duas pessoas, e os mais dependentes em quartos com mais leitos, mais próximos da equipe de saúde.

Alguns desafios que ainda se apresentam são em torno da privacidade. Gerir uma instituição que presta cuidados integrais e tem muitos espaços coletivos, dando ao indivíduo espaço de privacidade, é tarefa por vezes complicada. Não se trata apenas de deixar a pessoa em seu espaço, mas mediar conflitos que ocorrem fora dos olhares da equipe e conseguir prestar o cuidado necessário sem invadir o espaço particular.

Quando se pensa nos laços afetivos, além de visitas incentivadas e trocas de experiências com outras instituições, existe o Projeto Apadrinhamento Afetivo, no qual um cidadão, maior de 21 anos, pode apadrinhar um dos acolhidos com quem tenha afinidade e ser uma referência fora da instituição, contribuindo com o processo de reestruturação e manutenção de vínculos comunitários e afetivos.

Na história da ILPI Santa Rita é possível perceber que, embora ainda não tenha chegado a um conceito de instituição ideal, fez progresso imenso em relação à moradia: de instituição total passou a ser o lar dos acolhidos, e ali são assegurados os direitos previstos em lei, trabalhados em sua individualidade e incentivados a construir laços afetivos, caracterizando acolhimento e não apenas abrigamento.

Considerações finais

A instituição acompanhou a necessidade de mudanças na "cultura" em moradia para idosos. O tempo revelou serem prementes, ainda que se tenha consciência de que um conceito "ideal" seja, em certos aspectos, mutável e subjetivo. Alguns moradores afirmam que estão muito bem na ILPI, não há intenção de sair mesmo que pudessem retornar ao seio familiar; outros, apesar dos visíveis progressos para que a ILPI se torne uma moradia digna e acolhedora, alegam saber que não existe possibilidade de retorno, são bem tratados, mas preferiam retornar ao antigo lar. Por esses motivos, o progresso é contínuo, as singularidades são levadas em conta, cada caso é tratado de forma individual, mesmo dentro da coletividade da instituição.

Houve um longo trajeto da preocupação com o acolhimento de idosos em 1957 até os dias atuais, a forma de se enxergar o acolhimento mudou, a Assistência Social teve conquistas importantes nesse intervalo de tempo e as exigências para as instituições aumentaram. Em consequência, todos os aspectos da instituição evoluíram. Os trabalhadores precisaram se especializar para desenvolver tarefas, buscando conhecimento em Ciências Sociais e Saúde.

A estrutura física precisou acompanhar a evolução, indo de uma casa adaptada ao coletivo até uma instituição funcional pensada para idosos. Em um comparativo, onde antes havia lama hoje existe calçada e asfalto, as áreas de desnível foram isoladas e ainda assim a área de circulação dos acolhidos é grande, possibilitando que façam caminhadas nos arredores da ILPI em terreno plano, reduzindo o número de quedas e impactando em mobilidade e qualidade de vida. O principal é que a visão de que o idoso precisava ser retirado da sociedade e isolado em abrigamento institucional para descansar e levar uma vida tranquila hoje mudou. É visto como alguém levado para uma moradia onde vai dar continuidade à sua vida, fazer planos, receber auxílio na concretização e ser integrado ao convívio comunitário.

Os recursos da instituição, antes, em sua totalidade filantrópicos, hoje têm fontes de renda mais sólidas. Não houve rompimento com a filantropia, pois a instituição aceita doações de roupas, calçados, produtos de limpeza e produtos alimentícios, mas as fontes de renda passaram a ser 70% do benefício dos moradores, conforme deliberado pelo Conselho Municipal de Direitos da Pessoa Idosa de Irati, termos de colaboração e contratos para

serviço de acolhimento celebrados com as prefeituras de Irati, Rebouças, Inácio Martins e Fernandes Pinheiro, todas no Paraná. Além de doações de empresas parceiras e destinação do imposto de renda via Fundo Municipal do Idoso. A instituição está apta a apresentar projetos para captar recursos conforme editais que eventualmente são lançados pelos Fundos do Idoso Municipal, Estadual e Nacional, além de empresas particulares que destinam incentivos a este público através de projetos.

Processos operacionais padrão foram definidos como a limpeza, a lavagem de roupas em ambiente adequado, sendo que a lavanderia conta com ambiente "sujo" por onde entram as roupas, e ambiente "limpo", por onde elas saem. Os processos de higiene resultam em ganhos de saúde, imprescindíveis aos moradores.

Quando a cultura da instituição muda, o ambiente é adequado, existe identificação dos acolhidos com as atividades oferecidas, proporcionando sempre autonomia, independência e favorecendo o envelhecimento ativo. Quando os anseios e opiniões são levados em conta, o indivíduo sai da massa coletiva e ganha voz, se sente presente, percebe que a ILPI pode ser alternativa de moradia viável, sentindo-se, portanto, pertencente àquele local. Moradia é mais que ter um teto, é um lar, o seu lugar, onde se sente bem e pode se expressar. A instituição hoje é moradia que oferece estrutura e serviços de qualidade aos residentes.

A maioria dos moradores consegue ver a ILPI como seu lar, seu espaço e livremente apresentar requisições, tendo em mente que o espaço é dele, voltado para ele, e sem ele a ILPI não teria razão de existir. Nessas condições, portanto, é um lar, o que pode ser evidenciado pela coordenadora, Maria Prodaniuk, quando questionada como analisa 25 anos de trabalho na instituição:

"Vejo que isso mudou muito, eu já disse que quando cheguei não quis ficar aqui, era um lugar ruim, cheirava mal e partia o coração ver eles naquelas condições, em um lugar caindo, mas tive muito incentivo de pessoas pra ficar e tentar mudar, e seu Eugênio me disse pra fazer do jeito que eu quisesse, então fiquei, limpamos tudo, reformamos, construímos. Às vezes as pessoas ainda vêm aqui apontar tudo o que falta, mas não olham tudo o que foi conquistado, foram 25 anos de conquistas, e eu brigo por mais ainda, está muito bom o que a gente tem, mas ainda podemos mais. Vejo isso aqui, hoje em dia, como um lugar pra morar, antes do seu Eugênio era um depósito, ele me buscou no hospital, quando eu estava pra me aposentar, pra mudar isso foi difícil, ainda não está tudo como deveria, mas mudamos. Eu tenho um quartinho aqui, às *vezes durmo aqui e tem dias que não vou pra casa. Os moradores me respeitam muito, dá pra ver que muitos deles estão* à *vontade, pegamos isso como um depósito, e hoje em dia é um lar, e como fico aqui muito tempo, também considero meu lar".*

Figura 2. ILPI Santa Rita, frente 2019

Figura 3. ILPI Santa Rita, foto aérea 2018

Referências bibliográficas

1. ALVES-SILVA, J. D.; SCORSOLINI-COMIN, F.; DOS SANTOS, M A. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. Psicologia: **Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 4, p. 820-830, 2013.
2. ARAÚJO, C. L. O.; SOUZA, L. A.; FARO, A. C. M.. Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **HERE- História da Enfermagem Revista Eletrônica**, v. 1, n. 2, p. 250-262, 2010.
3. AVELAR, M. C. M.; O envelhecimento e a moradia: análise empírica em uma instituição de longa permanência e a perspectiva do residente idoso. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 13, p. 61-77, 2010.

4. BRASIL. [Constituição Federal (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm > Acesso em 11 de novembro de 2019.
5. _____. Lei n° 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. Diário Oficial da União, 5 jan. 1994.
6. _____. Decreto n° 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Política Nacional do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília, 4 jul.1996.
7. _____.Lei nº 10.741, de 1o de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 1, 3 out. 2003.
8. _____.Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA- Resolução de Diretoria Colegiada . RDC n° 283, de 26 de setembro de 2005
9. _____.Ministério da Saúde. Portaria n° 2.528 de 19 de outubro 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS, 2006.
10. CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.
11. _____.**Características das instituições de longa permanência para idosos – região Sul**. Brasília : IPEA; Presidência da República, 2008.
12. CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 27, n. 1, p. 2.232-2.235, 2010.
13. DE MELLO AVELAR, M. C. O envelhecimento e a moradia: análise empírica em uma instituição de longa permanência e a perspectiva do residente idoso. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 13, p. 61-77, 2010. 11/11/2019
14. IBGE, **Projeção da População do Brasil e das Unidades da Federação**, 2010.m Disponível em < https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em 12 de setembro de 2019.
15. _____, Cidades e estados. 2019. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/irati.html>. Acesso em 14 de novembro de 2019.
16. ILPI SANTA RITA, Ata de fundação. Irati, 1957.
17. IPARDES .Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Projeção da População dos Municípios do Paraná para o período 2018 a 2040. Disponível em : <http://www.ipardes.gov.br/pdf/nota_tecnica_populacao_projetada.pdf> Acesso em 10 de dezembro de 2018.
18. PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 79-84, 2002.
19. PENTEADO, Regina Zanella; CHUN, Regina Yu Shon; DA SILVA, Reginalice Cera. Do higienismo às ações promotoras de saúde: a trajetória em saúde vocal. **Distúrbios da comunicação**, v. 17, n. 1, 2005.

20. PEREIRA, A.M.V. B. ROSA, A.C.D.S. **Linha guia da saúde do idoso. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.** Superintendência de Atenção à Saúde. Curitiba : SESA, 2018.

21. POLLO, S. H. L.; ASSIS, M. de; Instituições de longa permanência para idosos-ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 11, n. 1, p. 29-43, 2008.

22. RIBEIRO, D. K. M. N.; **Segmento da medida de independência funcional de idosos longevos de uma comunidade.** Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná: Curitiba, Paraná, 2016.

23. VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 548-554, 2009.

24. VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 1929-1936, 2018.

Liga Solidária e Lar Sant'Ana: área residencial para idosos

Cristiane de Paula Felipe, Gilberto Camilo da Silva, Monica Etchenique, Rosalu Fladt Queiroz

O presente artigo aborda tema cada vez mais recorrente dentro do estudo da longevidade: a escolha do local mais apropriado, mais "amigável" para o idoso residir. Deve oferecer serviços de qualidade sob diferentes aspectos e apresentar ambiente acolhedor aos residentes e a quem o frequenta. Igualmente relevante é refletir sobre aspectos que contribuem para a opção pelo residencial nesse momento da vida, com a efetiva institucionalização da pessoa idosa.

O estudo e as considerações têm por base dados coletados por instituições de âmbito internacional, como ONU, OMS, IBGE, ANS e Centro Internacional de Longevidade Brasil. Além desses órgãos capacitados, há a experiência adquirida em quase cinco décadas de atuação do Lar Sant'Ana, residencial criado em São Paulo pela Liga Solidária.

Ao deparar-se com o surgimento de limitações naturais decorrentes do envelhecimento, familiares ou da própria pessoa com 60 anos ou mais – sozinha ou não, e fisicamente dependente, semidependente ou independente – surgem dúvidas entre permanecer na casa em que vive, ou recorrer a instituições especializadas, criadas com essa finalidade. A institucionalização passa a ser aspecto significativo a ser considerado.

Ambas as opções oferecem pontos para reflexão. É possível intuir que, em geral, a partir dos 60 anos, quanto mais cedo a pessoa buscar conhecer os serviços dos residenciais, mais usufruirão (o idoso e familiares) dos benefícios.

A primeira alternativa pode fazer o idoso conservar o contato com o núcleo familiar e o círculo próximo de amizades; a segunda representa o acesso ao atendimento especializado, *a priori*, com respaldo técnico, ao qual se soma a possibilidade de proximidade com a família.

Tomar a decisão de mudar-se da casa para um residencial de idosos não são escolha e decisão simples, pois envolve distintos fatores socioemocionais e familiares.

A vivência demonstra que os profissionais atuantes e dedicados ao estudo da institucionalização do idoso que o ingresso efetivo da pessoa em residencial ocorre quando fato relativamente marcante se torna a mola propulsora para a tomada da decisão. Com frequência, as pessoas devem estar fisicamente muito bem, mas algo desencadeou o processo de insegurança, fazendo com que ele mesmo e seus familiares recorram à possibilidade da institucionalização.

O idoso passa por uma etapa marcada pela fragilidade no campo emocional em consequência da tomada de decisão. E é muito importante que, nessa

fase delicada, em que distintos fatores subjetivos entram em cena, a equipe multidisciplinar do Lar Sant'Ana dedique cuidados individuais e especiais, a fim de integrar o coletivo, adquirindo a percepção de pertencimento.

Sob o aspecto do atendimento especializado, seguindo protocolos internacionais vigentes, ao lado da excelência de atuação em 48 anos de existência, o Lar Sant'Ana idealizou e efetivou programas que demonstram eficácia na trajetória da instituição, como o Núcleo de Convivência de Idosos (NCI) e, mais recentemente, o Geros Center (ambos no formato de centro de atividades).

São propostas de exemplos para melhor abordar o tema do atendimento e institucionalização, com atenção capacitada, conforto e qualidade de vida, incluindo a socialização.

É preciso considerar que os parâmetros avançam significativamente no atendimento ao idoso nas últimas décadas, no Brasil e no mundo. Centros de pesquisa, instituições acadêmicas, mesas de debates e, em última instância, como legislador, o próprio governo, em diversos países, Estados e municípios, trazem à luz aspectos que contribuem para o serviço voltado a essa população, com exemplos que se tornam referência no âmbito internacional e em nosso país.

Muito se fala sobre reformas nas leis que regem o sistema da Previdência, sendo o debate brasileiro apenas um dos exemplos. Países desenvolvidos da Europa passam pela mesma discussão. A base para as considerações e a construção da argumentação em torno dessas reformas são a longevidade da população, cuja expectativa de vida subiu consideravelmente nos últimos 40 anos, graças aos avanços na medicina, à atenção aos cuidados com a saúde, alimentação e qualidade de vida. Da mesma forma, surgiram políticas públicas e legislações que, com maior ou menor eficácia, dão atenção a essa crescente parcela.

A discussão é pertinente no momento em que se assiste ao crescimento exponencial do número de idosos em diversos países.

Em números, o aumento da parcela da população em nível global é real e significativo. O relatório *Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade*, publicado em 2015 pelo Centro Internacional de Longevidade Brasil, sob a direção do médico e gerontólogo Alexandre Kalache, ressalta que no final de 2011 a população mundial havia ultrapassado 7 bilhões de pessoas, e até 2100 o número deve chegar a 10,9 bilhões, com cerca de 2 bilhões de pessoas acima dos 60 anos.

O mesmo relatório, sob esse aspecto, que tem por base um dos estudos socioeconômicos da ONU[1], demonstra que 2050 será um marco do ponto

[1] United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. World Population Prospects: The 2012 Revision. Highlights and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP.228. New York: United Nations; 2013.

de vista demográfico, com 21% da população mundial alocada na faixa acima dos 60 anos, contra a cifra de apenas 8% registrada em 1950, e de 12% verificada em 2013.

Em 64 países, 30% da população estarão acima dos 60 anos. A maioria dos países desenvolvidos estará nessa lista, mas entrarão nela a maior parte da América Latina e países da Ásia, inclusive a China, sendo o Japão, atualmente, o único país com tal proporção de idosos.[2]

Como ajudar as pessoas a se manterem independentes e ativas à medida que envelhecem? Como fortalecer as políticas de promoção de saúde e prevenção, especialmente as direcionadas ao idoso? Uma vez que as pessoas estão vivendo mais, como melhorar a qualidade de vida na velhice? O grande número de idosos levará à falência nosso sistema de saúde e de seguridade social? Como equilibrar o papel da família e do Estado no que diz respeito ao cuidado de pessoas que precisam de assistência? Como reconhecer e dar apoio ao grande papel de cuidadoras que desempenham à medida que envelhecem?[3]

São várias questões em torno do tema, mas cabe perguntar como garantir a moradia digna às pessoas que envelhecem, independentemente das diferentes classes sociais? Há um extenso caminho a ser percorrido no campo das habitações, mas é fato que há iniciativas que surgem em nosso país para a criação de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), vilas e pensões, por exemplo.

As pesquisas da OMS são o fio condutor, e com base em estudos permanentes, temas como o Estatuto do Idoso, o prolongamento da vida profissional, a aprendizagem na vida, a qualidade de vida de idosos frágeis e dependentes e os que estão no final da vida se tornaram mais proeminentes. A resiliência surgiu como construto de desenvolvimento que tornaria mais claro o processo do Envelhecimento Ativo, e há novos dados e pesquisas a serem explorados (2015).

Em contrapartida, a cada ano ganho em expectativa de vida, dez meses desse ano adicional serão vividos com boa saúde. Em 2010, a expectativa mundial de vida saudável ao nascer era de 59 anos para homens e 63 anos para mulheres. Isso representa aumento de quatro anos em média desde 1990 – isso é, 4,2 anos para homens e 4,5 anos para mulheres, segundo dados pesquisados pelo ILC Brasil.

O Relatório Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar (ANS, 2012), da Agência Nacional de Saúde Suplementar, mostra que o Brasil atravessa um processo de rápido envelhecimento da população. São mais de 20 milhões de idosos, o que representa aproximadamente 11% do total

[2] Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade. Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil), Rio de Janeiro, Julho de 2015, pág. 16.

[3] World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: World Health Organization; 2002.

da população. O estudo prevê que esse contingente triplique até 2050. A mudança na estrutura etária decorrente do processo implica a necessidade de se repensar as políticas sociais, especialmente da área de saúde.

O mesmo estudo mostra a importância de os profissionais de saúde que lidam com pacientes idosos conhecerem e distinguirem o conjunto de alterações fisiológicas do envelhecimento, denominado "senescência", daquelas do envelhecimento patológico ou senilidade. Com isso, o conceito de capacidade funcional do idoso se torna primordial ao reconhecimento do processo do envelhecimento, e pode ser definido como manutenção plena das habilidades físicas e mentais, exigidas e suficientes para a independência e autonomia (Veras, 2012).

A avaliação do idoso deve abranger as dimensões envolvidas no processo saúde-doença de forma multidimensional, com o objetivo de definir o diagnóstico funcional global e etiológico (disfunções/doenças) e a elaboração do "plano terapêutico" (Moraes, 2006, idem).[4]

De acordo com Lourenço et al.. (2005), é necessário formular novas concepções de assistência à saúde da população idosa, que consigam englobar as diferenças nas condições de saúde desse contingente populacional que respeitem as especificidades e peculiaridades. De acordo com os mesmos autores, a atenção aos idosos requer significativas alterações nos clássicos modelos, de forma a priorizar ações de saúde voltadas para o idoso saudável, aliadas a programas qualificados para os já doentes. (ANS, 2012)

Residencial de idosos na trajetória da Liga

Com estatutos aprovados em março de 1923, em São Paulo, a Liga, por meio das diretorias, teve sempre comprometimento com temas sociais e pessoas em situação de vulnerabilidade. Foram inúmeros os projetos de obras sociais bem-sucedidos.

Importante marco se deu em 22 de dezembro de 1972, em comemoração ao cinquentenário, quando a Liga inaugurou o Residencial Lar Sant'Ana, na rua Bernarda Luiz, 129, no bairro paulistano do Alto de Pinheiros, construído em extensa área verde, cujo terreno fora doado por Ana Alexandrina Ferreira da Rosa. O Lar tinha por finalidade hospedar idosos independentes, com conforto e assistência médica completa. Inicia efetivamente os trabalhos em março de 1973, oferecendo 125 quartos individuais.[5]

Uma das razões do êxito é a preocupação com os residentes nas esferas física e psíquica. Da harmonia entre um e outro aspecto, o idoso que vive no Lar Sant'Ana encontra sentido e significado para as ações, com motivação para viver e conviver.

4 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_cuidado_idosos.pdf

5 Idem, pág. 94.

A chegada da pessoa ao Lar Sant'Ana é cercada de atenção com o idoso e familiares. Há a avaliação inicial, antes mesmo do ingresso efetivo no residencial. Na verificação são identificadas as necessidades, da alimentação aos cuidados gerais. A partir da avaliação, há a reunião multiprofissional, e do individual passa-se ao coletivo. Isso é, procura-se avaliar a pessoa idosa integralmente, para estar no residencial e ter, em relação ao que lhe é proposto e oferecido, o sentido de pertencimento. Daí a relevância do trabalho da equipe de profissionais que fará o atendimento a partir desse momento, caso ocorra a institucionalização.

O Lar Sant'Ana seguirá protocolos administrativos, de acordo com a legislação. Para isso, há um contrato em que o morador aceita a institucionalização, assinando o termo, como dispõe a norma do Ministério Público, e passa a viver no residencial.

O residente terá sempre uma pessoa responsável externamente, como ponto de referência e contato, caso haja necessidade, que será acionada automaticamente. Ao ingressar, a equipe multidisciplinar faz o plano de cuidados do idoso. A depender da necessidade, será semanal ou quinzenalmente discutido. O idoso é engajado, apresentado em todas as atividades que o Geros Center desenvolve, para iniciar a socialização.

Aspecto importante para o bom desempenho dos programas está na atenção com a sustentabilidade dos projetos, a fim de as ações se efetivarem no tempo, por meio das mantenedoras.

O condomínio de estilo exclusivo para senhores, senhoras e casais da terceira idade não dependentes compreende apartamentos individuais, restaurante e salão de café, salão de cabeleireiro, salões de jogos, home theater, sala de leitura, pátio e jardins para lazer e condicionamento físico.

O Lar Sant'Ana atualmente tem o trabalho bem orquestrado de equipe multidisciplinar: médicos, enfermeiras, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, terapeuta ocupacional, psicóloga gerontóloga. Oferece oficinas reabilitadoras e estimuladoras, voltadas a atividades como alongamento, oficina de memória, tricô e crochê, oficina de histórias e fábulas, grupo de reflexão, oficina musical, oficina de atualidades, artesanato, oficina de artes, oficina de capacitação digital, oficina de talentos e/ou conhecimentos gerais, psicoterapia breve, oficina de recordações musicais, passeios, oficina da escuta da Palavra de Deus, oficina de inglês e francês, oficina ocupacional e oficina de cinema.

A equipe de trabalho em ambas as unidades recebe a importante contribuição oferecida pelo representativo grupo de voluntários, que atuam diretamente em várias atividades desenvolvidas com os idosos. Como as atividades são construtivas e estimulam o envolvimento dos participantes, os resultados são motivadores para quem se beneficia de cada uma das ações e dos próprios voluntários.

O voluntariado da Liga Solidária está constituído de forma equilibrada e eficiente. O Geros Center tem sete integrantes voluntários, sendo quatro auxiliares envolvidos com atividades da área de terapia ocupacional e outros três responsáveis por oficinas cujas temáticas referem-se a temas ligados à cultura e contação de histórias.

No Lar Sant'Ana, unidade Butantã, há equipe formada por seis voluntários, sendo três auxiliares na área de terapia ocupacional, um participante do Conselho de Idosos e dois "anjos da guarda" - pessoas dedicadas que acompanham mais proximamente os residentes, dando-lhes especial atenção e ouvindo o que têm a dizer. Esses voluntários estão junto do idoso para desempenhar atividades que o agradam, como jogos de tabuleiro, ouvir música, conversar, ler etc. Trata-se de atuação ampla, que envolve dedicação e atenção, mas igualmente respeito pela liberdade e querer do idoso, que se beneficiará da companhia em momentos determinados.

Já o Lar Sant'Ana Pinheiros tem um grupo de 23 voluntários, sendo 18 "anjos da guarda"; quatro que integram o coral e um auxiliar de biblioteca.

Os voluntários foram se aproximando do trabalho da Liga Solidária de forma natural e eficiente. Por um lado, há a contribuição de pessoas que desejam esse tipo de atividade de caráter humano e social. De outro, a possibilidade oferecida pelo Lar, que prepara os voluntários para o trabalho ter excelência e ser eficaz, além de benevolente.

Atuação eficaz

Em 1980, como Unidade Provedora, surge o então Recanto Monte Alegre, que em 1986 passa a se chamar Lar Sant'Ana Butantã. No início dos anos 2000, volta-se ao atendimento de idosos semidependentes e dependentes com necessidades de cuidados diários. Ocorre a implantação da fisioterapia, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e estimular a independência e funcionalidade dos residentes.

O Centro-Dia para Idosos (CDI), que dá forma ao Geros Center, oferece atendimento destinado à permanência diurna de idosos com dependência parcial nas atividades da vida diária (AVDs), e que exigem assistência multiprofissional.

Com essa estrutura de funcionamento, dá atendimento eficaz aos residentes, considerando que a unidade de Pinheiros tem capacidade para 125 idosos, sendo o grupo hoje formado por mulheres (83%) e homens (17%), com 38% acima de 80 anos. Na unidade Butantã, o público feminino representa 75% dos residentes e o masculino 25%, sendo que 47% do total estão na faixa acima de 80 anos (a capacidade é de 48 residentes). Para efetivar o acompanhamento, as duas unidades contam com cerca de 300 colaboradores, responsáveis pelo atendimento aos idosos.

Outro destaque na trajetória da Liga foi a inauguração do flat Plaza 50, no início da década de 1980. O empreendimento foi idealizado para atuar como moradia para pessoas com mais de 50 anos e, em termos de gestão, estruturado para funcionar como mantenedor das obras sociais da entidade.

Valorização dos detalhes

O resgate histórico da Liga Solidária inclui a atuação da instituição no hoje denominado, na esfera governamental, como ILPIs. Em mais de nove décadas de existência da Liga, 49 anos estão diretamente relacionados ao Lar Sant'Ana, com as unidades de Pinheiros e Butantã, que têm um novo conceito de moradia e convivência a partir da terceira idade. Vale lembrar que, no contexto da Liga Solidária, as duas unidades do Lar Sant'Ana e o Geros Center funcionam como unidades mantenedoras de todo o serviço oferecido pelo Núcleo de Convivência do Idoso, programa de caráter social desenvolvido pela instituição.

O Lar nasceu como um lar. Nas décadas de 1970 e 1980, as mulheres que decidiam se mudar para o residencial eram, em sua maioria, viúvas que não queriam morar sozinhas. E mudar significava levar praticamente todos os pertences e o enxoval. As residentes decoravam quartos, no residencial, com a mobília que traziam de casa. Os lençóis de linho eram lavados e passados manualmente, trabalho feito por mulheres contratadas para a tarefa. Algo que certamente mudou com o tempo, dado o crescimento do número de residentes e a consequente alteração na dinâmica da casa e da vida em sociedade.

O Lar possui ambiente totalmente planejado para idosos, disponibilizando área de convivência, salas para atividades socioculturais, sala de refeição e cardápios balanceados, lanchonete e espaço de lazer. Os apartamentos são individuais, dotados de móveis e aparelho de TV, com espaço para os residentes levarem peças que vinham compondo a mobília da casa, como móvel, relógio antigo de parede, quadro ou instrumento musical. Os banheiros são adaptados, possuem barras desegurança; os quartos não têm tapetes (para facilitar a mobilidade).

A atenção aos protocolos de segurança certamente é ponto positivo. O diferencial do residencial, que garante a identidade do morador e a qualidade do serviço, está na socialização dos que ali vivem. Para isso, há uma programação diversificada de atividades para integração e otimização do convívio e agir em favor do envelhecimento ativo, promovido por meio da mantenedora Geros Center.

O Centro-Dia do Geros Center é espaço mediador que permite a ampliação de possibilidades no campo relacional dos idosos, em atividades grupais estruturadas e adaptadas, contribuindo para o suporte familiar, mantendo-o em seu lar e preservando os vínculos sociais. O idoso habituado à dinâmica

do Geros Center poderá se sentir, talvez, mais preparado para o residencial, vencendo obstáculos.

O Geros Center oferece atividades que estimulam a convivência e resgatam o significado do novo momento. As atividades de lazer, físicas, cognitivas, manuais e de fisioterapia enfatizam aspectos fundamentais na preservação da autonomia e independência, pela socialização, estimulação de estruturas remanescentes, reformulação e adaptação de funções.

Importante citar que os serviços encontrados no Geros Center são oferecidos pelo Núcleo de Convivência de Idosos aos moradores acima de 60 anos dos arredores da instituição, no bairro do Butantã. De caráter social, gratuito, o NCI atende hoje a 313 idosos, sendo 80 em domicílio por motivos diversos – problema de mobilidade ou ter que deixar sozinhos familiares dependentes; ou ainda, o idoso não ter o hábito de frequentar atividades e não ter vida social. Todos são cadastrados pela Prefeitura do Município de São Paulo, como determina a política pública.

Um dos desafios dos residenciais é justamente proporcionar a socialização, tendo em vista que a maioria das pessoas que buscam o serviço está habituada a atender e atuar dentro do núcleo familiar, o que não supõe um círculo expandido de amizades. Na nova fase de moradia em local compartilhado, é essencial a adaptação a horários, como descanso, banho e refeições (seis ao todo, diariamente). O compartilhamento de mesas no momento das refeições pode ser outra novidade para os residentes. A equipe bem treinada – de enfermagem e cuidadores – é essencial, atuando com ações pontuais para romper possíveis barreiras e promover a integração no dia a dia.

> *Pensar na transição do domicílio para a instituição significa valorizar o significado dessa ruptura, que é determinante para o bem-estar e a adaptação do novo morador. Cabe à instituição facilitar tal processo, ajudando na construção e ressignificação dessa nova etapa, envolvendo toda sua rede social e seus colaboradores. Neste acolhimento, a instituição deve realizar um planejamento estratégico, terapêutico e didático no atendimento aos idosos, pois tais atividades favorecem o aumento da resiliência.*[6]

Desde a chegada do residente, a equipe multidisciplinar trabalhará a integração entre todos, para boa convivência e bem-estar. Ao promover a interação, o residencial não isolará o idoso. Ao contrário, promoverá ações para estar em contato com a família em diferentes formas e momentos. Há, por exemplo, oficinas de novas tecnologias, nas quais os residentes aprendem a se comunicar com filhos, netos ou sobrinhos, em aplicativos do celular. Há ainda um cyber café no residencial, dotado de três computadores, a fim de os idosos que não dispõem de dispositivos móveis se conectem com a realidade externa.

6 BESTETTI, M. L. e GRAEFF, B. (Org.). Habitação e Cidade para o Envelhecimento Digno. Portal Edições: São Paulo, 2019; pág. 118.

O idoso institucionalizado não "desaparece" do seio familiar. Ao contrário, está presente fisicamente quando recebe visitas e sai para visitar os familiares, sozinho ou acompanhado, com a anuência da família. No Lar as portas são abertas: as famílias têm a liberdade de visitar o familiar a qualquer momento e horário. E os residentes que são independentes e autônomos têm a liberdade de ir e vir ao residencial.

O idoso pode estar presente de forma virtual, usando as novas tecnologias, o que é válido e compensador, por se tratar de um ganho para o aprendizado pessoal. Procuramos sempre manter acesa a chama do vínculo familiar, pois é essencial no contexto do envelhecimento. A eficácia do trabalho de socialização se mostra notável, pois surgem amizades entre os residentes, bate-papos, troca de ideias, com respeito às individualidades.

Todos os dias há Missa no Residencial, porque a Liga e o Lar acreditam que a espiritualidade é parte importante do processo de envelhecimento, aspecto importante para o processo de enfrentamento dessa fase. Todas as pessoas residentes, católicas ou não, podem frequentar a Santa Missa, diariamente, às 17 horas. Há ainda um profissional da área de espiritualidade que semanalmente coordena grupos de discussão, não propriamente para falar de religião, mas para os participantes terem um momento de externar o que estão sentindo. O objetivo é propiciar aos idosos a reflexão para buscar e conquistar sentido e significado novos.

As festas são ocasiões importantes para a socialização, com a presença da família. Acontecem no Natal, Ano-Novo, Dia das Mães, Dia dos Pais, quando a cozinha do Lar, nas duas unidades, organiza jantar ou almoço especial, para todos se sentirem em casa. Não pode haver dicotomia: o idoso recebe os familiares sentindo-se em casa. As duas unidades levam atrações musicais para momentos de descontração e cultura, para o residente se sentir cada vez mais pertencente ao espaço.

Além disso, o Lar incentiva e apoia ações intergeracionais. O Lar Butantã recebe, uma vez ao mês, crianças da creche da Liga Solidária. Passam a tarde com os idosos. São crianças pequenas em ação que traz conforto aos idosos. O Lar Pinheiros realizou, em parceria com a Universidade São Paulo, o Projeto Cartas, pelo qual os idosos se corresponderam com crianças do Colégio Santa Amália – Saúde, também pertencente à Liga Solidária. O Projeto Cartas mostrou que os idosos ficam à vontade e felizes em compartilhar histórias.

O leque de ações se amplia com a oferta do espaço para fisioterapia, com equipe que trabalha treino de força e práticas que contribuem para a prevenção de quedas.

O programa NCI contempla o envelhecimento ativo do idoso da região, considerado vulnerável. Estudo da Secretaria Municipal da Saúde mostra que o idoso da periferia não tem lazer. É possível verificar que o único lazer são esses centros, como opção de passeios, ou oportunidade de socialização.

A unidade disponibiliza as mesmas atividades de oficinas, jogos, ginástica, dança e música encontradas no Geros Center. Mas se o idoso não pode ir até a unidade, a oficina de bordado, por exemplo, vai à casa da idosa, que logo se transformará num pequeno grupo de atividades, com a participação de familiares, amigas, vizinhas.

Pilares do Envelhecimento Ativo

A diretriz para as ações tem por base o próprio conceito de Envelhecimento Ativo da Organização Mundial da Saúde (OMS). A proposta do organismo internacional "traz uma visão positiva e holística do envelhecimento e a utiliza tanto como aspiração individual quanto como meta de políticas". Aplica-se igualmente a indivíduos e sociedades. A formulação inicial identificava a saúde, a participação e a segurança como componentes fundamentais do Envelhecimento Ativo. O conceito foi ainda mais refinado com a adição da aprendizagem como outro componente, conforme promulgado pela Conferência Internacional de Envelhecimento Ativo, em Sevilha, em 2010, subsequentemente refletido em diretrizes políticas para a província espanhola de Andaluzia.

O público com mais de 60 anos, que já se tornou realidade crescente e palpável, merece a atenção de grupos multidisciplinares de estudos, pois a saúde é aspecto importante para a vida. No entanto, viver em sociedade implica distintos fatores, que concorrem para o bem-estar individual e coletivo. E, não raras vezes, a criação de políticas que contemplem fatores essenciais para a sociedade.

O conceito de Envelhecimento Ativo da OMS elencava a *saúde*, a *participação* e a *segurança* como componentes fundamentais. A partir de 2010, conforme promulgado pela Conferência Internacional de Envelhecimento Ativo em Sevilha, o conceito foi ainda mais refinado *com a adição da aprendizagem ao longo da vida como outro componente*.[7]

> Os indivíduos que estão envelhecendo ativamente aproveitam as oportunidades que surgem ao longo da vida para alcançar e manter a saúde, uma ocupação rica em significado, relações sociais, novas habilidades, conhecimento e necessidades materiais. (...) Quanto mais cedo se começa a otimizar as oportunidades de saúde, aprendizagem ao longo da vida, participação e segurança, maior a chance de desfrutar uma velhice com qualidade de vida.[8]

Todos os elementos são interdependentes e reforçam-se mutuamente. E mais do que isso, deve-se manter uma dinâmica para serem bem trabalhados

[7] ENVELHECIMENTO ATIVO: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade. Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil), Rio de Janeiro, julho de 2015, pág. 44.

[8] Idem.

nas diferentes fases e momentos. A saúde, física e mental, permite a atuação em múltiplas esferas da vida, como trabalho, relações familiares, amizades, cultura e lazer.

A participação e a consequente construção de rede de relacionamentos são fatores de motivação para o idoso desejar sair de si e ir ao encontro dos demais, como atitude de proatividade. A aprendizagem, como aquisição permanente de conhecimento, é força de mobilização que leva o idoso a conhecer-se melhor, a saber o que fará bem, o que contribuirá para o seu bem-estar e para a qualidade de vida dos demais. O conhecimento influi até mesmo no aspecto da segurança, pois ciente sobre a realidade que o cerca e sobre suas naturais limitações, a pessoa idosa poderá desenvolver mecanismos naturais de proteção, ou recorrer aos que estão disponíveis e fazem parte de seus direitos. Isso dará à pessoa mais segurança para atuar em sociedade, com sentimento de proteção contra abandono, negligência, pobreza extrema e de cuidados necessários.

Considerações finais

Os pilares do Envelhecimento Ativo e as diretrizes da Liga da Solidariedade em seu trabalho na sociedade têm muito em comum. *Saúde, Aprendizagem ao Longo da Vida, Participação e Segurança/Proteção* são aspectos essenciais que contemplam ações originadas na esfera civil, no âmbito governamental de políticas e leis. Esperam-se iniciativas individuais, dos próprios idosos, motivados por estímulos que os demais agentes apresentam.

A Liga Solidária, aproximando-se dos seus 100 anos de existência, propõe-se a ser um agente eficaz em seu campo de atuação, no atendimento ao público vulnerável, seja pelas condições socioeconômicas, seja por motivos de saúde. Uma trajetória marcada por ações eficazes e visão de futuro, apoiadas pela captação e destinação de recursos, ao lado de forte investimento em capital humano.

Fiel aos ideais, a Liga focou suas ações, pelo menos nas primeiras quatro décadas, no público feminino e infantojuvenil, até aquele momento os mais necessitados. Ações concretas, como o Restaurante Feminino, o residencial Lar Sant'Ana e a construção do Flat 50, que visavam à oferta de atendimento de qualidade e ambiente acolhedor às mulheres, prontamente tornaram-se projetos rentáveis. Dos três exemplos citados, o restaurante foi descontinuado, enquanto o residencial e o flat se tornaram entidades mantenedoras para o Núcleo de Atendimento ao Idoso (NCI), de caráter social e gratuito, instalado no bairro de Raposo Tavares, na Zona Sul de São Paulo. O modelo de gestão permite que, nesse momento, 313 idosos beneficiem-se diretamente das atividades promovidas, sendo 80 atendidos em domicílio.

O êxito das iniciativas produz impacto positivo no dia a dia da população mais carente da região, como resultado da proposta bem conduzida e

permanentemente atualizada do Lar nas duas unidades. Graças aos recursos das mantenedoras, o NCI realiza diariamente, de segunda a sexta-feira, atividades diversas, destinadas ao público com mais de 60 anos. Jogos cognitivos, atividades físicas, como ginástica e dança, além de oficinas de artesanato, música, leitura e memória, entre outras, atraem os idosos para o espaço da Liga Solidária no Butantã.

As atividades para o público da sede da Liga na Zona Sul da Cidade, na verdade, são as mesmas destinadas ao público pagante integrante do Geros Center, o Centro-Dia que a entidade mantém desde meados dos anos 1980 na sede do Lar de Pinheiros.

Os resultados positivos de integração e socialização dos participantes são notáveis em ambas as sedes, pois independentemente da condição social, o idoso responde positivamente aos estímulos recebidos. Mesmo que sejam diferentes as circunstâncias, a eficácia é percebida no trabalho com pessoas acima de 60 anos, de condição socioeconômica privilegiada, como também nos programas desenvolvidos com idosos de baixa renda.

O idoso de baixa renda pode, talvez, relutar inicialmente integrar o projeto. Mas a presença de conhecidos ou a possibilidade de iniciar novas amizades servem de estímulo para a adesão. Ao mesmo tempo que interagem e se socializam, descobrem que têm potencialidades a serem trabalhadas e desenvolvidas em distintas atividades.

O idoso do residencial ILPI interage e passa momentos agradáveis e de crescimento pessoal, considerando que as atividades são oferecidas pelo Centro-Dia Geros Center. O frequentador do Centro-Dia Geros, por sua vez, usufrui programas de alta eficácia no que se refere aos elementos essenciais elencados para o Envelhecimento Ativo.

O modelo eficaz de gestão adotado pela Liga Solidária para atendimento ao público idoso, no formato ILPI e Centro-Dia, somado ao investimento em capital humano e em parcerias em projetos com órgãos públicos e empresas privadas, permitem que a instituição mantenha os objetivos de reverter expertise, conhecimento, valores e certamente receita para a otimização do trabalho de alto impacto social.

Referências bibliográficas

1. BESTETTI, M. L. e GRAEFF, B. (org.). Habitação e cidade para o envelhecimento digno. Portal Edições: São Paulo; 2019.
2. Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade. Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil). Rio de Janeiro; 2015.
3. International Expert – Conference on Human Rights of older Persons. ICHRoP. Vienna; 2018.

4. Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Rio de Janeiro: Ministério Da Saúde; 2011.
5. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. World Population Prospects: The 2012 Revision. Highlights and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP.228. New York: United Nations; 2013.
6. World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: World Health Organization; 2002

Seção 4

Iniciativas governamentais e sociais sobre Morar 60 Mais

Envelhecimento e direito à moradia: Experiência da Vila Dignidade em Mogi das Cruzes

Camilla Cristina Taceli

Introdução

Este artigo trata da importância da oferta de políticas públicas que visam à melhoria da qualidade de vida dos idosos a partir da experiência do Programa Vila Dignidade. O programa, desenvolvido pelo governo do Estado de São Paulo[1], presta atendimento a idosos independentes e em situação de vulnerabilidade social. Tem por objetivo implantar conjuntos habitacionais em moradia assistida para idosos.

O Programa Vila Dignidade[2] é parceria da Secretaria da Habitação, Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano do Estado de São Paulo (CDHU), Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social, Secretaria de Economia e Planejamento, Secretaria da Cultura, Fundo de Solidariedade e Desenvolvimento Social e Cultural do Estado de São Paulo e Prefeituras de municípios paulistas. No Estado há outras 18 vilas distribuídas em Avaré, Botucatu, Caraguatatuba, Itapetininga, Itapeva, Ituverava, Jaú, Jundiaí, Laranjal Paulista, Limeira, Mogi-Mirim, Presidente Prudente, Ribeirão Preto, Tupã, Araraquara, São José do Rio Preto e Sorocaba.

Diversos estudos indicam o aumento da população idosa no mundo, com mudanças significativas nos perfis sociais, pois os indivíduos estão ficando mais velhos e crescem as expectativas de vida, fenômeno que atinge todos os países - desenvolvidos e em desenvolvimento. Reforça-se a necessidade de condições mínimas de sobrevivência com dignidade e respeito nessa etapa do envelhecimento (DEL-MASSO, 2015).

No Brasil, a oferta de políticas públicas voltadas à pessoa idosa teve início no período imperial, mas atendia apenas a alguns pequenos grupos populacionais e se limitava à cobertura de uma renda quando da perda da capacidade laborativa. Somente após a década de 1960 as políticas públicas brasileiras incluíram os direitos da população idosa, sob pressões da sociedade civil e pessoas envolvidas, como grupos políticos e cientistas interessados no estudo da velhice (RAUTH e PY, 2016).

A Constituição Federal de 1988 foi significativo avanço nas políticas públicas para a pessoa idosa. Dela, nasceram a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

[1] Decreto nº. 54.285, de 29 de abril de 2009, com nova redação dada pelo Decreto Estadual nº. 56.448/2010.

[2] Perguntas frequentes sobre a Vila Dignidade, site: http://www.cdhu.sp.gov.br/perguntas-frequentes/programa-vila-dignidade

A Política Nacional do Idoso (1994) ressalta que cabe ao estado, família e sociedade assegurar todos os direitos da pessoa idosa.

> I – a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida (BRASIL, 1994).

Na Constituição Cidadã, há a exigência de diferenciar e conceituar essa faixa etária, preocupação que revela algo curioso: a velhice foi finalmente "descoberta". Não apenas o mercado descobre o potencial, mas o estado de direito registra seu reconhecimento mediante a criação de leis específicas (CORREIA, 2009). O Estatuto do Idoso, elaborado em 2003, ao estabelecer direitos, evidencia sobretudo o reconhecimento social. A ciência, por meio da gerontologia e da geriatria, alavanca pesquisas e cria especialidades médicas.

O poder público assumiu a responsabilidade de ofertar serviços e garantir que o idoso tenha acesso a programas específicos de habitação, além de cotas para a habitação popular, como destaca o Estatuto do Idoso em seu Art. 38:

> Nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, o idoso goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria, observado o seguinte:
> I – Reserva de pelo menos 3% (três por cento) das unidades habitacionais residenciais para atendimento aos idosos;
> II – Implantação de equipamentos urbanos comunitários voltados ao idoso;
> III – Eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, para garantia de acessibilidade ao idoso;
> IV – Critérios de financiamento compatíveis com os rendimentos de aposentadoria e pensão. Parágrafo único. As unidades residenciais reservadas para atendimento a idosos devem situar-se, preferencialmente, no pavimento térreo (BRASIL, 2003).

Recentemente, o governo federal revogou diversas legislações[3] referentes à população idosa e condensou todas no Decreto 9.921/19 (BRASIL, 2019), centralizando no Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos a competência de coordenar a Política Nacional da Pessoa Idosa. Embora a legislação fomente a identificação da população idosa e necessidades habitacionais, observa-se que, durante anos, foi beneficiada apenas em cotas dos programas habitacionais, como o Minha Casa, Minha Vida. Não há ainda, em âmbito federal, mobilização para executar programa habitacional voltado exclusivamente à pessoa idosa, como a Vila Dignidade.

[3] Art. 47. Ficam revogados: I - o Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996; II - o Decreto nº 5.934, de 18 de outubro de 2006; III - o Decreto nº 6.800, de 18 de março de 2009; IV - o Decreto nº 8.114, de 30 de setembro de 2013; e V - o Decreto nº 9.328, de 3 de abril de 2018 (BRASIL, 2019).

A função das prefeituras[4] é fundamental ao desenvolvimento do projeto nos municípios. Além de fornecer o terreno para a área construída e o administrar, deverão:

- Identificar e selecionar beneficiários de acordo com os critérios estabelecidos;
- Aprovar a legislação pertinente e os projetos junto aos órgãos competentes;
- Elaborar um projeto social conforme modelo e diretrizes estabelecidos pela Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social;
- Realizar a gestão social dos núcleos da Vila Dignidade;
- Criar ou reativar o Conselho Municipal do Idoso;
- Articulação com outros órgãos públicos e entidades da sociedade civil tendo em vista a promoção de ações integradas, contribuindo para o fortalecimento e a ampliação da rede de proteção e defesa dos direitos das pessoas idosas.

O programa se destina a idosos com 60 anos ou mais, independentes para atividades da vida diária, mesmo que requeiram o uso de equipamentos de autoajuda; renda mensal de até um salário mínimo; só ou casal (ambos idosos), com vínculos familiares extremamente fragilizados, em decorrência de abandono, situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social. O acompanhamento dos idosos é de competência da Secretaria Municipal de Assistência Social, que assumiu a administração do equipamento após a entrega pelo governo do Estado ao município.

Políticas públicas e envelhecimento em Mogi das Cruzes

Localiza-se na zona leste da Grande São Paulo, na região conhecida como Alto Tietê, com aproximadamente 1.652.773 habitantes. Mogi das Cruzes é a maior cidade - são 445.842 habitantes, sendo 39.816 idosos, de acordo com o último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Até o momento, o único município que alocou a Vila Dignidade.

Serão analisadas neste tópico as políticas públicas para a população idosa no município de Mogi das Cruzes, em especial para idosos de baixa renda, atendidos pela Assistência Social em interface com as políticas de Saúde, Habitação, Esporte e Lazer. Os dados da Assistência Social foram retirados do Visuas[5], sistema criado pela Vigilância Socioassistencial do município, que oferece parâmetro dos idosos de baixa renda e em situação de vulnerabilidade social que a política atende.

[4] Perguntas frequentes sobre a Vila Dignidade, site: http://www.cdhu.sp.gov.br/perguntas-frequentes/programa-vila-dignidade

[5] Visuas – Visor de Informações para o Sistema Único de Assistência Social, ferramenta que contribui com a gestão da política de assistência social, por meio da análise e interpretação de informações, a partir de dados relacionados ao Censo/IBGE, informações dos programas e benefícios socioassistenciais, mapeamento das situações de vulnerabilidade e risco social do território, além do mapeamento das potencialidades, exigências e oferta de serviços.

Trataremos de dois dados simples, mas que permitem a dimensão da imprescindibilidade de traçar estratégias para a melhoria das políticas públicas. Dos idosos inscritos no Cadastro Único para os programas sociais do governo federal foram identificados[6] 6.015 morando sozinhos e com renda de até dois salários mínimos. A renda de até um salário prevalece.

Além da demanda de habitação, devem ter renda para a subsistência, pois se verifica que 842 idosos vivem abaixo da linha da pobreza, como única fonte o Programa Bolsa Família. Os números mostram a dimensão dos serviços socioassistenciais que podem ser exigidos pela população idosa.

Quadro I

Renda	Quantidade
per capita até R$ 89,00	1668
per capita entre R$ 85,01 e R$ 170,00	36
per capita entre R$ 178,01 e R$ 499,00	77
per capita entre R$ 477,01 e R$ 954,00	3766
per capita acima de R$ 954,01	468
Total	6015

O município tem 3526 idosos que recebem o BPC, e 92% desse total estão inscritos no Cadastro Único. Aos idosos com 65 anos ou mais que na vida não conseguiram contribuir com o INSS, é assegurado pela Lei Orgânica de Assistência Social – Loas, o Benefício de Prestação Continuada – BPC, repasse de um salário mínimo mensal, a partir de critérios estabelecidos em lei.

> O Benefício de Prestação Continuada previsto no art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso, com idade de sessenta e cinco anos ou mais, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família... integra a proteção social básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social - SUAS (Política Nacional do Idoso, 1994, pág. 19).

Há ainda o Renda Cidadã Idoso[7], programa de transferência de renda temporário do governo do Estado, que paga R$ 100 ao idoso de baixa renda, acima de 80 anos e que não tenha benefício ou aposentadoria. Atualmente existem 12 idosos que recebem esse benefício no município. O Estado deve investir significativamente em políticas de transferência de renda e incluir idosos na faixa etária acima de 60 anos. O Quadro I mostra que no município há inscritos 1781 idosos com renda inferior a meio salário mínimo morando sozinhos.

6 Dados referentes ao Visuas, com base do Cadastro Único de setembro/2019.
7 Renda Cidadã Idoso.

O BPC deveria atender a esses idosos, pois o Estatuto do Idoso prevê como 60 anos a idade de ser idoso.

Aspecto interessante, destaca estudo de políticas públicas à população idosa, relaciona-se à renda dos idosos com a universalização dos benefícios da seguridade social, ocorrida na década passada. Boa parcela das famílias com idosos acrescenta o importante componente de sustentação, complementar aos rendimentos provenientes do trabalho e produção. Mais ainda, muitas famílias, frente ao desemprego dos filhos, passaram a ter como fonte de sustento e sobrevivência o rendimento da aposentadoria dos pais (BRAGA *et al.* 2016). Realidade constante nas famílias atendidas pela Assistência Social. Os idosos, além de deter a principal renda familiar, assumem o cuidado com os netos para os filhos trabalhar.

Correia (2009) ressalta que ainda existe uma velhice segregada pela sociedade. O abandono, o preconceito e a desvalorização recaem violentamente sobre eles. Casos de maus-tratos no comércio, nos transportes coletivos, nas ruas e mesmo na família são cada vez mais comuns. Algumas ocorrências são noticiadas nos jornais, mas há diversas silenciadas no âmbito social e pelos próprios idosos, às vezes por desconhecer direitos ou ainda se sentirem envergonhados e culpados pela situação em que foram vítimas de algum tipo de violência. A Assistência Social atua nesse cenário, em que é segregado o idoso que não é mais capaz e independente.

Mogi das Cruzes aderiu a dois programas voltados ao idoso que visam à articulação, expansão e efetivação de políticas públicas para o segmento - o selo São Paulo Amigo do Idoso (Estadual) e Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa (Nacional). Para a fase inicial de aquisição do selo São Paulo Amigo do Idoso, houve oficinas com os idosos de diversos territórios. O objetivo era coletar informações sob a ótica dos idosos, em relação a serviços e qualidade de vida na cidade. O sistema dos programas também afere indicadores de atendimento e estruturação das políticas para idosos dos municípios, como índice de vacinação - Mogi das Cruzes possui acima do previsto, segundo relatórios da Vigilância Epidemiológica. Está sendo elaborado ainda o *Manual do Idoso*, com prevenção antiquedas, direitos da pessoa idosa e serviços disponíveis no município.

Em Mogi há uma rede de serviços para o idoso, de acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. São dez Núcleos de Serviços de Convivência e Fortalecimentos de Vínculos, com capacidade de atender até 300 idosos; um Serviço de Proteção Básica no domicílio para Idosos - capacidade de atendimento de 80 idosos; sete Centros de Referência de Assistência Social - CRAS, distribuídos no município, com até 3500 famílias referenciadas em cada equipamento; dois Centros de Referência Especializados de Assistência Social - CREAS - em 2019 atendeu a 75 idosos com direitos violados; um Centro-Dia do Idoso, com capacidade para atendimento de 40 idosos; quatro ILPIs, com 97 vagas, além de mais um em construção, ou mais 20 vagas.

Na área da Saúde existem os serviços específicos para idosos: uma UnicaFisio, que oferece atendimento completo para quem tem mais de 60 anos - consultórios, equipe de enfermagem e atendimento multiprofissional (fisioterapeutas, nutricionista e terapeuta ocupacional), além de piscina e academia, atuando em duas frentes: fisioterapia e reabilitação e promoção da saúde.

Na área do Esporte e Lazer - uma Pró-Hiper, destinada a pessoas com mais de 60 anos. Aulas de musculação e hidroginástica supervisionadas e palestras orientadoras sobre qualidade de vida, e 81 ATIs - Academias da Terceira Idade, localizadas em praças e parques municipais.

No Programa Minha Casa Minha Vida, da Coordenadoria da Habitação do município, foram entregues 262 apartamentos para idosos, o que corresponde a 5% do total de imóveis, número maior do que o definido pela legislação federal, que prevê no mínimo 3% dos imóveis de programas habitacionais serem destinados à população idosa, além da Vila Dignidade, com 22 moradias.

Conforme Braga *et al.* (2006), as mudanças ocorridas na estrutura populacional, com o crescimento exponencial da população brasileira de 60 anos ou mais, longevidade e queda da fecundidade, acarretam diversas consequências sociais, culturais, econômicas, políticas e epidemiológicas. O Brasil ainda não está devidamente preparado. Mas o salto representa fator de pressão importante para a inclusão do tema na agenda de prioridades do governo.

Vila Dignidade em Mogi das Cruzes

De acordo com o Plano Municipal de Assistência Social de Mogi das Cruzes 2015/2017, o Programa Vila Dignidade está em consonância com as normativas da Política de Assistência Social. E com o manual de instruções, diretrizes e procedimentos operacionais para contratação e execução de programas e ações da Secretaria Nacional de Assistência Social, exercício 2010. Embora não tipificado, guarda semelhança com o Serviço de Acolhimento em República[8], no que se refere à oferta de proteção, apoio e condições de moradia subsidiada a grupos de idosos em situação de vulnerabilidade e/ou abandono.

Apresenta em sua estrutura física e de organização características que se assemelham a condomínios residenciais, possibilitando nova formatação na gestão do programa e assegurando moradia de qualidade a idosos com autonomia para a vida diária, mas que necessitam de proteção da Política de Assistência Social, nos níveis da Proteção Social Básica e da Proteção Social Especial.

[8] Serviço que oferece proteção, apoio e moradia subsidiada a grupos de pessoas maiores de 18 anos em estado de abandono, situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, com vínculos familiares rompidos ou extremamente fragilizados e sem condições de moradia e autossustentação (Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, 2009, página 51).

A oferta de serviços como a Vila Dignidade segue diretrizes da Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social - SEADS[9]:

- Viabilizar moradia digna para o idoso independente;
- Prevenir o asilamento;
- Fortalecer o protagonismo dos municípios em seu papel de provedores e articuladores dos serviços necessários à atenção integral ao idoso.

E em consonância com as diretrizes e orientações da Política de Assistência Social dos serviços e programas relacionados ao idoso, há alguns parâmetros:

- Restabelecer vínculos familiares e/ou sociais;
- Possibilitar a convivência comunitária;
- Promover acesso à rede socioassistencial, aos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e às demais políticas públicas setoriais;
- Favorecer o surgimento e o desenvolvimento de aptidões, capacidades e oportunidades para que os indivíduos façam escolhas com autonomia;
- Promover o acesso a programações culturais, de lazer, de esporte e ocupacional interno e externo, relacionando-as a interesses, vivências, desejos e possibilidades do público;
- Incentivar o desenvolvimento do protagonismo e de capacidades para a realização de atividades da vida diária;
- Desenvolver condições para a independência e o autocuidado;
- Promover o acesso à renda aos idosos que ainda não dispõem de aposentadoria ou Benefício de Prestação Continuada.

Há um trabalho social com os idosos na acolhida/recepção; escuta; construção de plano individual e/ou familiar de atendimento; desenvolvimento do convívio familiar, grupal e social; estímulo ao convívio grupal e social; estudo social; orientação e encaminhamentos para a rede de serviços locais; protocolos; acompanhamento e monitoramento dos encaminhamentos realizados; referência e contrarreferência; elaboração de relatórios e/ou prontuários; trabalho interdisciplinar; diagnóstico socioeconômico; informação, comunicação e defesa de direitos; orientação para acesso a documentação pessoal; atividades de convívio e de organização da vida cotidiana; mobilização para o exercício da cidadania; articulação da rede de serviços socioassistenciais; articulação com os serviços de políticas públicas setoriais; articulação interinstitucional com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.

[9] Perguntas frequentes sobre a Vila Dignidade, site: http://www.cdhu.sp.gov.br/perguntas-frequentes/programa-vila-dignidade

Na efetivação da Vila no município houve ampla divulgação pelos meios de comunicação: rádio, TV e serviços que atendiam à população, em especial o idoso, contabilizando 299 inscrições. Posteriormente à inscrição presencial, montou-se uma comissão de profissionais da Assistência Social e Conselho Municipal do Idoso para selecionar os idosos com perfil. Em seguida, visitas domiciliares pelos técnicos da Secretaria Municipal de Assistência Social para identificar, entre os inscritos, os que mais necessitavam da inclusão no programa.

Deve-se ressaltar a participação ativa do Conselho do Idoso, significativo propulsor para a Vila Dignidade ser implantada em Mogi das Cruzes, no acompanhamento contínuo das atividades, inserção dos idosos e discussões sobre ações no local. Na função que é do conselho, de fiscalizar e acompanhar as políticas públicas para a população idosa. Pelos membros do Conselho Municipal do Idoso a proposta do programa chegou ao prefeito da época, que abraçou a ideia e inscreveu o município. Após diversas reuniões com a Secretaria de Habitação do Estado, celebrou-se o acordo em 2010. Para a construção da Vila Dignidade, o município ficou responsável em ceder o terreno e arcar com a manutenção e administração do equipamento. O Estado arcou com a construção - foram investidos R$ 2,2 milhões em um terreno de 5,3 mil metros quadrados.

Implantado em 15 de setembro de 2015 em Mogi das Cruzes, o programa (Figura I) segue as orientações de habitação para a pessoa idosa, com casas especialmente projetadas para esse segmento. Levam-se em conta os parâmetros do desenho universal, em núcleos horizontais, 22 unidades residenciais com 44 metros quadrados de área construída, sala conjugada à cozinha (Figura II), dormitório (Figura III), banheiro, área de serviço e espaço externo. Todas as moradias estão equipadas com recursos de acessibilidade e móveis básicos - conjunto de mesa e cadeiras, armário de cozinha, geladeira, fogão, guarda-roupas, cama e cômoda. No projeto há um Centro de Convivência, dividido em salão para atividades em grupo, sala administrativa, sala de atendimento técnico, cozinha, almoxarifado e dois banheiros com acessibilidade. Além de uma horta comunitária, pracinha e Academia para a Terceira Idade (Figura IV).

Foi criada uma Comissão da Vila Dignidade depois da inauguração, composta por representantes do poder público das áreas da Assistência Social, Saúde, Habitação, Coordenadoria do Idoso e um representante do Conselho Municipal do Idoso. Pessoas fundamentais na garantia do direito do idoso à moradia, pois acompanham as demandas do equipamento, identificam e consideram as necessidades específicas de cada idoso, direcionam as ações, decidem em conjunto com o técnico de Serviço Social os idosos inseridos ou desligados do programa, além de dialogar com os moradores sobre as demandas do local.

Cada moradia atende a um idoso, ou, excepcionalmente, dois idosos (no caso de casal ou irmãos), cabendo a manutenção de todas as despesas decorrentes da moradia, inclusive alimentação, vestuário e outras decorrentes do uso da moradia, com exceção das despesas de água, luz e IPTU, sob a responsabilidade da Prefeitura. As moradias são por concessão não onerosa - o início e o fim de participação dos beneficiados no Programa Vila Dignidade são de competência da Secretaria da Assistência Social.

Atualmente, para se inscrever no Programa Vila Dignidade são considerados os fatores de vulnerabilidade social, e dá-se preferência a idosos não que não têm vínculos familiares, ou que tenham vínculos familiares extremamente fragilizados. Em situação de vulnerabilidade social, violação de direitos (violência doméstica ou urbana, abandono, situação de rua), e idosos em risco social. São considerados ainda:

- Ter 60 anos ou mais;
- Renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo;
- Comprovar residência no município por no mínimo dois anos;
- Não possuir imóvel ou habitação própria e não ter sido beneficiado por programas habitacionais.

A porta de entrada ao acesso ao programa são os serviços da Rede Socioassistencial, como os CRAS, que atendem a populações em situação de vulnerabilidade social, e os CREAS, que atendem a famílias ou indivíduos com os direitos violados, em situação de risco pessoal. Exigem muitas vezes a articulação com o Sistema de Garantia de Direitos: Conselhos, Delegacias, Ministério Público. O programa recebe solicitações de inclusão no Acolhimento de Pessoas em Situação de Rua, serviço responsável por acolher pessoas que tiveram vínculos familiares rompidos e encontram-se em situação de desabrigo e abandono, e necessitam estruturar-se novamente para ser reinseridos no território.

Garantia de direitos e rede socioassistencial no território

Na Vila Dignidade há uma assistente social que trabalha uma vez por semana, uma orientadora, trabalhando diariamente, e que auxilia os idosos nas demandas cotidianas - identificam as situações de vulnerabilidade e aqueles que necessitam de um número maior de intervenções, como, por exemplo, solicitação de alimentos, medicamentos, consultas médicas, controle das visitas, atividades administrativas do equipamento e acompanhamento em passeios e/ou atividades. Há uma auxiliar de serviços gerais, responsável pela manutenção dos espaços de uso coletivo, e outros serviços, como manutenção das casas, jardinagem, pequenas reformas, realizados pelas secretarias competentes. A equipe é reduzida, considerando a equipe mínima na NOB - RH[10] do SUAS para serviços de República de Idosos.

[10] Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – NOB - RH/SUAS.

Um serviço que a Vila Dignidade é equipada – um coordenador, uma assistente social e um psicólogo todos os dias da semana.

O programa possui capacidade para atender 22 idosos, atualmente, e hoje há 20 moradores - 11 homens e nove mulheres. As duas unidades desocupadas serão reformadas, e idosos na lista de espera serão selecionados para ocupá-las. A rotatividade dos idosos não é regular, gerando uma fila de espera de aproximadamente 80 idosos. Os casos mais comuns de vagas nas moradias são devido a óbito e perda da capacidade de realizar as atividades da vida diária. Os idosos que perdem a autonomia e não contam com uma rede de apoio e familiares para acolhê-los são encaminhados às ILPIs (antigos asilos) do município para serem acolhidos, garantindo-lhes a proteção integral.

O perfil dos idosos que estão no programa atualmente é de pessoas que moraram ao longo da vida em casas precárias, em áreas de risco, locais insalubres, comprometendo grande parte da renda com o aluguel, e idosos vindos de Acolhimentos para Pessoa em Situação de Rua. Todas essas situações agravadas pela fragilização ou perda de vínculos familiares e comunitários; idosos que não tiveram filhos e nesse momento da vida encontram-se sós ou com parentes que não podem apoiá-los.

Verifica-se, conforme dados da Informatização da Rede de Serviços de Assistência Social – Irsas, que da população atendida pelo programa nove idosos foram incluídos no serviço por falta de habitação, cinco por abandono, quatro viviam em serviços de acolhimentos para a população em situação de rua, um não possuía condições de autossustento e um não tinha família.

Todos os idosos da Vila Dignidade são referenciados no CRAS Vila Brasileira, um dos sete do município, localizado bem próximo à Vila Dignidade, de fácil acesso. Além do trabalho social com famílias, o CRAS articula ações no território. Sempre que possível, convida os idosos da Vila a participar de ações - eventos comunitários, oficinas, conferências municipais. O serviço ainda realiza a inclusão dos idosos em Programas de Transferência de Renda e Carteira do Idoso (federal). Quando completam 65 anos, acompanham todo o processo de cadastro e inclusão no BPC - pagamento de um salário mínimo ao idoso que não pôde contribuir ou não tem tempo suficiente para se aposentar.

Nas entrevistas de seleção, identificou-se que a renda da maioria dos idosos é comprometida por empréstimos em bancos e financeiras, o que dificulta ainda mais arcar com o aluguel e suprir as necessidades básicas diárias. A renda permitida para entrada no programa é de um salário mínimo, mas verificou-se que o perfil de renda da maioria dos idosos é inferior a esse valor, considerando os empréstimos. Leva-se a demanda para a equipe do CRAS e articula-se envolver os idosos nas oficinas que o equipamento promove no Projeto Futuro na Mão[11], que ensina sobre Educação Financeira.

[11] Projeto do governo federal criado pelo Ministério da Cidadania. Capacita técnicos dos CRAS para aplicar Oficinas do PAIF de Educação Financeira para os beneficiários dos Programas Sociais.

No ano de 2019 dois dos idosos do local que ainda não tinham renda foram inseridos no BPC. No direito à renda percebeu-se significativa mudança na vida. Passaram a ter maior autonomia, melhoraram condições materiais - investimento em novos mobiliários, compra de alimentos diferenciados, ampliação das atividades comunitárias, visitas a parentes e amigos, uma vida mais sociável, com bem-estar. Anteriormente, havia uma cesta básica do município mensalmente, além do gás, de acordo com a demanda. Ressalta-se ainda que há uma idosa com idade inferior a 65 anos que recebe o benefício do Bolsa Família e os itens citados.

Ainda no tema renda, uma das preocupações da equipe técnica é a maneira como os usuários do serviço lidam com as finanças. Percebe-se que os recursos oriundos de aposentadoria ou benefícios são utilizados no uso abusivo de álcool. Situação que ocorre, em especial, com idosos do sexo masculino. Quando situações são identificadas, o idoso é encaminhado aos serviços de saúde do território, que podem auxiliá-lo a superar a dependência.

Na Vila Dignidade existe acompanhamento social. Como objetivo, a socialização entre os idosos; facilitar acesso à rede de políticas públicas; reconstrução de vínculos familiares e comunitários; preservação das condições de autonomia e independência e estímulo à autossustentação. O técnico de Serviço Social atende semanal e individualmente, ou em grupo, para a discussão de assuntos coletivos. O objetivo do acompanhamento social é o idoso ser protagonista da própria vida, que utilize os serviços do território, como posto de saúde, CRAS; fortaleça os laços familiares e comunidade; frequente um Serviço de Convivência para Idosos; usufrua do território e até mesmo serviços privados, como comércio, supermercados, farmácia, padaria, lazer, criando vínculos com a vizinhança; visite ou receba familiares, ser um sujeito ativo.

A Vila Dignidade se articula com os serviços da rede socioassistencial da região. Um dos aspectos positivos são atividades como o CRAS Vila Brasileira, em integração com o território e moradores. Uma moradora esteve em situação de rua por muitos anos e, a partir de uma Oficina Intergeracional promovida pelo CRAS, contou sua história a um grupo de adolescentes, que localizou seu filho nas redes sociais. Com o filho ela mantém contato telefônico.

As oficinas ou encontros intergeracionais têm o objetivo de estimular experiências entre as gerações fora do contexto familiar, rompendo o isolamento social do idoso e proporcionando aos adolescentes integração com outra faixa etária. No território, promove-se igualmente o encontro entre os idosos e alunos de uma escola particular do município, dividido em dois momentos: no primeiro, os alunos visitaram a casa dos idosos, conversaram e conheceram as histórias de vida; no segundo, os alunos organizaram um bingo para os idosos e participaram arrecadando brindes e auxiliando na conferência das

cartelas. Há eventos comemorativos (Figuras V e VI), de acordo com o período, como festa junina, Dia do Idoso e Natal. Mensalmente ocorre uma oficina temática com assuntos que permeiam o cotidiano e são comemorados os aniversários do mês, incentivando a interação e integração.

Com a participação dos idosos foi elaborado o Regimento Interno da Vila Dignidade. Todos os moradores e a técnica de Serviço Social, em diversos encontros, decidiram das regras de convivência no local a critérios para exclusão do programa. Atividades e passeios são igualmente decididos em conjunto com os idosos e de acordo com possibilidades de custeio pela Secretaria de Assistência Social.

O serviço se articula com distintos órgãos municipais, como Fundo Social de Solidariedade, empresas privadas, universidades e voluntários, que promovem eventos. O Fundo Social organiza anualmente comemorações do Dia do Idoso, Festa do Caldo e Natal, com doação de presentes, inserindo os idosos.

Em 2019 houve aulas de artesanato, prática de Reiki (quinzenal), Ação Social (voluntários pintaram as fachadas de todas as casas), bingo intergeracional, grupo com alunos de Psicologia, evento junino, atividades com alunos de Fisioterapia, almoço em comemoração ao Dia do Idoso, apresentação cultural promovida pela Coordenaria do Idoso, Dia da Beleza (dois eventos), passeio à fazenda e almoço de Natal.

Firmaram-se parcerias com distintas Secretarias Municipais, como Saúde, Trânsito e Meio Ambiente, para palestras e atividades no local.

Vida na Vila Dignidade

Em entrevista qualitativa para composição deste artigo, com parte dos moradores da Vila Dignidade, utilizou-se o método de história oral, com diferentes técnicas de entrevista para dar voz a sujeitos invisíveis. Por meio da singularidade dos depoimentos, elabora e preserva a memória coletiva (GONÇALVES E LISBOA, 2007). Os idosos relataram situações de muita dificuldade e até constrangedoras, em decorrência da falta de moradia. Vários deles moravam em casas cedidas, alugadas e/ou com terceiros.

Como M.A, de 74 anos. Por 13 anos morou com a ex-sogra e por quase dez anos dormiu no sofá. A idosa teve somente um filho, hoje casado, e deseja sua independência, optando por morar só. Outro idoso, F. A, descreveu a Vila Dignidade como "a paz que eu nunca tive", referindo-se a vários locais precários e sem privacidade, nos quais teve que morar até a moradia no Programa Vila Dignidade. Solteiro e sem filhos, o idoso de 70 anos encontrou na instituição seu principal apoio, pois não tem parentes.

A moradora M.P, de 71 anos, relata que devido a dificuldades criou os cinco filhos sozinha e nunca conseguiu o sonho da casa própria. Trabalhou até idade avançada como empregada doméstica, e depois que os filhos estavam

"criados" e já haviam formado família, continuou trabalhando e morando em cômodos insalubres e em locais periféricos, até ser selecionada para o programa que, segundo ela, mudou sua vida.

Diversos idosos têm na Vila Dignidade a primeira casa, conforme entrevista do jornal *O Diário* com uma moradora.

> Só aos 67 anos a aposentada T.J.P entrou pela primeira vez em uma casa em que poderia chamar de sua. É a de número 10 na Vila Dignidade. Durante toda a vida trabalhou como faxineira na mineradora Cosim, depois passou pela Universidade de Mogi das Cruzes, e por último trabalhou como diarista e fazia salgados para custear os R$ 400 de aluguel. Nem mesmo a aposentadoria já na terceira idade possibilitou ter esse lar. Mas ela veio e hoje já está do jeito que ela sempre quis: jardim de flores na frente, hortaliças plantadas no fundo, cortinas vermelhas na sala, enfeites, armários, sofás, geladeira, fogão. Um lar. "Demorou, mas hoje é tudo do jeito que eu quis. Me basta agradecer", diz. (entrevista ao jornal *O Diário*, em 04/11/2019).

Os desafios encontrados pela Assistência Social são compartilhar a responsabilidade com os familiares, em especial filhos dos idosos inseridos no equipamento, quando ocorrem situações graves, como doenças, internações, consultas médicas ou apoio em momentos do cotidiano - compras, recebimento do benefício e auxílio no pagamento de contas. Identifica-se baixo índice de visitas à casa dos idosos pelos familiares e participação na vida do mesmo. Há resistência dos idosos em procurar os familiares. Geralmente buscam apoio de outros moradores, amigos de fora e da equipe que trabalha no local para os auxiliar em situações da vida diária - marcar consultas, acompanhar a médicos, auxílio no pagamento de contas, compras, enfim, atividades cotidianas e até quando há agravamento da saúde.

Alguns idosos do equipamento, embora sejam independentes para a vida diária, apresentam dificuldades na execução dessas atividades - histórico de privações, baixa escolaridade e falta de acesso a serviços públicos. Mesmo inseridos em território com serviços disponíveis, exigem auxílio.

Há dificuldade, em especial entre os homens, nos cuidados com a moradia, como limpeza e cozinha. Em distintos casos contratam faxineira para limpeza da residência e compram comida pronta (marmitex). Alguns idosos acessam o restaurante popular Bom Prato, no centro da cidade.

Por outro lado, há idosos independentes e proativos, que promovem diversas atividades não apenas no território, mas em distintos serviços do município, como N. A, de 67 anos, que frequenta assiduamente o Pró-hiper. São aulas gratuitas de hidroginástica e musculação para idosos, e a ÚnicaFisio - Unidade de Fisioterapia e Reabilitação. O idoso L.O, de 78 anos, atua como voluntário em instituições filantrópicas do município, em serviços de entrega de leite para moradores de baixa renda. E F. P, de 65 anos - sempre que possível auxilia os vizinhos, indo ao mercado, farmácia ou pequenos serviços.

Em quatro anos de funcionamento, a instituição avalia como positiva o modelo de moradia assistida ao idoso. Verifica-se, em relatórios técnicos anteriores, que vários idosos chegaram sem acesso a diversas políticas públicas. A partir da inclusão na Política de Habitação e Assistência Social é possível afirmar que o acesso a esses serviços melhorou, como qualidade de vida, além de proporcionar a retomada do vínculo familiar em diversos casos.

Considerações finais

O Brasil, anteriormente conhecido como país jovem, caminha para se tornar um dos países com a maior população idosa do mundo. Essas mudanças sociais requerem um novo modo de pensar a sociedade, investindo em políticas públicas inovadoras que atendam às exigências do "novo idoso", que surge com a sociedade. Dar-lhe voz e escutar as necessidades, que já não são as mesmas de décadas atrás.

Consideramos primordial para a qualidade de vida da pessoa idosa que sejam assegurados os direitos básicos e essenciais, além de envolvimento com diversos atores que ratifiquem o acesso a serviços de qualidade. Embora o Programa Vila Dignidade seja considerado um modelo de moradia assistida ao idoso, a ampliação aos municípios ainda é desafio para o Estado. Considerando a demanda reprimida apenas no município de Mogi das Cruzes, deveria haver distintos equipamentos, seguindo o modelo, além da ampliação da equipe técnica para assegurar acompanhamento eficaz e qualificado.

Devem ser consideradas as particularidades desse segmento, pois a velhice apresenta várias interfaces, e cada indivíduo sua subjetividade. A efetivação dos direitos do idoso requer empenho do poder público e da sociedade, que devem se mobilizar para acompanhar as políticas públicas já efetivadas, solicitando a ampliação. Todos os idosos em situação de vulnerabilidade seriam atendidos.

Verificamos que as políticas públicas devem caminhar na mesma direção - a melhoria na qualidade de vida. Ser eficazmente atendidas, em conjunto, pois se complementam reciprocamente. O idoso não pode ser visto como segmento "isolado" da sociedade. Ao contrário, integrado com crianças, jovens e adultos, entendendo que o envelhecimento é processo natural da vida. Investindo hoje será criada uma sociedade mais consciente do papel do idoso, com maior e mais substancial valorização.

Fotos da Vila Dignidade de Mogi das Cruzes[12]

Figura 1

Figura 2

Figura 3

[12] As imagens da Vila Dignidade foram retiradas do site oficial da Prefeitura Municipal de Mogi das Cruzes, disponíveis em: http://www.mogidascruzes.sp.gov.br/unidade-e-equipamento/2/vila-dignidade

Figura 4

Figura 5

Figura 6

Referências bibliográficas

1. ALCÂNTARA, A. O et al. Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.
2. BRAGA et al. Revista Diálogos Interdisciplinares, 2016 vol. 5 n° 3 - ISSN 2317-3793.
3. BRASIL. Diário Oficial da União. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Texto da Resolução Nº 109, nov. 2009.
4. _____. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. – 1. ed., 2.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
5. _____. NOB-RH/SUAS. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS, 2006.
6. _____. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social. Brasília, set. 2004.
7. _____. Política Nacional do Idoso, Lei nº. 8. 842, de 4 de janeiro de 1994.
8. CORREA, M. R. Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade: velhice e terceira idade. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.
9. DÁTILO, G.M.P. A et al. Envelhecimento Humano: diferentes olhares. Marília/ Oficina Universitária. São Paulo/Cultura Acadêmica, 2015.
10. GOVERNO do Estado de São Paulo. Decreto nº 56.448, de 29 de novembro de 2010. https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2010/decreto-56448-29.11.2010.html
11. GONÇALVES. R. C et al. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. Rev. katálysis v.10 n.spe Florianópolis, 2007. Disponível em https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000300009

Conjunto habitacional: VILA DOS IDOSOS

Rodrigo Cardoso Bonicenha

Introdução

O Conjunto Habitacional conhecido como Vila dos Idosos faz parte do Programa Municipal de Locação Social (PMLS) da cidade de São Paulo, que totaliza 903 Unidades Habitacionais (UHs), distribuídas em seis empreendimentos diferentes. A Vila dos Idosos corresponde a 145 das UHs, em que vivem quase 200 pessoas.

Para a Vila dos Idosos ser incluída no PMLS, a luta social de um grupo de pessoas idosas pela moradia definitiva foi fundamental. As pessoas idosas, de origens e histórias diferentes, convergiram interesses e demandas na figura do Garmic (Grupo de Articulação para a Conquista da Moradia do Idoso da Capital), movimento social de pessoas idosas, que busca garantir o acesso à moradia na cidade de São Paulo. Formado em 1999, conquistou a construção da Vila dos Idosos, inaugurada em 2007, e permanece ativo na militância pela moradia e espaços deliberativos em diversas esferas de governo.

As pessoas idosas que formaram o Garmic tinham em comum dificuldades de acesso à moradia. Os diferentes cursos de vida representam rica imagem de parte das velhices de um país como o Brasil, no qual persiste a intrincada questão do acesso à moradia, do déficit habitacional e assentamentos informais.

O grupo heterogêneo se articula, então, em torno do tema comum da luta pela *moradia definitiva*. A locação social é uma forma de atendimento habitacional definitivo que não conta com o crédito imobiliário, aspecto relevante quando se se considera o envelhecimento populacional nas cidades brasileiras. Torna-se uma possibilidade de atendimento habitacional a ser replicada, entre diferentes tipos de atendimento que existem ou serão necessários/criados. Entretanto, deve-se ressaltar que o papel ativo do Garmic na Vila dos Idosos, ainda nos dias atuais, facilita a gestão do empreendimento. Cada empreendimento do PMLS apresenta um contexto peculiar, mais ou menos complicado em relação à gestão e outros temas. Trataremos de algumas delas, porém, não haverá uma avaliação do programa.

Se por um lado o projeto como a Vila dos Idosos torna-se mais complexo, envolvendo um movimento social, por outro, o papel na gestão de um empreendimento como o apresentado pode colaborar para a experiência ser exitosa e duradoura, em especial se comparada aos demais empreendimentos do PMLS. É uma das particularidades da Vila dos Idosos de difícil replicação e praticamente desconsiderada nos trabalhos que tratam do Conjunto Habitacional.

Os poucos trabalhos que tiveram o Garmic ou a Vila dos Idosos como objeto de pesquisa buscaram lançar luz sobre elementos como: aspectos positivos de viver na Vila dos Idosos (de DEUS, 2010), objeto empírico da relação entre o envelhecimento demográfico e espaços urbanos que promovem o envelhecimento ativo (MONTEIRO; ZAZZETTA; ARAUJO JUNIOR; 2015); Vila dos Idosos como parte do PMLS na cidade de São Paulo (D'OTTAVIANO, 2014; GATTI, 2015); um dos casos estudados em um trabalho sobre condomínios exclusivos para pessoas idosas (MONTEIRO, 2012).

De modo geral, trabalharam as virtuosidades da Vila dos Idosos, em especial o aspecto arquitetônico, urbanístico e do programa público de locação social. Outro trabalho destacou a luta do Garmic para a efetivação da Vila dos Idosos baseando-se em dados secundários (PORTES; VAROTO; CAMPOS; 2017), como o depoimento de Olga Quiroga, coordenadora do Garmic, na Semana de Gerontologia da PUC-SP em 2007 (QUIROGA, 2007).

O capítulo apresenta a Vila dos Idosos e reconstrói historicamente o papel do Garmic para a conquista desse Conjunto Habitacional. Para isso, além da revisão documental de entrevistas, artigos, notícias e outros materiais disponíveis, houve entrevistas semiestruturadas com residentes da Vila dos Idosos, militantes do Garmic e demais informantes-chave. Buscou-se situar o papel desse movimento social e militantes no contexto da luta pelo direito à moradia na cidade de São Paulo e reconhecer a função do movimento social na conquista e bom funcionamento da Vila dos Idosos.

Além da introdução, o capítulo tem quatro subseções e considerações finais. A próxima subseção contextualiza e apresenta a Vila dos Idosos, e segue com a reconstrução da formação do Garmic em um local chamado Casa-Lar. Posteriormente revisita a luta social do movimento para a construção da Vila dos Idosos e, na última subseção, ressalta a função do movimento social na gestão do empreendimento, com o poder público e representantes. As considerações finais articulam os temas apresentados sobre a Vila dos Idosos, potencialidades e particularidades, e o assunto mais amplo do envelhecimento nas cidades brasileiras e do acesso à moradia.

Desenvolvimento

Contextualização e apresentação da Vila dos Idosos

A Vila dos Idosos é um conjunto habitacional parte do PMLS, iniciado na gestão da prefeita Marta Suplicy (2001-2004), cuja aprovação ocorreu pela Resolução nº 23, de 12 de junho de 2002. O PMLS totaliza 903 UHs, distribuídas em seis empreendimentos de locação social (Quadro 1). Os empreendimentos foram entregues em anos diferentes, sendo a Vila dos Idosos, o Parque do Gato e o Olarias oriundos da construção dos conjuntos habitacionais. O Asdrúbal do Nascimento, o Senador Feijó e o Palacete dos Artistas são resultados da reforma - *retrofit* - de antigos edifícios.

Quadro 1. Empreendimentos do Programa de Locação Social do Município de São Paulo

Empreendimento	Total UHs	Ano
Asdrúbal do Nascimento	40	2009
Olarias	137	2004
Palacete dos Artistas	50	2014
Parque do Gato	486	2004
Senador Feijó	45	2009
Vila dos Idosos	145	2007

Fonte: COHAB/SP

O terreno onde a Vila dos Idosos foi construída, localizado no bairro do Pari, era de propriedade da PMSP, portanto, não houve necessidade de desapropriação ou outros custos para a aquisição. O valor de contrato da obra, em maio de 2004, foi de R$ 4.702.733,90[1]. O valor desembolsado para a obra totalizou R$ 5.202.771,07. Do valor total desembolsado, R$ 3.986.511,58 foram provenientes do Programa Especial de Habitação Popular (PEHP), do governo federal, e R$ 1.216.259,49 do Fundo Municipal de Habitação (FMH).

As 145 UHs estão divididas em duas tipologias: são 88 quitinetes (30 m² de área) e 57 apartamentos de um dormitório (42 m² de área), nos quais vivem pessoas idosas, sós ou acompanhadas, com renda de até três salários-mínimos (Imagem 1). O valor do aluguel social é calculado de acordo com a renda pessoal ou familiar, correspondendo a aproximadamente 10% dos rendimentos mensais. Para uma pessoa idosa que recebia um salário-mínimo mensal, o custo de moradia (aluguel e condomínio), em 2018, ficava por volta de R$97 mensais.

Imagem 1. Plantas das UHs: quitinete (30m2) e um dormitório (42m²)

Fonte: Viglieca & Associados2

[1] Valores e demais informações podem ser encontrados em COHAB São Paulo, 2017.

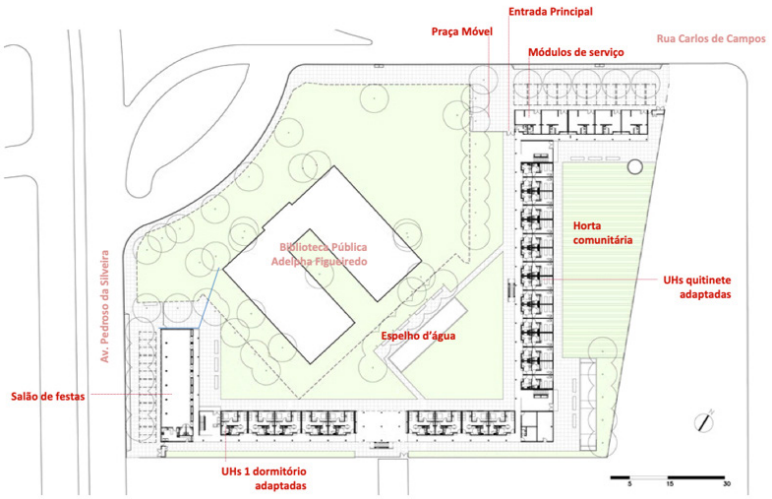
[2] Disponível em: http://www.viglieca.com.br/pt-BR/projects/elderly-housing. Acesso em 01/03/2020.

A locação social na Vila dos Idosos é uma forma definitiva de atendimento habitacional. A pessoa só deixa a UH em caso de falecimento ou perda da autonomia, sendo substituído por alguém da fila de espera pelo atendimento habitacional. A UH é de propriedade da Companhia Metropolitana de Habitação (COHAB-SP), e a pessoa atendida tem o usufruto da UH pelo período do contrato, renovado a cada quatro anos. Os moradores entrevistados estavam na terceira renovação de contrato com a COHAB, quando da pesquisa de campo (dezembro de 2018).

A demanda para o atendimento habitacional é regulada pela Secretaria Municipal de Habitação (SEHAB), sendo o Garmic capaz de indicar parte dela. Em 2007, quando a Vila foi inaugurada, o cadastro da COHAB totalizava 5.700 inscrições de pessoas idosas para atendimento habitacional (QUIROGA, 2007, p. 218). Em 2018, o cadastro de demanda habitacional[3] listava mais de 10.100 pessoas idosas distribuídas pelo município de São Paulo. Nota-se facilmente que em relação à demanda as UHs são insuficientes, e não consistem ainda em política habitacional.

O projeto da Vila dos Idosos foi desenvolvido pelo escritório de arquitetura Viglieca & Associados (Imagem 2.). Há ampla área coletiva, com salão de festas no térreo, salas de uso coletivo e de TV nos andares, espelho d'água, área verde com pista pavimentada para caminhada, horta comunitária (ultimamente produz apenas frutas) e uma quadra de bocha desativada. Algumas UHs, situadas no andar térreo, são adaptadas para pessoas com mobilidade reduzida. O acesso aos demais andares pode ser feito por escadas ou elevadores.

Imagem 2. Planta do andar térreo da Vila dos Idosos



Fonte: Viglieca & Associados[4]

[3] Disponível em: http://servicos.cohab.sp.gov.br/demanda/lista_demanda.aspx. Acesso: 01/03/2020.
[4] Disponível em: http://www.viglieca.com.br/pt-BR/projects/elderly-housing. Acesso em 01/03/2020.

Aos moradores da Vila dos Idosos é garantido o atendimento com distintos programas e serviços públicos relevantes. O Programa de Acompanhante de Idosos (PAI) da Secretaria Municipal de Saúde coloca à disposição uma equipe multiprofissional que atende aos idosos em vulnerabilidade social para apoio e suporte nas Atividades da Vida Diária. Ainda no âmbito da Saúde, a UBS do bairro do Pari atende no Conjunto por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O Programa Vivaleite, instituído em 1995 pelo governo do Estado de São Paulo, distribui leite semanalmente aos moradores.

A Universidade Nove de Julho (Uninove), por meio de uma parceria do curso de graduação em Arquitetura e Urbanismo e a SEHAB/COHAB[5], construiu uma praça na entrada, com mobiliário urbano, muito utilizada pelos moradores. A Polícia Civil, na figura do delegado doutor Éder, promove um trabalho social de distribuição de cestas-básicas e inclui ativamente os moradores no Conselho de Segurança do bairro (Conseg). Programas, serviços e oportunidades foram citados nas entrevistas como elementos significativos da vida cotidiana.

Existem aspectos do PMLS que necessitam de melhorias, como o trabalho social e a gestão dos empreendimentos, por exemplo. Entretanto, a Vila dos Idosos é considerada um caso de sucesso. Não há inadimplência e as UHs não são comercializadas no mercado informal, como acontece nos demais empreendimentos (GATTI, 2015, p. 233-255). Além de terem renda assegurada, via aposentadoria ou Benefício de Prestação Continuada (BPC), o trabalho social que continua ocorrendo no conjunto pelo Garmic e moradores é aspecto central para as pessoas valorizarem o atendimento habitacional.

Sobre o trabalho promovido pelo movimento social, a liderança entrevistada afirma:

> O que tem de bom na Vila dos Idosos é que não tem inadimplente, todo mundo paga, pois sabem que tem de pagar, senão não vai ter outra oportunidade. Eu falo para eles: 'Em nenhum lugar do mundo você mora por 100 reais, nenhum lugar do mundo'. O Olarias é locação social, o Parque do Gato é locação social, mas tá entregue a quem?
> Acho que o governo devia acreditar mais no movimento social. Quando a gente tem um movimento social, a gente coordena, dirige, e as coisas funcionam, as coisas funcionam. Não é que a gente vai estar lá, a gente dentro do movimento social montou uma demanda, vai pro prédio, dentro dele a gente monta a organização, tem a síndica, se faz um regimento interno e por aquilo se vive. (Liderança Garmic)

[5] Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/habitacao/noticias/?p=227177>. Acesso em 01/03/2020.

A entrevistada menciona distintos empreendimentos nos quais há controle social por grupos alheios à gestão pública, principalmente o tráfico. Nesses empreendimentos UHs foram vendidas por moradores no mercado informal. As pessoas são excluídas permanentemente das possibilidades de atendimento habitacional. Em alguns conjuntos, a gestão das UHs é difícil. A empresa Diagonal Urbana, subcontratada pela SEHAB, não promove a gestão em todos os empreendimentos. No caso do Parque do Gato, em 2007, mesmo com o trabalho social do Garmic, das 26 UHs sob seu cuidado, quatro UHs haviam sido vendidas pelos idosos (ENTREVISTA, 2007, p. 91).

Na Vila dos Idosos, em que a atuação do movimento social é ativa e constante, os moradores valorizam o atendimento, a gestão torna-se simplificada ao ser compartilhada pelos atores e as particularidades da relação de usufruto são destacadas. Ainda assim, para a liderança entrevistada, os gestores públicos não confiariam na capacidade do movimento social em desenvolver o trabalho.

Em 2017, a Vila dos Idosos e o Palacete dos Artistas, que também atende exclusivamente à população idosa, receberam o Prêmio Selo Mérito da Associação Brasileira de COHABs e Agentes Públicos de Habitação na categoria Relevância Social e Urbana. Entretanto, para a Vila dos Idosos ser incluída no PMLS foi preciso que um grupo de pessoas idosas se unisse em torno do objetivo comum: luta "por um canto onde morar, para poder ter privacidade e não ser incomodados" (QUIROGA, 2007, p. 215).

Das ruas para a Casa-Lar, da Casa-Lar para o Garmic

A luta pela Vila dos Idosos iniciou-se em 1999, quando um grupo de 16 idosos, moradores da Casa-Lar e Convivência São Vicente de Paulo, começou uma série de encontros e discussões sobre cidadania. Convergiam, invariavelmente, para o tema habitação e falta de um "canto onde morar", como relatou Olga Quiroga. As reuniões aconteciam na Casa de Convivência Porto Seguro, que funcionava em parceria da Associação Evangélica Beneficente (AEB) e Secretaria Municipal da Família e Bem-Estar Social (Fabes).

Em maio de 1999, um grupo de 16 idosos, que estavam em situação de rua, ocupou uma casa abandonada no bairro Campos Elíseos, na rua Conselheiro Nébias. Antes de ocupar a casa, reuniram-se com equipe de técnicas da então Fabes[6], na tentativa de transformar a casa em atendimento habitacional provisório para pessoas idosas. As técnicas e as pessoas idosas amparavam-se nos preceitos da Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/1994) que indicava, entre distintas formas de atendimento habitacional, as casas-lares. Não havia, até então, nenhum tipo de atendimento habitacional provisório como aquele.

[6] Secretaria Municipal da Família e Bem-Estar Social (Fabes) é, atualmente, denominada Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS).

As pessoas idosas que se reuniam na Casa-Lar, ainda em sentido preparatório para o convívio coletivo de morar e dividir o espaço, estavam em situação de rua e enfrentavam problemas como o alcoolismo e relações familiares conturbadas (BOARETTO, 2005, p. 81). Os atendimentos disponíveis para essa população eram os albergues, destinados ao pernoite, e as casas de convivência, para atividades diurnas, como lavagem de roupas, almoço e oficinas de trabalho.

Constatou-se, à época, que crescia o número de pessoas idosas em situação de rua que buscava os serviços. Além disso, tinham necessidades diferenciadas pelo tempo para as atividades, como tomar banho, alimentar-se, esperar na fila etc.

Das reclamações das pessoas idosas em situação de rua, em parte dos serviços de albergue e casas de convivência começou um atendimento diferenciado para o grupo, com filas especiais, por exemplo. Nas reuniões de conversa e cidadania, ficou claro para as equipes da AEB e da Fabes que o atendimento social deveria incluir a moradia provisória como espaço para a permanência dos idosos durante o dia (Ibid, p. 81).

No processo e por divergências, a AEB e a Fabes finalizaram o convênio e a administração da Casa-Lar passou a ser pela Fabes. Apesar de, à época, o foco do trabalho da Fabes serem crianças e adolescentes.

As reuniões, que ainda aconteciam na Casa de Convivência Porto Seguro, foram transferidas para a casa em Campos Elíseos, cuja locação havia sido autorizada pela Fabes. Além dos idosos, que viriam a ocupar o imóvel, distintas instituições assistenciais (Casas de Convivência) e representantes do Grande Conselho Municipal do Idoso (GCMI) foram convidados.

Ali começaram a selecionar a demanda de 16 pessoas que seriam atendidas na Casa-Lar. Além da presença nos encontros, um dos critérios para a seleção era a participação nas atividades das Casas de Convivência, ou seja, que estivessem acostumados às rotinas de horários e regras de convívio (Ibid, p. 86).

As reuniões eram acompanhadas por homens. As poucas mulheres que participaram durante algum período das discussões conseguiram diferentes formas de atendimento habitacional. Nas reuniões, ficou combinado de os idosos serem responsáveis pelas decisões para o funcionamento da Casa-Lar, mantendo a autonomia do grupo. Confusos com o fato de as reuniões acontecerem na casa, mas não o atendimento habitacional, o grupo se organizou para ocupar o imóvel, no dia 20 de maio de 1999, como meio de pressionar o atendimento habitacional.

Começou a funcionar sem o mobiliário mínimo. Não havia um fogão. Mas doações supriram parte do que faltava. Por um período recebiam itens de alimentação da Secretaria Municipal de Abastecimento. Com o tempo, foi alterado para os moradores adquirirem alimentos. O funcionamento e a

experiência ganharam visibilidade no GCMI. Os moradores foram convidados a relatar a história em eventos organizados pela Fabes.

No período de sua existência, a Casa Lar e Convivência São Vicente de Paulo foi utilizada por diversos moradores, que se revezavam entre as 16 vagas. O alcoolismo continuava um problema comum a vários moradores da Casa-Lar. O trabalho social não era simples e nem todos se adaptavam às regras e procedimentos para a convivência. As brigas e o alcoolismo explicam parte da rotatividade de moradores (Ibid, p. 91). Encerraram-se as atividades em 2004, porém, no período dentro da Casa-Lar, aglutinaram-se interesses das pessoas idosas, tornando-se locus de surgimento do Garmic. Em um primeiro momento, chamava-se Grupo de Articulação para a Moradia do Idoso do Centro, posteriormente ampliado para a Capital.

Os senhores Expedito Angelino da Silva e Nelson Prado, ambos falecidos, eram moradores da Casa-Lar e exerceram tarefas centrais na articulação. Aproveitaram a situação propícia e uniram os interesses dos idosos da Casa-Lar e de outros sem moradia. Inicialmente, o trabalho social deu-se circunscrito à Casa-Lar, nas rodas de conversa e cidadania, nas quais a função central da moradia era ressaltada.

Participavam das rodas de conversa e cidadania da Casa-Lar membros do GCMI, usuários de albergues e diferentes serviços sociais, além de militantes de movimentos sociais: Fórum de Cortiços, União dos Movimentos de Moradia, Movimento Sem-Teto do Centro e Unificação de Lutas de Cortiços, por exemplo (Ibid, p. 97). Em 1999, Nelson, Expedito e distintas pessoas idosas sem moradia formaram um movimento social que lutaria pela moradia definitiva para as pessoas idosas.

À época, a Assistência Social trabalhava com o conceito de 'casa de passagem' como forma de atendimento habitacional, garantindo moradias provisórias. Em uma das reuniões, Expedito perguntou: "Por que moradia provisória? Casa de passagem? Passagem para onde? Para o céu ou para o inferno?" (QUIROGA, 2007, p. 215).

Dos encontros surgiu o Garmic. Desde então ocupa espaços de representação e participação da pessoa idosa. Ainda em 1999, o Garmic elegeu os primeiros representantes para o GCMI, mantendo-os desde então.

Por meio da participação no GCMI tomaram conhecimento que em 1998, por pressão de membros do GCMI, a Gestão Pitta criou o conjunto 'Vila Dignidade', na Água Branca, composto de seis casas. Ainda pelo GCMI foram informados que Pitta havia cedido três terrenos - um na Zona Leste, Zona Sul e Centro, para o atendimento habitacional de idosos. E a Casa-Lar da Vila Mariana começou a funcionar.

O trabalho social do Garmic continuou buscando parcerias com paróquias, albergues e demais serviços socioassistenciais, que atendiam pessoas idosas

vulneráveis. Visitando as organizações, o Garmic recebia mais idosos, que se tornavam militantes pelo direito à moradia definitiva e entendiam a função da coletividade para pressionar o poder público por interesses comuns.

A luta pela construção da Vila dos Idosos

Em 2001, quando Marta Suplicy assumiu a gestão municipal, o Garmic, agora articulado além do âmbito inicial da Casa-Lar, reuniu-se com o Secretário de Habitação, Paulo Teixeira, para saber sobre os terrenos disponíveis. No dia 19 de abril de 2001 aconteceu a primeira reunião mediada pela assessoria de Paulo Teixeira com a direção do Garmic, que apresentou as reivindicações acerca da moradia definitiva para idosos (Garmic, 2010). Na segunda reunião, dia 19 de maio de 2001, foram informados da possibilidade da construção das moradias definitivas em um terreno próximo à Estação Armênia do Metrô, localizado no Centro, entre os três mencionados (Ibid, 2010, p.1).

Na terceira reunião, sem data no documento consultado, descobriram que o terreno estava comprometido para a construção de um acesso rodoviário. Paulo Teixeira informou ainda que existia outro terreno de posse da PMSP, no bairro do Pari, que poderia ser cedido para construir a moradia definitiva para os idosos. Situava-se entre a rua Carlos de Campos e a avenida Pedroso da Silveira, na esquina ocupada pela Biblioteca Municipal Adelpha Figueiredo. O terreno, cedido para a Secretaria de Cultura, estava ocupado pela Escola de Samba Colorado do Brás, por um grupo de carrinheiros e, em outra porção do terreno, por 84 famílias.

Com essas informações, o Garmic foi à Secretaria de Cultura para articular a cessão para a SEHAB. Em reunião, o secretário de Cultura quis saber: "Como posso ceder o terreno se vocês não têm um projeto?" (Liderança Garmic). Para as 84 famílias que ocupavam o terreno, o atendimento habitacional oferecido pela SEHAB foi o auxílio-aluguel, que as fez desocupar o local. A partir do terreno desocupado, a assessoria Fábrica Urbana, em conjunto com o Instituto de Arquitetura e Urbanismo da USP/São Carlos, promoveu encontros com os idosos para o projeto ser desenvolvido coletivamente. E assim foram elaborados o Projeto Estrutural e o Orçamento da Obra (Garmic, 2010).

A partir do projeto em mãos, marcou-se uma segunda reunião com o secretário de Cultura. Ao tomar conhecimento do projeto, cedeu o terreno para a SEHAB e Garmic. Mas era preciso levantar fundos para a construção da Vila dos Idosos. Os idosos do Garmic se articularam para estar entre os 'Projetos Prioritários da Capital', dentro do Orçamento Participativo.

No Orçamento Participativo, o projeto da Vila dos Idosos não foi aprovado como prioritário (Ibid, 2010). Ainda assim, os idosos do Garmic continuaram procurando meios de levantar a verba para a construção. Receberam o aval da própria prefeita Marta Suplicy de que o projeto seria considerado prioritário.

Em 2003, a "prefeita aliada" (Ibid, 2010, p. 2) viajou para Brasília, em reuniões no Ministério das Cidades, a fim de levantar fundos para o município. Um empréstimo do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) foi aprovado para o Programa Morar no Centro, do qual os projetos de locação social faziam parte, o que permitiu a licitação da obra. A previsão de liberação dos recursos seria para 2004, porém, em agosto de 2003, o Garmic recebeu autorização para cadastrar os idosos no atendimento habitacional na Vila dos Idosos.

Uma moradora mencionou que o processo de cessão do terreno para o projeto da Vila dos Idosos foi recebido com manifestações por grupos opostos à construção. Em sua tese, Luzia Monteiro afirma que, além de reprovar a construção da Vila dos Idosos, um grupo confeccionou e distribuiu panfletos rechaçando a iniciativa (MONTEIRO, 2012, p. 113).

Posteriormente, outro morador forneceu uma cópia da carta 'Pari-Canindé Pedem Socorro', da Associação para Revitalização do Pari e Canindé (Arpa) (BONICENHA, 2019, p. 113). O documento convidava para reunião preparatória à 'Manifestação Acho que Fui Enganado', que ocorreu dia 15 de fevereiro de 2003, às 10h, na Biblioteca Adelpha Figueiredo. Pedia ainda a participação dos residentes do bairro e amigos contra a "moradia para idosos carentes", que formaria "guetos".

A carta afirmava que somente com a participação da população se conseguiria impedir projetos que não eram de interesse da comunidade. Alertava para a desvalorização imobiliária que aconteceria por conta do projeto.

O PMLS era um dos subprogramas do Morar no Centro. Havia igualmente um programa de reabilitação da área central de São Paulo, os PRIHs (Perímetros de Reabilitação Integrada do Habitat), com a reabilitação dos edifícios São Vito e Mercúrio, demolidos na gestão seguinte. O BID havia aprovado a liberação de recursos. Os recursos do BID e do PEHP foram disponibilizados para a SEHAB via Ministério das Cidades.

Com os recursos liberados, em maio de 2004 foi feita a licitação para a construção da Vila dos Idosos, que teve como vencedora a Delta Construtora. As obras foram iniciadas no dia 4 de novembro de 2004, com prazo de dez meses. Encerrou-se o ano de 2004 com a construção em andamento, porém Marta Suplicy não foi reeleita para a gestão municipal.

No início da gestão de José Serra, em janeiro de 2005, a construção da Vila dos Idosos foi interrompida com a alegação de necessidade de verificação dos recursos aplicados. Outros projetos, como Casa-Lar da Vila Mariana, foram fechados. Os idosos que ali residiam foram obrigados a buscar alternativas. Um dos entrevistados contou que nesse período passou por albergues e pelo 'Sítio das Alamedas', atendimento para a população vulnerável da cidade.

A frustração com o período foi mencionada por diversos moradores entre os dez entrevistados. Nos respectivos cursos de vida acessaram a moradia por diferentes modos: casa própria, perdida em decorrência do Plano Collor; morar de favores na casa de conhecidos; viver em albergues ou casas-lares; idosa que com a morte do patrão foi despejada pelos herdeiros; viúva que para continuar no bairro necessitou alugar uma cama em uma pensão. Chegaram à Vila dos Idosos por diferentes meios. Apesar de histórias tão particulares, comungaram a frustração de verem o projeto travado temporariamente.

Mais uma vez o movimento social, pela militância, colocou-se em ação para reivindicar a retomada da obra. Uma das estratégias foi ocupar o corredor do Edifício Martinelli, onde fica a Secretaria de Habitação, na tentativa de dialogar com o novo secretário para a retomada das obras. A liderança entrevistada afirmou:

> A Marta Suplicy saiu, foi embora, e deixou o alicerce. Entrou o Serra, que falou que não dava para começar, pois tinha de fazer uma vistoria do que se tinha gasto. Passou um tempão e a gente viu ele sentado no chão.
>
> A Secretaria de Habitação tem um corredor, a gente entrava pela avenida São Bento e outro pela Líbero Badaró, porque tem duas entradas no [Edifício] Martinelli.
>
> 'Onde você vai? No quarto andar.'
>
> 'Onde vai? No quinto.'
>
> 'Onde vai? No sexto.'
>
> A gente entrava 22 idosos, cada um de uma vez, e nos encontrávamos lá dentro. Sentava 11 para cá, 11 para lá. O cara [secretário de Habitação] passava pelo meio da gente e não conversava com a gente. A gente teve de procurar um vereador para falar com ele. (Liderança Garmic)

No primeiro semestre de 2006 José Serra deixou o cargo para concorrer a governador do Estado. O vice-prefeito, Kassab, assumiu o posto. Na gestão Kassab, os militantes do Garmic conseguiram marcar reuniões, inclusive com a participação de representantes da Construtora Delta, para as obras serem retomadas. Saíram da reunião com a promessa de que seria entregue em dezembro do ano seguinte, 2007.

Entre a retomada das obras e a entrega da Vila dos Idosos, o Garmic foi comunicado que Kassab dividiria a demanda habitacional, ou seja, das 145 UHs, metade das unidades seria ocupada por pessoas indicadas pelo Garmic. O motivo para a Prefeitura tomar parte da demanda habitacional foi que não havia, no município, projetos habitacionais para a população idosa.

Além disso, com a demolição do São Vito e do Mercúrio, parte de sua população idosa receberia atendimento habitacional na Vila dos Idosos. Contraditoriamente, ao invés de retomar a reabilitação dos edifícios São Vito e Mercúrio, como preconizava o 'Morar no Centro', e aumentar os projetos

habitacionais, a gestão Serra/Kassab preferiu demolir os dois edifícios em detrimento da reabilitação para moradia.

As obras foram retomadas, e a Vila dos Idosos foi oficialmente inaugurada no dia 19 de agosto de 2007. As chaves foram entregues aos moradores na semana anterior. Os moradores demonstraram sensação de alívio e felicidade ao rememorar o contexto da entrada na Vila dos Idosos.

Uma luta de muitos anos, com a participação de diversas pessoas, ganhou materialidade no 'Conjunto Habitacional Pari I – Vila dos Idosos Armando Amadeu'.

Apesar disso, os apartamentos, sob a justificativa de um 'design leve', foram entregues no contrapiso e sem pintura, mesmo constando os itens no orçamento que dirigiu a construção. Alguns entrevistados o mencionaram como um dos primeiros elementos de discussão entre moradores e COHAB. Afinal, pagariam por benfeitorias utilizadas por outros usuários quando do encerramento do contrato, sem as devidas compensações.

Na área de circulação dos corredores, não foram instalados ralos para o escoamento da água, acumulada em dias de chuvas mais intensas. Um entrevistado relatou que nas primeiras chuvas, em dezembro de 2007, 22 lajes apresentaram vazamentos por não terem sido instaladas adequadamente.

Imagem 3. Vila dos Idosos (visão lateral, fachada com idosos, visão aérea)

Fontes: http://www.viglieccа.com.br/pt-BR/projects/elderly-housing#; Google maps, e https://www.elgin.com.br/blogelginmd/vila-dos-idosos-e-moradia-modelo-para-3a-idade-em-sp/

O movimento social e o bom funcionamento da Vila dos Idosos

Com a convivência no conjunto, surgiram situações que exigiam mediação. Na estrutura construída e relações entre os vizinhos, foram formadas diversas comissões para o cotidiano ser organizado e o regimento interno seguido. Aqui está um ponto em que a Vila dos Idosos, pelo trabalho social contínuo do Garmic, conseguiu minimizar problemas e conflitos, exacerbados em diferentes conjuntos do PMLS e programas habitacionais[7].

Os moradores formaram seis comissões: coordenativa; relações interiores e exteriores; manutenção; conservação e limpeza; saúde; jardinagem e horta. A definição dos representantes de cada comissão aconteceu alguns dias após sua formação. As comissões organizaram elementos da rotina: levar doentes ao hospital ou UBS, pedidos de poda da grama, pedidos de dedetização no conjunto, manutenção dos elevadores.

As comissões configuraram-se espaços para o debate e deliberação de medidas coletivas, minimizando conflitos e problemas que os moradores enfrentavam. E potencializar possibilidades, como a inserção da Vila dos Idosos em programas e serviços públicos ou de diferentes organizações. A inclusão da Vila dos Idosos no Programa Acompanhante de Idosos (PAI) foi resultado da articulação entre os moradores.

Com o passar dos anos as comissões foram descontinuadas. Mas o Garmic ainda tem moradores no conjunto que participam ativamente dos rumos do movimento social e contribuem na gestão do local. Durante a pesquisa, da qual o Garmic foi instituição coparticipante, com o Conep, evidenciou-se que a presença ativa do movimento social na vida diária do conjunto o diferenciava das demais experiências de locação social do município.

O primeiro elemento é a inadimplência, inexistente. A característica sobre a Vila dos Idosos foi ressaltada em um encontro, em 2014, no Centro Gaspar Garcia de Direitos Humanos. Olga Quiroga, coordenadora do Garmic, afirmou sobre os pagamentos em dia dos moradores do conjunto. Ali, pareceu-nos que a adimplência estava atrelada ao fato de as pessoas idosas terem uma fonte de renda – aposentadoria, BPC ou outros. Porém, uma gestora entrevistada, aposentada da Secretaria Municipal da Saúde, que conhece a Vila dos Idosos, comentou:

> O mais legal da Vila dos Idosos é que ela é resultado de um movimento social, de uma luta, de uma insistência. Resultado de um grupo que acreditou e foi até o fim. São guerreiros. Enfrentaram um sistema. Por isso que não há inadimplência, pois é um processo que eles contribuíram para que acontecesse. E quando a gente participa, a gente valoriza de forma diferente. Há um processo de participação social, de acreditar que a gente pode, de quem faz a hora não espera acontecer. Isso é um resultado.

[7] Roberta Freire (2019) estudou o programa habitacional Cidade Madura, da Paraíba. No trabalho trata do convívio e gestão dos conjuntos habitacionais, por exemplo.

A fala relativizou a função da renda, valorizando aspectos subjetivos, ainda não visíveis. Nas entrevistas posteriores, com a liderança do Garmic e moradores, o papel do trabalho social tornou-se mais evidente para o sucesso do 'caso' Vila dos Idosos. Deve-se enfatizar esse aspecto, pois os trabalhos acadêmicos sobre o PMLS mostram as virtudes da Vila dos Idosos desconsiderando, em grande medida, a função do movimento social e do trabalho social.

Além da inadimplência, os demais conjuntos de locação social enfrentam problemas que, em grande parte, são explicados pelo atendimento habitacional para pessoas vulneráveis sem acompanhamento socioassistencial (GATTI, 2015; D'OTTAVIANO, 2014). Em grande medida, aglutinaram populações vulneráveis sem propor possibilidades de formação, recolocação profissional e novas fontes de renda, como esperado originalmente. Implicou que, em vários conjuntos, a inadimplência seja grande.

Como a presença do poder público nos conjuntos não é constante, grupos começaram a controlar ainda mais os rumos dos empreendimentos, especialmente os relacionados ao tráfico. Os moradores de diferentes empreendimentos precisam conviver com regras tácitas de comportamento, determinadas ativamente por esses grupos. A empresa Diagonal Urbana, subcontratada para a atribuição da SEHAB de gestão dos empreendimentos, não disponibiliza equipes suficientes que devem se revezar.

A COHAB, operadora do programa e responsável pela gestão condominial, não dispõe de quadro de funcionários suficiente (Quadro 2).

Quadro 2. Equipes técnicas (COHAB e SEHAB) no Programa de Locação Social e atribuições

	EQUIPES TÉCNICAS	ATRIBUIÇÕES
COHAB	Diretoria Técnica Diretoria Comercial e Social Diretoria Administrativa Diretoria Financeira Diretoria Jurídica Diretoria de Patrimônio	Manutenção dos empreendimentos Gestão condominial e patrimonial Gestão administrativa Apoio ao social Contratos de locação Prestação de contas
SEHAB	Divisão Técnica Regional Centro (DEAR/Centro)	Gestão do programa Indicação da demanda Estabelecer convênios e parcerias Supervisão do trabalho socioeducativo Avaliação da situação socioeconômica das famílias para adequação dos subsídios

Fonte: organizado pelo autor com informações da COHAB SÃO PAULO, 2017

Conforme mostrado, ainda em 2007, no Parque do Gato, das 26 UHs sob cuidados do Garmic, algumas haviam sido comercializadas no mercado informal. Outro elemento, relacionado à 'formação cidadã', que os usuários do PMLS precisam ser lembrados: as UHs são de propriedade do poder público e estão vivendo nelas em usufruto. A presença de membros do Garmic na Vila dos Idosos colabora para a formação contínua e minimiza desentendimentos da relação de não propriedade.

Uma moradora relatou a história de uma amiga idosa que vivia com a neta na Vila dos Idosos e decidiu mudar-se para o 'Asdrúbal do Nascimento', empreendimento de locação social com 12 andares, além do pavimento térreo. A idosa contou que o mecanismo de funcionamento do elevador havia sido roubado, tendo que subir as escadas para acessar seu apartamento. O vandalismo e os problemas com elevadores são listados como gargalos do PMLS (SÃO PAULO, s/d, *apud* D'OTTAVIANO, 2014, p. 263).

São exemplos de dificuldades que o PMLS enfrenta. Inexistentes ou minimizados na Vila dos Idosos, e que a tornam experiência exitosa.

O PMLS é opção realista ao atendimento habitacional em um país em que o sonho da casa própria não foi capaz de garantir moradia digna para grande parte da população. Longe de considerar que as experiências negativas sirvam de justificativa para o programa não ser ampliado, parece mais plausível entender que tende a apresentar melhores resultados quando do trabalho conjunto com movimentos sociais, como o Garmic.

A experiência do Palacete dos Artistas, fruto da luta de militantes da classe artística, reforça a hipótese. Em ambos os empreendimentos, os problemas e conflitos são mais bem mediados do que nos que contam apenas com a função do poder público e empresas subcontratadas.

Diferimos de distintos autores. Ao estudar a Vila dos Idosos, colocam o sucesso do empreendimento principalmente na presença do poder público ou equipe de profissionais que trabalham no conjunto (de DEUS, 2010; MONTEIRO; ZAZZETTA; ARAÚJO; 2015; entre outros). A organização e o trabalho social contínuo do Garmic no conjunto permitiram a ampliação dos serviços que atendem à população e facilitam a execução da gestão do poder público e da empresa contratada.

Em contrapartida, nos empreendimentos sem a presença ativa dos movimentos sociais, outros grupos, além do poder público, compartilham a iniciativa de gestão.

A COHAB-SP afirma que lições aprendidas no PMLS são a "pré-ocupação", como momento essencial de aproximação entre o beneficiário e o programa; criação de um "regulamento interno" idealizado pelos moradores para cada empreendimento; "manutenção preventiva" como minimizadora da deterioração dos conjuntos (COHAB São Paulo, 2017, slide 23).

Nesses aspectos a função do movimento social pode ser vista como parceira constante na manutenção dos conjuntos habitacionais. No caso da Vila dos Idosos, além do projeto adequado e do trabalho multissetorial, o trabalho social do Garmic, pré e pós-ocupação, minimizaram problemas e potencializaram parcerias e oportunidades.

Considerações finais

Neste capítulo, resgatamos a função do Garmic para a conquista do Conjunto Habitacional Vila dos Idosos, que integra o PMLS na cidade de São Paulo. O contexto atual é marcado pela profusão de movimentos de diversos tipos e distintas camadas da sociedade. Paralelamente, movimentos e demandas ganham visibilidade, mas o Garmic, movimento de pessoas idosas em um país que envelhece, não encontra reverberação das lutas e conquistas. O resgate é relevante para a história estar documentada, relembrada, e os participantes reconhecidos, parte deles já falecidos.

Desejou-se apresentar a Vila dos Idosos além dos aspectos arquitetônicos e das potencialidades como alternativa para o atendimento habitacional, em especial para pessoas idosas, que não precisam recorrer ao crédito imobiliário. O reconhecimento de que a Vila dos Idosos é experiência exitosa ocorre ainda pela Associação Brasileira de COHABs e Agentes Públicos de Habitação, ao premiar o projeto em 2017 na categoria Relevância Social e/ou Urbana.

Como a Vila dos Idosos é resultado de luta social, priorizou-se a dimensão como eixo central do bom funcionamento do conjunto. É significativo enfatizar o aspecto, pois haverá crescente necessidade de programas habitacionais para as populações idosas no Brasil. Mas o trabalho social no conjunto é uma das características que o diferenciam.

As cidades brasileiras tendem a envelhecer. O déficit habitacional entre as pessoas idosas crescerá, como o envelhecimento trará novas exigências nas condições de habitabilidade e programas que forneçam suporte ao envelhecer onde se está habituado ou no imóvel próprio. Apresentar a Vila dos Idosos e o trabalho social não objetivou desencorajar novas experiências. Esperamos ter evidenciado o papel da gestão compartilhada com os usuários como meio para melhores resultados. A diferença da Vila dos Idosos ressalta, em especial para os gestores públicos, que as iniciativas construídas coletivamente tendem a minimizar problemas e potencializar oportunidades e durabilidade das ações. Cabe utilizar os meios de participação local, como os Conselhos Municipais das Pessoas Idosas e movimentos sociais, para serem ouvidos e ativamente inseridos na formulação e execução das políticas públicas que incidem sobre a vida cotidiana.

Referências bibliográficas

1. BOARETTO, R. C. Velhos à margem na margem das ruas: a experiência de uma moradia provisória no município de São Paulo. (Dissertação [Mestrado]). Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 2005.
2. BONICENHA, R. C. Envelhecimento na cidade: o caso da Vila dos Idosos. (Tese [Doutorado]), Santo André, Universidade Federal do ABC, 2019.
3. COHAB São Paulo. **Locação social para idosos na cidade de São Paulo: a iniciativa inovadora da Vila dos Idosos e do Palacete dos Artistas**. 24 slides. Apresentação em Power-point, 2017. Disponível em :<http://abc.habitacao.org.br/selo-de-merito-2017-projetos-premiados/>. Acesso em: 20/06/2019.
4. de DEUS, S. I. A. Um modelo de moradia para idosos: o caso da Vila dos Idosos do Pari-São Paulo (SP). **Caderno Temático Kairós Gerontologia**, 2010, v. 13, n.8, pp. 195-213.
5. D'OTTAVIANO, C. Política Habitacional no Brasil e Programa de Locação Social Paulistano. **Caderno CRH***,* 2014, v.27, n. 71, pp. 255-266.
6. ENTREVISTA. Entrevista Olga Luiza Leon de Quiroga. **A Terceira Idade: estudos sobre o envelhecimento**, 2007, v. 18, n. 39, pp. 79-94.
7. FREIRE, R. M. H. Condomínio exclusivo para idosos como política equânime e intersetorial no estado da Paraíba**.** (Tese [Doutorado]). São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2019.
8. GARMIC. Carta. **Histórico da luta pela moradia definitiva do idoso da capital**. Documento Fotocopiado. São Paulo, 2010, pp. 1-2.
9. GATTI, S. F. Entre a permanência e o deslocamento: ZEIS-3 como instrumento para a manutenção da população de baixa renda em áreas centrais, o caso da ZEIS-3 C016 (Sé) inserida no perímetro do Projeto Nova Luz**.** (Tese [Doutorado]). São Paulo, Universidade de São Paulo, 2015.
10. MONTEIRO, L. C. A. Políticas públicas habitacionais para idosos: um estudo sobre condomínios exclusivos. (Tese [Doutorado]). São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2012.
11. MONTEIRO, L. C. A.; ZAZZETTA, M. S.; ARAÚJO JUNIOR, M. E. Sustentabilidade: relação entre espaço urbano e envelhecimento ativo. **Revista Novos Estudos Jurídicos – Eletrônica**, 2015, v. 20, n. 1, pp. 116-145
12. PORTES, F. A.; VAROTO, V. A. G., CAMPOS, L. B. Construindo a moradia adequada: a luta do Garmic pela implementação da Vila dos Idosos, Pari-SP. In: II CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS. **Anais**, Londrina, Movimentos Sociais e Participação Social, 2017.
13. QUIROGA, O. L. L. O Garmic e a luta por moradia para idosos na cidade de São Paulo. **Revista Kairós***,* 2007, v. 10, n. 1, pp.213-220.

Programa Cidade Madura – Paraíba

Francisco Fabrício Firmino de Oliveira

O processo de envelhecimento revela que existe uma grande demanda a ser enfrentada diante os Estados e à sociedade, uma vez que, essas demandas estão relacionadas principalmente às moradias adequadas às necessidades da população idosa. O Brasil precisa urgentemente desenvolver programas através de legislações e políticas públicas para melhorar e dar mais condições de vida a essa população, lhe assegurando integridade e dignidade, e assim ampliando essa proteção efetiva de direitos, e principalmente a moradias dignas, sejam ao seu núcleo familiar ou desacompanhado de seus familiares. O Estado é responsável pela promoção de Políticas Públicas que possam minimizar a demanda habitacional da população idosa de baixa renda, executando projetos e programas específicos e destinando uma reserva mínima de 3% das unidades residenciais para aquisição prioritária dos idosos nos programas habitacionais públicos. No Estatuto do Idoso de 1º de outubro de 2003, Lei 10.741 temos o Art. 37. O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada. § 1°- A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família. § 2°- Toda instituição dedicada ao atendimento ao idoso fica obrigada a manter identificação externa visível, sob pena de interdição, além de atender toda a legislação pertinente. § 3°- As instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei.

Segundo a Coordenação de População e Indicadores Sociais do IBGE, no documento Pesquisa de Informações Básicas Municipais, 2011, a maioria dos municípios dispõe de programas voltados aos idosos em várias áreas, entretanto não existe nada referendado acerca da habitação para idosos, apesar de existir um déficit habitacional no Brasil que representa aproximadamente 5,5 milhões de habitações, e não existirem informações suficientes que permitam contabilizar quanto representa o déficit habitacional para pessoas com idade superior a 65 anos. Entretanto, alguns Estados brasileiros já dispõem de programas habitacionais para idosos, como é o caso da política habitacional do estado da Paraíba, com o programa Cidade Madura. Com isso, além de proporcionarem o direito de uma habitação digna para os idosos, essas políticas habitacionais valorizam a manutenção da qualidade de vida, constituindo importante parâmetro de avaliação das políticas públicas.

O Programa Habitacional Cidade Madura foi criado através do Decreto de Nº 35.072 de 10 de junho de 2014, pelo Governo do Estado da Paraíba, que tem como responsável a Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano – SEDH e da Companhia Estadual de Habitação Popular – CEHAP.

Esse Programa tem como objetivo promover o acesso de idosos de ambos os sexos, que não dispõem de condições para permanecer na família, à moradia digna e equipamentos para convivência social e lazer em condomínio habitacional adequado às necessidades das pessoas idosas, sendo implementado de acordo com as diretrizes da Política Estadual para a Pessoa Idosa do Governo do Estado da Paraíba. Se destina a atender, às pessoas que já tenham completado 60 (sessenta) anos de idade, com independência para realizar o auto cuidado diário, preferencialmente sós, podendo ser acompanhado por cônjuge ou companheiro. Trata-se de um projeto de construção horizontal, sendo composto por 40 (quarenta) residências sendo de propriedade do Estado da Paraíba, não existindo direitos reais e sucessórios sobre o bem.

São requisitos para admissão como morador do Programa Habitacional Cidade Madura, além da idade deve ter possibilidade de locomoção e lucidez compatível com as atividades da vida diária e participação grupal; ser residente, preferencialmente, no município onde o residencial está localizado; ter rendimento mensal igual ou inferior a 05 (cinco) salários mínimos; ser cadastrado em Programas Habitacionais junto à Companhia Estadual de Habitação Popular – CEHAP. O Idoso que se encaixa nos critérios deve fazer a inscrição no CEHAP. Essa inscrição pode ser feita presencialmente ou através da internet, no endereço www.cehap.pb.gov.br.

A sua admissão é precedida de completo estudo social, efetuado pela equipe técnica social da Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano, que considera as condições de enquadramento do candidato e estabelece a prioridade de atendimento. A admissão da pessoa idosa no Programa Cidade Madura não exime, nos termos do art. 229 da Constituição da República, os familiares do dever de ajudá-la e ampará-la na velhice, carência ou enfermidade. A família do idoso será conscientizada de suas responsabilidades, de acordo com o que rege a Lei Nacional nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) e a legislação referente à Política Nacional e Estadual do Idoso, mediante assinatura de termo de concordância com as regras deste Programa.

O idoso beneficiário do Programa Cidade Madura tem as seguintes obrigações: usar o imóvel exclusivamente para fins residenciais, destinando-o à sua moradia; manter o imóvel em perfeito estado de conservação e funcionamento, assim como fora recebido, efetuando os reparos necessários; pagar as despesas de impostos, taxas e preços públicos que incidam ou venham a incidir sobre o imóvel, a exemplo do pagamento pelo consumo de água, energia elétrica e outras pertinentes à utilização do imóvel, sendo de inteira responsabilidade do morador qualquer utilização ilegal dos serviços ora discriminados; pagar a Taxa

de Manutenção, a ser definida em conjunto pela CEHAP, SEDH e condôminos; levar imediatamente ao conhecimento da concedente o surgimento de qualquer dano ou defeito cuja reparação a este incumba.

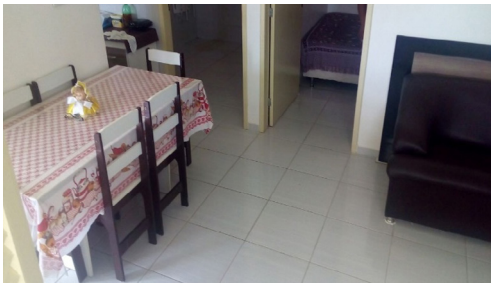
Deve observar ainda que não pode modificar a forma interna ou externa do imóvel; deve permitir a vistoria do imóvel pela concedente a qualquer tempo; deve permitir a entrada no imóvel para realização de manutenção de qualquer espécie pela concedente a qualquer tempo; não autorizar outros moradores no imóvel; não oferecer à venda, empréstimo, locação ou cessão o imóvel no todo em parte, pois se trata de imóvel público; realizar pequenos reparos de manutenção decorrentes do uso do imóvel, tais como troca de lâmpada, consertos de torneiras, sifões, fechaduras, pequenos vazamentos e outros de pequeno porte; deve ainda respeitar o Regimento que define as regras de convivência e condições de uso das áreas comuns do Projeto.

Fica a cargo do Programa a entrega do imóvel ao concessionário em estado de servir ao uso a que se destina, com equipamentos de segurança, combate a incêndio e intercomunicação instalados, bem como equipamentos de esporte, lazer, paisagismo e decoração das áreas de uso comum; realizar as obras e reparos necessários à conservação do imóvel relacionados à estrutura, problemas hidrossanitários e elétricos que requeiram trabalho qualificado e não estejam relacionados com desgastes naturais causados pelo uso comum ou ação do clima; executar as ações de rotina de manutenção, conservação e limpeza das áreas comuns do Residencial Cidade Madura; responsabilizar-se por todas as despesas referentes a salários e encargos trabalhistas de empregados a serviço do Programa; realizar as ações extraordinárias de manutenção do Residencial Cidade Madura compreendidas as obras de reformas ou acréscimos que interessem à estrutura integral do Programa, pintura das fachadas, empenas, esquadrias externas, obras destinadas a repor as condições de habitabilidade das unidades.

A concessão será rescindida, de pleno direito, na hipótese do beneficiário omitir ou prestar informações inverídicas, seja no tocante à sua situação socio econômica ou a quaisquer outras informações ou documentos exigidos ou ainda por infração de qualquer das suas obrigações previstas. Em caso de falecimento será rescindida a concessão da moradia, se este não residir com seu cônjuge. Caso o concessionário tenha residido no imóvel

com seu cônjuge, a este será transferida a concessão, desde que tenha mais de 60 (sessenta) anos de idade e atenda aos demais critérios de seleção do Programa. Se o cônjuge possuir idade inferior a 60 anos, este deve desocupar o imóvel. O falecimento do concessionário não gerará para seus sucessores qualquer direito hereditário com relação à unidade objeto da presente concessão. Sendo constatada a perda de autonomia para realização das tarefas diárias e a dependência de cuidado integral para sua manutenção, o concedente poderá providenciar a remoção do concessionário para uma Instituição de Longa Permanência para Idoso - ILPI. Entende-se por Instituição de Longa Permanência para Idoso(ILPI) as pessoas jurídicas, com características residenciais e estrutura física adequada, que disponham de serviços na área social, médica, psicológica, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, para acolhimento de pessoas idosas com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, com diferentes necessidades e graus de dependência, que não dispõem de condições para permanecer na família, ou para aqueles que se encontram com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, em situações de negligência familiar ou institucional. Qualquer que seja o motivo de rescisão, a unidade deverá ser desocupada de pessoas e coisas no prazo de 30 (trinta) dias.

As habitações foram construídas nos moldes de um condomínio fechado, sendo 40 casas em cada condomínio, cercadas de uma ampla infraestrutura e cada casa tem 54 metros quadrados construídos com: 01 banheiro adaptado com barras e cadeira de banho abaixo do chuveiro; 01 interfone (para os moradores se comunicarem com vizinhos e a guarita); 01 quarto de casal; 01 sala; 01 cozinha, 01 área de serviço e uma varanda ampla com barras de apoio e rampas de acesso. Portanto as residências são totalmente adaptadas às necessidades da pessoa idosa.



Na área comum do condomínio, temos: uma praça; pista de caminhada; mesas de jogos; aparelhos para atividades físicas regulares; um Centro de Vivência para socialização dos moradores em que são realizadas reuniões, eventos, atividades recreativas, estimulação cognitiva e motora, alfabetização, aulas de artesanato, costura, tricô e fuxico, festas e confraternizações entre os moradores; redários para descanso; uma horta suspensa comunitária para cultivo de ervas, hortaliças e legumes; salão de Jogos com bingos, baralhos e dominós; biblioteca; videoteca; núcleo de saúde para monitoramento e acompanhamento da saúde dos residentes com psicólogo e enfermeiro durante o dia para darem suporte. Além disso, o local possui cerca elétrica e guarita com 02 (dois) policiais militares 24h por dia, inclusive em feriados e fins de semana.

Como em uma casa comum, o idoso pode contratar uma doméstica ou o serviço de uma diarista, por exemplo, para auxiliar no trabalho da casa. Contudo, como no caso de familiares, esta pessoa não pode dormir/morar no local.

Atualmente existem 06 (seis) condomínios em funcionamento do Programa Cidade Madura no Estado da Paraíba, sendo o primeiro construído em João Pessoa, Capital do Estado, que foi inaugurado em junho 2014 a um custo de R$4.336.120,08. O segundo construído situa-se na cidade de Campina Grande, sendo inaugurado em maio de 2015 a um custo de R$3.987.004,20. O terceiro foi construído na cidade de Cazajeiras inaugurado em março de 2016 a um custo de R$4.850.382,55. O quarto foi construído na cidade de Guarabira em maio de 2017, a um custo de R$5.535.484,14. O quinto foi construído na cidade de Souza, sendo inaugurado em março de 2018 a um custo de R$4.625.805,63. O sexto foi construído na cidade de Patos, sendo inaugurado em dezembro de 2018 a um custo de R$5.208.683,63.

Centro de Vivência

Núcleo de Assistência à Saúde

Em 6 de julho de 2020 o Governador em exercício fez um anúncio dentro de seu programa de investimentos no Estado ao qual incluiu um processo licitatório para a construção de mais um Condomínio Cidade Madura, sendo o sétimo condomínio que será construído na cidade de Monteiro onde prevê um investimento de cerca 4,7 milhões.

O Programa Cidade Madura recebeu o Prêmio Selo de Mérito 2015 na categoria "Projetos Focados no Atendimento de Grupos Específicos". O prêmio é promovido pela Associação Brasileira de Cohabs e Agentes Públicos de Habitação (ABC) e pelo Fórum Nacional de Secretários de Habitação e Desenvolvimento Urbano (FNSHDU).

Vale ressaltar que o Programa Cidade Madura construído na cidade de Guarabira, possui em seu projeto a instalação de placas de energia solar fotovoltáica, visando reduzir os custos com a energia, e cumprindo sua função de ambiental, e ainda a inclusão de uma sala com computadores para que os idosos tenham aulas de informática.

O empreendimento em Guarabira tem como diferencial a instalação de placas de energia solar fotovoltáica, que diminuem o custo da energia, para os idosos, em cerca de 80%

No entanto, sabemos que há ainda muito a se fazer na ótica de habitação e moradias a pessoas idosas, e que mais outros projetos venham a se agregar e assim poder oferecer uma opção de moradia com qualidade e respeito a que essa demanda merece.

O déficit habitacional e as dificuldades de acesso a moradia digna pelas pessoas idosas, são problemas sérios que precisam ser enfrentados. Afinal a Constituição da República do Brasil enuncia como objetivos fundamentais do estado brasileiro constitui uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais. A moradia se conecta com a cidadania. Morar dignamente é estar inserido em uma vida democrática e inclusiva.

Referências bibliográficas

1. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
2. CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.
3. Diário Oficial do Estado da Paraíba – DECRETO Nº 35.072 DE 10 DE JUNHO DE 2014. Disponível em: http://static.paraiba.pb.gov.br/2014/06/Diario-Oficial-11-06-2014.pdf Acesso em: 21 de março de 2021.
4. Estatuto do Idoso. Lei 10.741, de 1° de outubro de 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 21 de março de 2021.
5. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2006: projeção da população do Brasil. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos. Acesso em: 21 de março de 2021.
6. OMS. Organização Mundial de Saúde. O papel da atividade física no envelhecimento saudável. Florianópolis, 2006.

LAR DOS VELHINHOS DE PIRACICABA
Primeira Cidade Geriátrica do Brasil

João Umberto Nassif

Foto: Inês Rioto

Na transição do século XIX e XX Piracicaba explodiu em atividades. O primeiro presidente da República, eleito, Prudente José de Moraes Barros, teve aqui sua residência. A ferrovia chegou até a cidade. O abastecimento de água e escoamento de esgoto foi implantado. O comércio prosperava. A educação teve grande desenvolvimento. Surgiram grupos escolares urbanos e rurais. Piracicaba a segunda cidade do país a ter luz elétrica.

Nesse período surgem entidades assistenciais: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia fundada a 25 de dezembro de 1845, Hospital Barão de Serra Negra (psiquiátrico, 1897) e Asilo São Lázaro (1885); Sanatório São Luiz, idealizado em 1902.

Piracicaba crescia e iam-se avolumando os problemas sociais. Começou a aumentar em maior número os desvalidos, a mendicância passou a ser frequente.

Fundação do Asilo

A cidade com uma densidade populacional considerável raramente deixa de ter proteção à velhice desamparada. Mas nem sempre foi assim.

Entusiasta da causa, Pedro Alexandrino procurou difundir seu pensamento, bastante ousado para a época. Acentua com firmeza que "aqueles que a idade invalidou para o serviço ativo, assiste o direito de esperar dos aptos, para a cura. O socorro e o amparo que a sua decrepitude reclama. Se o soldado que as feridas ou o tempo tornaram inválido tem garantida a sua subsistência, por que não terão moralmente os mesmos direitos os vencidos pela batalha menos cruentes, porém mais encarniçada? Da luta pela existência".

Com determinação, influência social, em 1905 foram arrecadados donativos em dinheiro para a fundação do **Asylo de Velhos Desamparados**. No segundo semestre de 1906 essas doações tornaram-se mais frequentes e os doadores seriam considerados fundadores do "Asilo de Velhice e Mendicidade

de Piracicaba". Em 26 agosto de 1906 uma série de prestantes cidadãos e senhoras da sociedade, atendendo ao convite do tenente Pedro Alexandrino de Almeida, fizeram-se presentes no Teatro Santo Estevão; foram empossados os membros da diretoria e elaborado um estatuto. A sociedade representativa de Piracicaba adotou o Asilo como patrimônio moral e social. Se forem analisados os documentos ainda existentes, a história do Asilo confunde-se com a história de Piracicaba.

Primeiros anos – luta pela subsistência

O *Jornal de Piracicaba*, de 7 de setembro de 1906, deu a notícia de que o Sr. Pedro Alexandrino de Almeida, presidente da entidade, devidamente autorizado pelos diretores, adquiriu uma chácara situada à margem do Rio Piracicaba, acima do Salto, com casa de morada, pomar e outras benfeitorias. Continha oito alqueires e três décimos, ou 20 hectares e 986 metros quadrados.

A chácara era conhecida pelo nome de "Chácara das Jabuticabeiras", devido ao grande número de pés da fruta, e nela se instalou o **Asylo de Mendicidade**. Conforme notas do Registro de Imóveis, a 4 de dezembro de 1906:

"A 03 de fevereiro de 1907, terminada a adaptação da sede, foi solenemente inaugurada com o alistamento de 11 abrigados, sendo 5 do sexo masculino e 6 do sexo feminino".

Em julho de 1908, com falência do Banco Indústria e Comércio Piracicaba, Pedro Alexandrino transferiu sua residência para a cidade de São Paulo.

Em dezembro de 1908 houve reunião dos sócios do **Asylo de Velhice e Mendicidade**. Foi aclamada nova diretoria. Pelo relatório, a associação contava com 378 sócios-contribuintes.

Durante o ano entraram 68 pobres, sendo 38 masculinos, femininos 30. Italianos sete. Espanhol um, portugueses dois e alemães dois. Para a Santa Casa foram removidos por estarem doentes 11 asilados.

Jairo Ribeiro de Mattos (29 de abril de 1931-12 de julho de 2020)

Jairo se formou na Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz - Esalq – USP.

Como escultor a veia artística começa ao observar e trabalhar com o avô, que tinha uma habilidade excepcional para moldar chapas metálicas.

Contato com o Lar dos Velhinhos

Após concluir o curso de engenheiro agrônomo surgiu um emprego pelo Acordo Florestal da União com o governo do Estado de São Paulo. Havia a determinação para que o jovem engenheiro tivesse canteiros de mudas onde desejasse. Uma das áreas escolhidas para fomento de produção de mudas foi o Lar dos Velhinhos de Piracicaba. O presidente do Lar dos Velhinhos era o comendador Luciano Guidotti, conhecido pelo seu dinamismo e atuação por duas vezes prefeito de Piracicaba.

Jairo recebeu uma área para trabalhar ao lado do Rio Piracicaba, nas dependências do Lar dos Velhinhos. Projeto avançado para a época, pois o trabalho deveria ser realizado por uma composição entre crianças e idosos moradores do Lar.

Na presidência declara: "Já que assumimos o Lar dos Velhinhos, fizemos um plano, uma perspectiva de futuro. Uma das primeiras coisas que definimos é que tanto faz ser rico ou pobre, o fim da vida, a última etapa da vida, é muito semelhante. Rico ou pobre, o velho tem algumas deficiências principalmente no aspecto da saúde. Aqueles que têm bens podem conduzir a vida de maneira menos sofrida, aqueles que não têm bem às vezes passam privações básicas. Percebemos bem isso. Queríamos equilibrar principalmente as diferenças econômicas e financeiras para aqueles que tinham os mesmos problemas".

As maiores benfeitorias do Lar aconteceram nas gestões de Jairo, que idealizou as moradias vitalícias chalés, flats, entre outras.

O Lar dos Velhinhos é uma **Cidade Geriátrica**, com ruas asfaltadas, jardins, lago, projetada em 1973. O nome Cidade Geriátrica foi dado por Waldir Martins Ferreira.

ALTERNATIVA DE MORADIAS:

Moradias Vitalícias

Casa com dois quartos, sala, cozinha, banheiro, copa, abrigo para carro. A construção é feita pelo Lar. Houve uma campanha, em que engenheiros e arquitetos de Piracicaba ofereceram o projeto, todos compreendendo em média 60 a 70 metros quadrados de construção. Porém, alguns moradores optaram por casas com 140 metros quadrados. Sistema de comodato. A primeira casa em 1973, onde mora a sra. dra. Alaides Puppin Ruschel.

Flats

Em 2008 um projeto de 65 flats, de 26 a 52 metros quadrados cada flat.

Pavilhões:

Pavilhão Vargas

Pavilhão Madalena

Pavilhões que atendem munícipes idosos, que não podem ser cuidados pela família (não moradores do Lar) e moradores dos chalés e flats que tenham perdido autonomia e independência e não dispõem de cuidados particulares.

Pavilhões Filantrópicos:

Pavilhões Luciano Guidotti 1 e 2 – abrigam homens, na maioria vindos de situação de rua, idosos que já não tinham condições de morar sozinhos, outros com rompimento de vínculo familiar.

Pavilhão Doutor Luís Gonzaga de Campos Toledo e Pavilhão Valentina Nogueira de Toledo - abrigam mulheres cujas famílias não têm recursos, algumas recebem Benefício de Prestação Continuada, BPC, e mulheres que vieram de situação de rua.

Funcionamento:

Administrado por uma diretoria e um conselho, possui departamentos - pessoal, jurídico, setor de compras. Serviço social, médico, odontológico, serviço de fisioterapia, orientados por professores, estagiários voluntários.

Congregação das Irmãs Franciscanas do Coração de Maria

Seguramente, as irmãs sempre foram uma das pilastras de sustentação do Lar dos Velhinhos. Sob sua responsabilidade encontra-se a administração dos pavilhões, cozinha, lavanderia e capela.

A administração é católica apostólica romana, mas o atendimento é laico**.**

Funcionários:

Possui equipe de funcionários seguindo a legislação, composta de médicos, enfermeiros, cuidadores, fisioterapeuta, educadora física (orienta as atividades), assistentes sociais, nutricionistas, cozinheiras, ajudantes de cozinha, copeiras, equipe de limpeza, parte administrativa, jurídica, atendimento ao público, além de voluntários cadastrados.

Atendimento:

Além de todo o cuidado das equipes de profissionais, existe serviço gratuito de remoção do idoso até um dos hospitais da cidade. Esse serviço, se de urgência, funciona 24 horas. Sempre haverá alguém do Lar acompanhando o idoso, independentemente de já ter uma equipe no veículo de remoção.

ALTERNATIVAS DE MORADIAS E RESIDENTES

Pavilhão filantrópico – Luciano Guidotti - masculino

Foto: Inês Rioto

Chalés

Fotos: Inês Rioto

Flats

Fotos: Inês Rioto

Dados obtidos no Serviço Social

Chalés:

- 38 chalés com casais
- 76 chalés com um morador

Total - 170 pessoas

Flats:

- Flats individuais: 27 moradores
- Flats coletivos: geralmente duas pessoas

Total: 41 moradores

- dois pavilhões individuais: 72 moradores
- quatro pavilhões filantrópicos: 141 moradores

Residem no Lar dos Velhinhos de Piracicaba/Cidade geriátrica: 451 moradores

INSTALAÇÕES

Foto: João Carlos Nascimento Ferreira

Capela

Doada pela família Carmigni, a decoração interior foi feita por artistas piracicabanos.

Muitos casamentos aqui ocorrem todos os anos.

Lago decorativo

Com 1600m² de espelho d'água

Salão de festas

Amplo salão de festas, 900m², com capacidade para mil pessoas. Já ocorreram vários eventos, como festas de casamentos e promoções da cidade. Por duas vezes a Bienal Internacional de Arte.

Gruta do Milagre

Com 170m², capacidade para 80 fiéis sentados.

Museu

Possui acervo com diversas obras, quadros, esculturas, objetos. Pode ser visitado com agendamento.

Biblioteca

Dispõe de biblioteca em que os internos podem retirar obras para leitura.

Pavilhão refeitório

Além do refeitório, no pavilhão se localizam copa, cozinha e despensa.

Farmácia Popular

Abriga uma farmácia popular, com toda a infraestrutura, farmacêutico responsável. Nela são distribuídos remédios gratuitamente, mediante receituário médico. Atende aos abrigados e à população que busca seus medicamentos.

Local de velório

Um local necessário para que quem ali reside receba as últimas homenagens daqueles com quem compartilhou a vida no Lar e com parentes.

Bazar

O bazar possui produtos bem variados, móveis, utensílios domésticos, roupas, sapatos... A arrecadação é direcionada para suprir necessidades do Lar.

Recanto dos Livros

Repletos de diversas obras doadas por moradores de Piracicaba, os livros vendidos geram renda. O Recanto dos Livros é local de encontro dos piracicabanos que amam literatura. Palco de lançamentos de livros.

No Recanto dos Livros aconteceu o lançamento do livro *Palavras Entrelaçadas em Pensamentos*, da poetisa e acadêmica Aracy Duarte Ferrari.

O Lar dos Velhinhos possui lavanderia, serralheria, carpintaria, marcenaria.

Atividades:

Hidroginástica

Em piscina coberta, aquecida, temperatura controlada, como os cuidados com a água, as atividades de hidroginástica acontecem três vezes por semana. São três turmas, em três horários, no total de 50 alunos.

Objetivos: promover simultaneamente o equilíbrio físico e emocional. Aumentar a autoestima e segurança interna. Melhorar a coordenação motora e diminuir as dores físicas.

Foto: Inês Rioto

Bingo

Colaboração do Rotary de São Dimas.

Objetivos: distração, socialização, concentração e divertimento.

Caminhada

Todas as terças-feiras.

Objetivos: trabalhar locomoção, parte aeróbica, equilíbrio.

Dificuldades encontradas: mais pessoas para ajudar a empurrar cadeiras de rodas e segurar os que têm problemas visuais.

Forró:

Objetivos: socialização com as pessoas de fora. Diversão e confraternização.

Show da Alegria:

Aos sábados acontecem os shows. Oportunidade para grupo de escolas, grupos de orações e igrejas compartilharem momentos com os idosos.

Objetivos: socialização, diversão. Encontrar talentos.

Atividade pavilhão feminino:

Exercício para articulações, alongamento e respiração. Em forma de brincadeira e com músicas.

Objetivos: exercitar brincando, mexendo os membros, ombros e cabeça. São exercícios com músicas infantis para que cantem, recordem as músicas da infância, resgatando a criança interior.

Atividade com desenhos diversos, diferentes jogos de encaixe de várias formas e cores, quebra-cabeça, memória.

Objetivos: trabalhar raciocínio, coordenação motora fina, percepção visual, orientação espacial, cores, quantidades, formas e tamanhos, interação grupal, aspectos cognitivos e autoestima.

Atividades Pavilhão masculino:

Exercícios para articulações e alongamento. Divertimento, competição, ajuda mútua e aumentar a autoestima. Principalmente sair da ociosidade. Em forma de brincadeiras com argolas, boliche, dardo.

Academia ao ar livre:

Academia ao ar livre montada no Lar dos Velhinhos traz uma série de benefícios aos idosos.

Objetivos: melhoria nas limitações da idade. Os aparelhos são grandes aliados para ativar as articulações e a força muscular, deixando os idosos com o corpo mais resistente. Isso ameniza o impacto de uma queda e evita dores na coluna, ombros e articulações.

Foto: João Carlos Nascimento Ferreira

Quadra desportiva

Quadra coberta

Objetivos: atividade física recreativa, atrativa e adaptada. Com jogos de voleibol e basquete.

Festas:

Festa de aniversário nos pavilhões masculino e feminino

Objetivos: resgatar a criança interior, momentos de emoção ao lembrar dos aniversários, de situações felizes da vida, com músicas para alegrar o ambiente.

Festas temáticas

Páscoa, Dia das Mães, Dia dos Pais, comemoradas com festas ou passeios.

Festas junina e julina

A festa junina é interna para os moradores. Com parceria de vários voluntários para os comes e bebes. Os alunos de escolas ajudam na quadrilha de cadeiras de roda. Os idosos esperam muito o momento, pois se maquiam e se caracterizam.

Festa julina: os idosos participam da dança de quadrilha. É a atração mais esperada pelo público. São uns 20 casais de idosos com fantasias de caipira e a noiva, noivo e padre. Todos se divertem e aproveitam a festa.

Almoço de Natal

Para todos os moradores do Lar, especialmente para os pavilhões. Todos os anos com a generosidade dos parceiros: João Tobias e família de Egydinho Mauro, que fazem o churrasco. Diversas pessoas da cidade doam sorvetes, bolos e refrigerantes. Logo após há a entrega de lembrancinhas pelo Papai Noel. Os idosos dançam e se divertem.

Passeios

Uma vez por mês fazem passeio na cidade, teatro, cinema, SESC ou cidades vizinhas - Itu, Americana ou Águas de São Pedro**.**

Colônia de férias

O Lar dos Velhinhos possui uma Colônia de Férias localizada na cidade de Praia Grande, litoral de São Paulo. Uma vez por ano fazem excursão de uma semana para a colônia.

Muitos idosos que moram nos pavilhões têm a oportunidade de ver o mar pela primeira vez.

Diferentes velhices

As diferentes velhices convivem no Lar dos Velhinhos de Piracicaba. Várias histórias de vidas. As mais simples, dos que vivem nos pavilhões filantrópicos e aqui encontraram um lar. Eram moradores em situação de rua. Há ainda professoras, doutores, altos executivos de grandes empresas nacionais e estrangeiras, que construíram o chalé, além dos moradores dos flats.

As histórias de alguns moradores foram contadas no Blog do Nassif. Seguem trechos:

Thaís de Almeida Dias

Natural de Assis. Nasceu a 14 de outubro de 1935.

Licenciatura em História pela USP, mestrado em Jornalismo. Cursou Jornalismo na Faculdade Cásper Líbero.

Professora em instituições de ensino, como USP, FIAM, ocupou importantes cargos em diversos veículos de comunicação, entre eles a direção da Rádio MEC no Rio de Janeiro.

E na TV Cultura criou e produziu por dois anos o programa *Viola, Minha Viola*.

Em 2010 adquiriu um chalé, uma casa confortável no Lar dos Velhinhos.

Therezinha de Jesus Penteado Monteiro

Nasceu a 24 de maio de 1926. Faz 40 anos que mora no Lar dos Velhinhos de Piracicaba. Cursou Filosofia, depois fez especialização em Orientação Educacional. Antenadíssima, aos 84 anos é muito querida e a mais antiga moradora do Lar.

Alaídes Puppin Ruschel

Programa Piracicaba Histórias e Memórias.
João Umberto Nassif - Jornalista e radialista
Entrevista: publicada na *Tribuna Piracicabana*, 15 de junho de 2013.
http://blognassif.blogspot.com/

Alaídes Puppin Ruschel. Nasceu a 12 de dezembro de 1931, no distrito de Araguaia, pertencente ao município de Alfredo Chaves, Espírito Santo.

"... aos 60 anos iniciou uma carreira de artista plástica gloriosa, fundamentada em rigor científico e extrema sensibilidade."

Trechos da entrevista:

Em que ano a senhora prestou o vestibular?
Em 1951, me formei em 1955 como engenheira agrônoma.

A senhora chegou a fazer cursos fora do Brasil?

Fiz o meu Master of Science nos Estados Unidos, na Purdue University Soil Science. Quando fomos já tínhamos quatro filhos, o mais novo com sete anos. Permanecemos lá por dois anos e pouco. Meu marido fez PhD. Quando voltei fiz doutoramento na Esalq. Aí fui trabalhar no Cena, onde permaneci por dez anos. Trabalhava com microbiologia. Voltei para a Embrapa, ali permaneci por mais dez anos. Tive projeto durante 12 anos, ia a Viena representar o Cena.

Quando a arte passou a ser uma atividade para a senhora?
Começou quando estava para me aposentar em Goiás.

Aprendi a fazer esculturas grandes. Ele queimou a minha primeira peça. Trouxe essa peça para cá, soube que vinha uma pessoa de Campinas a Piracicaba para fazer na fundição a queima das peças dela. Fiquei lá uns quatro a cinco meses. Fui fazendo as minhas peças, fui crescendo, via as peças do pessoal que vinha do exterior e produzia esculturas. Assim fui evoluindo. Sozinha. O prateado das esculturas é uma liga de alumínio com sílica, nunca fica escuro. Algumas peças são só em alumínio. Eu faço a minha peça na argila, quando a queimo vira cerâmica. É o mesmo princípio de fazer tijolo - pega-se o barro, põe no forno e queima. Levo para a fundição a cerâmica ou só no barro mesmo. Eles tiram o molde e fazem o eu que quero.

Isso aqui em Piracicaba?

O meu primeiro trabalho está em nosso museu no Lar dos Velhinhos, levei-o para a Europa, foi apresentado lá. Fui assistir à abertura da mostra, em Roma, tinha muita gente em volta da minha obra e não tinha gente em volta da obra de ninguém. Sabe por quê? Porque tinha essa tecnologia: bronze e alumínio. Todos que estavam lá eram artistas plásticos da cidade que queriam ver a artista que tinha feito aquela obra. Isso foi em 1975. Fiz isso porque o Luiz da Fundiarte me ajudou a fazer, aqui em Piracicaba. Lá ganhei o primeiro prêmio. Tenho obra que ganhou medalha de bronze em São Paulo, no Salão Paulista de Belas Artes. Tenho vários prêmios, até medalha de ouro.

Continua morando no Lar do Velhinhos de Piracicaba, casa número 1. Está com Alzheimer em estágio avançado.

Norbert Brusche

Programa Piracicaba Histórias e Memórias
Jornalista e radialista
Entrevista publicada na *Tribuna Piracicabana* - 25 de julho de 2015.
http://blognassif.blogspot.com/

Norbert Brusche nasceu a 27 de junho de 1932. Engenheiro aposentado, foi executivo de empresas multinacionais. Reside no Lar dos Velhinhos de Piracicaba desde o dia 1º de julho de 2009, casado com Eunice Brusche, pais de três filhos.

Trechos da entrevista:

O que o trouxe para o Lar dos Velhinhos?

Justamente pelo Lar ter estrutura para abrigar idosos. À medida que a idade avança sentimos que a saúde já não é mais a mesma. Há o risco de necessitar de um sistema de saúde. Como o que tem no Lar: aqui há médicos, enfermeiros, cuidadores. Viemos para o chalé que estamos ocupando, mas temos um contrato onde está escrito que no dia em que precisar iremos para um pavilhão onde teremos todo o suporte que precisarmos: de saúde, tratamento e o que for necessário. Hoje, como somos autônomos no sentido de não depender de enfermeiros, cuidadores, vivo aqui como se estivesse em um condomínio fechado. Tenho o meu carro e tenho toda a minha liberdade.

O que o Lar dos Velhinhos representa para Piracicaba?

Em primeiro lugar é uma entidade sui generis, no sentido de ter aqui uma Cidade Geriátrica, há quase 500 idosos que são seus moradores. Em segundo lugar, ele tem uma estrutura para atender a idosos que impressiona. Não parece, mas esta entidade tem 215 funcionários.

O senhor acredita que a sociedade piracicabana vê no Lar dos Velhinhos uma entidade representativa, tanto quanto seus valores maiores, como o Rio Piracicaba, a Escola de Agronomia, Esporte Clube XV de Novembro de Piracicaba, uma tradição tão forte que motivaria a população a ter orgulho do Lar dos Velhinhos?

Isso foi a primeira coisa que me chamou a atenção quando vim para Piracicaba. Ao perguntar a alguém se conhecia o Lar dos Velhinhos, percebeu-se no piracicabano exatamente esse orgulho. Como é uma Cidade Geriátrica e é inusitada, diria que até na América do Sul há motivo de orgulho para o piracicabano.

O fato de o Lar cuidar do bem-estar dos seus abrigados, da higiene, e ter um ambiente sanitariamente saudável passa a imagem de um local provido de muitos recursos?

Como temos todo um sistema de saúde, não digo que temos um ambiente hospitalar, mas sim um ambiente saudável. As pessoas que moram aqui cuidam das próprias casas.

O senhor ocupou cargos de alto nível em multinacionais. Ao analisar o currículo de um candidato, o fato de ser voluntário em alguma entidade é importante?

Muito importante. Dir-se-ia que se pode dividir as pessoas em egocêntricas e altruístas. No momento em que está contratando uma pessoa para trabalhar na empresa, se você percebe que ela é do perfil egocêntrico, não terá muita facilidade em relacionar-se com os outros. Terá dificuldade em formar um grupo. Vai se tornar alguém que quer levar vantagem em tudo, em detrimento dos interesses da empresa. Já uma pessoa altruísta é o contrário. Participa dos grupos de trabalho, e comprovadamente as equipes de trabalho produzem

muito mais do que um grupo de pessoas trabalhando individualmente.

O Lar dos Velhinhos de Piracicaba tem característica marcante no tratamento dos idosos?

Enquanto outras entidades que cuidam de idosos têm clientela formada por idosos autossuficientes, ou quando muito cadeirantes, mantendo em média não mais do que uns 90 abrigados, o Lar tem população de perto de 500 idosos, dos quais cerca de 290 são dependentes em grau I, II e mesmo grau III, com serviços intensos de saúde, ou seja, médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, cuidadores e outros profissionais da área da saúde.

Foto: Inês Rioto. Casal Norbert e Eunice Brusche moram na casa número 36

Considerações finais

Para o pessoal de poder aquisitivo maior o Lar é praticamente um condomínio fechado. E para os que não têm nenhum recurso, é um pensionato, conforme as disponibilidades da Instituição. No Lar não falta nada do que é básico.

Lar dos Velhinhos de Piracicaba, primeira Cidade Geriátrica do Brasil tem característica própria. Convivem pessoas de classes e camadas sociais e econômicas bem distintas, pessoas com altíssimo nível cultural, médicos, engenheiros, cientistas, pesquisadores, alguns foram executivos de grandes multinacionais, artistas consagrados e pessoas de vida comum. Muitas pessoas idosas encontram no Lar o seu último refúgio, aqueles que antes sem abrigo são acolhidos.

O maior diferencial do Lar dos Velhinhos de Piracicaba que o torna único é ter quatro pavilhões filantrópicos para idosos dependentes e ser um condomínio com chalés e flats onde moram idosos com autonomia e independência.

A cidade cresceu, atualmente o Lar dos Velhinhos de Piracicaba está situado em uma área nobre da cidade. Bem próximos há um shopping, residências de alto padrão, enfim, a então chácara de arrabalde passou a se integrar a todas as facilidades que o progresso trouxe. Tornando a vida dos abrigados bastante prática e confortável. Piracicaba tem orgulho do Lar dos Velhinhos. A fotografia aérea do Lar dos Velhinhos mostra a sua área, delineando o formato de um coração.

Há quem afirme ser o coração da cidade a pulsar!

Vista área do Lar dos Velhinhos de Piracicaba – Cidade Geriátrica

1 Capela
2 Pavilhões filantrópicos masculino (prédios antigos)
3 Piscina
4 Pavilhões femininos
5 Salão de eventos
6 Chalés
7 Flats
8 Estacionamento

Referências bibliográficas

1. Jornal Tribuna Piracicabana - http://blognassif.blogspot.com/

AGERIP
Qualidade de vida a vida toda

Maria Cândida Pereira Azem

De um sonho à realidade

Em meados da segunda metade do século passado, um grupo de 19 amigos, preocupados como seria a vivência de sua maturidade, resolveu se unir e pensar em algo que abrangesse todos os que se interessassem em ter qualidade de vida no envelhecer.

Foi então que em 9 de abril de 1975 conseguiram reunir em assembleia para aprovação do primeiro Estatuto Social da Agerip – Associação Gerontogeriátrica de São José do Rio Preto.

Durante dois anos, conseguiram interessados em adquirir cotas, para comprarem uma área e construir a sede.

Alguns meses após a aquisição do imóvel, o grande idealizador morreu, permanecendo 18 anos totalmente inativa a Agerip.

Em 1995 assumiu a presidência um dos associados, com a incumbência de vender o imóvel e distribuir o valor entre todos. Mas já existia uma cláusula pétrea no Estatuto Social: "Em caso de dissolução da Associação, tudo deverá ir para uma instituição congênere".

Diante da situação, mais uma vez um grupo de associados se uniu, liderados pelos irmãos José Eduardo Pereira e Maria Cândida Pereira Azem. Houve um grande estudo para ser viabilizada a tão desejada comunidade.

Reinventando o projeto, extremamente difícil o início.

O projeto vislumbrava um lugar no qual as pessoas desfrutassem e se preparassem para residir na maturidade, com dignidade, tranquilidade e saúde, além de todos os benefícios de um condomínio fechado. Para tanto, no projeto já constava a necessidade de profissionais para atuar na área da saúde e em serviços de atendimento aos moradores.

Com o passar dos anos, o que era um projeto, com a adesão de associados, resultou em uma **Associação Residencial – AGERIP**, implantada em área privilegiada, a seis quilômetros da cidade de São José do Rio Preto, ideal para pessoas que buscam um lugar com peculiaridades e diferencial.

O número de associados interessados foi aumentando e criando condições para implantar a infraestrutura do residencial (27 de abril de 2002), com núcleo de atendimento. Para associados com alguma necessidade de serviços e cuidados foram inicialmente construídos os apartamentos.

A Agerip está se transformando, o que resultou em três modalidades de moradia, de acordo com idade e exigências de cuidados. Os moradores pioneiros que escolheram a Agerip para envelhecer estão com idade muito além da expectativa de vida, segundo o IBGE, 2019.

Com a criação de novas modalidades de moradias (apartamentos, suítes e chalés), na Associação Residencial os associados construíram em forma de comodato suítes e chalés, por ser residencial inovador (não morada temporária, mas morada para envelhecer). Houve adesões de outros Estados, além de São Paulo, e mesmo de países estrangeiros. Atualmente, a casa de repouso **Agerip é** composta por 500 associados ativos, dos quais 161 são moradores.

Com o estabelecimento e construção de novos modelos de moradia, criou-se um novo perfil de moradores ainda muito ativos, que passaram a fazer parte do residencial. A adequação em qual modelo o associado pode morar tem por critérios idade, a partir de 50 anos, e o parecer de profissionais da saúde e quais serviços e cuidados o mesmo necessita.

A **Associação Residencial** não é filantrópica, mas não possui fins lucrativos.

Estrutura

Estrutura administrativa

Conselho Deliberativo

O Conselho Deliberativo é formado por 25 membros efetivos e dez suplentes, com mandato de dois anos, eleitos pela Assembleia Geral Ordinária.

Diretoria Executiva

É de responsabilidade da Diretoria Executiva administrar a Associação de forma a atender suas finalidades e disposições estatutárias e regimentais. Cumprir e fazer cumprir o Estatuto, o Regimento Interno, os Regulamentos e Normas, Instruções Complementares e Resoluções do Conselho Deliberativo, da Assembleia Geral e da própria Diretoria Executiva. Apresentação de relatórios administrativos e financeiros para análise do Conselho Deliberativo. Organizar o quadro de pessoal e fixar as funções e remuneração de cada cargo. Admitir, premiar, licenciar, punir e demitir funcionários, observadas as disposições legais em vigor, entre outras. O mandato é de dois anos. Ao término de cada período há nova assembleia para eleição.

Em 2002 concretizamos o sonho - mudamos para nossa sede, ainda construída de forma singela, apenas com a área administrativa, restaurante e espaço de convivência.

Atualmente a **associação** tem 161 moradias distribuídas em sete alqueires: 32 apartamentos (quarto com banheiro de 30m^2), 31 suítes (63,55m^2) e 98 chalés (mínimo de 60m^2 e máximo de 160m^2), construídas na modalidade de comodato e seguindo regras de acessibilidade. Ainda há disponibilidade de terrenos (400m^2) para construção de casas em área com toda a infraestrutura (rede de água, energia elétrica e telefonia). O conjunto de infraestrutura tem estação de tratamento de esgoto, capaz de suportar 6 mil pessoas.

- Possui ampla área de convivência que interliga as salas de enfermagem, fisioterapia, acupuntura, nutricionista, secretaria, departamento financeiro, refeitório, academia, piscina, biblioteca, auditório, cantinho da beleza, espaço-dia, apartamentos e suítes. Na área de convivência há o acesso ao bosque, coreto, chalés e represa, interligados por amplas passarelas, usadas para caminhadas.

Atividades para todos associados (moradores e não moradores)

- Participação em eventos (bailes, festas típicas, tômbolas, café com arte, café colonial, entre outros);
- Alimentação no refeitório (por reserva), com preços convidativos para os familiares e amigos, diariamente, além de almoços em datas comemorativas;
- Eventos coletivos (atividades de lazer, caminhadas e dinâmicas em grupos).
- Atendimento de urgência e emergência pela enfermagem;
- Atividades físicas (hidroginástica, natação, musculação, equilíbrio, ginástica sentada, dança, entre outros);
- Aulas de artesanato.
- As atividades têm a supervisão de profissionais capacitados, como educadora física, artesã e professor de dança.

Cuidados e bem-estar

Há profissionais (parceiros ou terceirizados) que oferecem serviços de fisioterapia, pilates, acupuntura, massagem, cabeleireiro, podóloga e manicure, depilação, designer de sobrancelha e aula de informática.

Eventos

Pré-Carnaval, festa junina, Festa do Milho, baile de aniversário, Dia das Avós, Dia da Mulher, Dia das Mães, Caminhada da Família Agerip, Baile dos Anos 60. Uma vez ao mês há bingos, café com arte e sexta em movimento, entre outros.

Todas essas atividades têm como objetivo a confraternização, união, lazer, sociabilidade, não apenas para os moradores, mas principalmente para

os associados. Nos eventos houve intensa participação. Viram o desenvolvimento da sede e valorização de todo o empreendimento. São momentos que ampliam o relacionamento, fortalecem a proposta de moradia com qualidade de vida, e em comunidade.

Programa Nutricional para Moradores

Na maturidade seguir uma alimentação correta é essencial para manter a boa saúde e evitar o surgimento de doenças muito comuns. A má nutrição pode ser resultado de múltiplos fatores: dificuldade em engolir alimentos sólidos, perda do olfato e paladar, falta de dentes ou próteses velhas e mal ajustadas, falta de vontade de cozinhar e mesmo condições econômicas reduzidas.

Portanto, para manter a saúde dos moradores, implantamos um acompanhamento nutricional, realizado diariamente pela nutricionista. Verifica informações como peso, altura, IMC, casos de diabetes, triglicéres, colesterol, entre outros.

As refeições são balanceadas, com qualidade.

Atendimento a associados e moradores

No setor de atendimento ao associado, em conjunto com o serviço social, foram implantadas em 2020 propostas para acolhimento e fidelização. O objetivo, além de acolher o morador, é criar um vínculo maior com os associados, proporcionando mais opções de atividades e serviços. Efetivamos em nosso dia a dia a prática do acolhimento, promovendo ferramenta assistencial e humanizadora. O trabalho traz inúmeros benefícios em relação à saúde do nosso convívio, melhoria e bem-estar emocional e psicológico. Acolhimento é igualmente uma atitude de amor.

O foco está na preocupação com os associados e moradores e suas especificidades. Um olhar individual com pensamento coletivo. Entendemos que acolher é importar, estar atento ao outro.

Espaço integração

Um local para os **associados** permanecerem durante o dia (das 8h às 17h), de segunda a sexta-feira, com várias atividades. Há acompanhamento da equipe multidisciplinar; apoio da enfermagem; atividades físicas (hidroginástica, natação, musculação, ginástica sentada, equilíbrio e dança); aula de artesanato; café da manhã; café da tarde; cuidador compartilhado; fisioterapia; acompanhamento nutricional.

Tipos de moradia na AGERIP

Apartamentos

Esse modelo de moradia foi implantado em 2009, com estilo padronizado de um quarto com banheiro privado (próximo da estrutura administrativa e da enfermagem). Destina-se aos associados que necessitam de acompanhamento de profissionais de saúde e cuidados em tempo integral. O custo se baseia nos serviços prestados de hotelaria e atendimentos profissionais, com opção individual ou compartilhada.

Suítes

O modelo de moradia foi concluído em 2011 - um quarto, sala e cozinha interligados, varanda e banheiro (próximo da estrutura administrativa).

Destina-se aos associados ativos e outros que já necessitam de acompanhamento de profissionais da saúde e/ou gostam de vivenciar experiências e participar de atividades coletivas. Nessa modalidade é opcional investir na cessão de uso do modelo de comodato ou opção de locação.

A fase desses moradores é voltada para a prevenção e retardamento de doenças e fragilidades. Os custos se baseiam nos serviços de hotelaria e atendimentos profissionais.

Chalés

O modelo (em meio a áreas verdes e jardins) teve seu início em 2009, destinado aos associados ativos e independentes, que gostam de maior privacidade e tranquilidade, e desejam se preparar para viver a maturidade no local de sua moradia.

É preciso investir na construção da casa em forma de comodato, com a vantagem de morar em um residencial com segurança. Desfruta-se e se participa de todas as atividades de lazer e prevenção da saúde e bem-estar.

Ecovila para a maturidade: vivendo a plenitude da vida com qualidade

A Agerip ocupa área rural de aproximadamente 16 alqueires, restando ainda vários alqueires de área verde, bosque com centenas de árvores de diversas

espécies, incluindo frutíferas e paisagismo em todos os ambientes, 250m² de horta orgânica, tratamento biológico de esgoto, represa abastecida com água tratada e minas naturais, sistema elétrico de distribuição de energia subterrâneo, ruas de pedriscos e caminhos calçados, acessíveis a cadeirantes.

Seguindo um dos principais pilares e objetivos que movem a Agerip, a associação executou projetos de plantio de mudas em torno da represa, como recuperação ambiental e proteção das margens. O projeto da EcoVila Agerip é fantástico, por se tratar de um grande exemplo de como é possível integrar as atividades humanas à natureza, adotando práticas socioambientais simples e econômicas que resultam na melhoria da qualidade de vida e manutenção da preservação do meio ambiente, colaborando com a vida do planeta.

O tratamento biológico de esgoto, por ser horizontal e aeróbico, é alternativa eficaz, econômica e eficiente de degradação da matéria orgânica de efluentes biodegradáveis com a ação de agentes biológicos como bactérias, protozoários e algas. Diferentemente do tratamento anaeróbio, que utiliza bactérias que não necessitam de oxigênio para sua respiração, no tratamento biológico aeróbio os micro-organismos degradam as substâncias orgânicas, assimiladas como fonte de energia para os agentes biológicos, em processos oxidativos.

Vantagens do processo aeróbico de tratamento de esgoto:

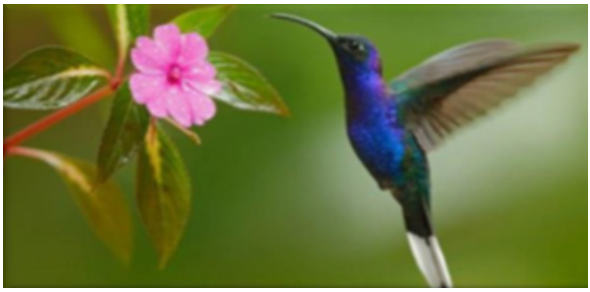
- Maior rendimento por alcançar maiores taxas de remoção da matéria orgânica
- Sistemas de lodos ativados com aeração prolongada atingem até 98% de eficiência na remoção de DBOs
- Riscos reduzidos de emissões de odor e maior capacidade de absorver substâncias mais difíceis de serem degradadas

Fauna

Por estar localizada em uma área rural, os moradores convivem com os animais nativos que já estavam aqui anteriormente. São várias espécies de pássaros silvestres, como tucanos, bem-te-vis, maritacas, corujas, pardais, beija-flores, patos, gansos e seriemas.

Todos coexistem pacificamente com dezenas de macaquinhos nativos, lagartos, teiús e assim por diante.

É imprescindível uma relação de respeito e cuidados com a fauna nativa, protegida por lei.



Nosso maior objetivo é expandir o projeto. Hoje há aproximadamente alqueires construídos e ainda temos oito alqueires, nos quais serão erguidos novos polos de atendimento, novas suítes, centro poliesportivo e um hospital-escola, que servirá como referência.

Espaço dia

Um local para os associados moradores e não moradores permanecerem durante o dia (das 8 às 17 horas), de segunda à sexta-feira (com pequenos custos):

- Saúde (apoio da enfermagem, acompanhamento nutricional, acompanhamento terapeuta ocupacional, acompanhamento psicológico, cuidador compartilhado e fisioterapia);
- Atividades físicas (hidroginástica, natação, musculação, ginástica sentada, equilíbrio e dança);
- Aula de artesanato;
- Café da manhã;
- Café da tarde;
- Serviço suspenso por conta da Pandemia

Depoimentos:

"Muitos sonhavam, mas poucos acreditavam. Porém, bastaram a fé e a motivação dos poucos que trabalharam e perseveraram por mais de quatro

décadas, para o sonho virar realidade. Hoje, é um exemplo de comunidade para a maturidade, referência quando se trata de qualidade de vida na fase madura. Com a força de quem luta desde o início, os diretores, os conselheiros e o quadro associativo seguem firmes e unidos no propósito de superar as adversidades do caminho com profissionalismo e dedicação. A missão continua sendo a busca por uma vida plena, tranquila e segura."
Fernando Araújo, atual presidente.

"Reforço, em nome dos meus companheiros de luta, o compromisso de que continuaremos nos desenvolvendo durante muitos e muitos anos, para atender cada vez melhor aos associados, transformado os sonhos da geração passada em realidade.

Se se quiser manter a sustentabilidade do negócio, precisamos atuar com responsabilidade. Obrigado pelo apoio, dedicação e confiança de todos. Juntos seremos sempre mais fortes."

Maria Cândida Pereira Azem

Equipe multidisciplinar

A AGERIP conta com um time de profissionais altamente capacitados formado por enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, nutricionista, educadora física, psicóloga, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e assistente social. Ele atua de formamultidisciplinar garantindo excelência e segurança no atendimento aos associados.

"A formação da equipe multidisciplinar de saúde foi uma estratégia que trouxe muitos benefícios para os moradores da AGERIP. Dessa forma, o atendimento tornou –se efetivo e seguro. Além disso, proporcionamos a todos a possibilidade de redução de custo com procedimentos desnecessários e otimização quanto ao atendimento preventivo e recuperações mais eficientes."

Milena Codreanski Fochi – Gerente Geral da AGERIP

"O trabalho do assistente social tem o foco no bem-estar do coletivo e na integração dos indivíduos na sociedade. Através de atendimentos individuais, familiares e em grupo procuramos mobilizar os indivíduos para que consigam tomar decisões através do seu próprio esforço. Todo trabalho é voltado para temática social, um dos principais objetivos é a inclusão, fazendo com que todas as pessoas sejam, verdadeiramente, parte do grupo social."

Michele Peres – Assistente social da AGERIP

"As intervenções podem ser realizadas por meio de atendimentos individuais ou em grupo, cujos objetivos consistem em auxiliar a pessoa idosa a ter um desempenho ocupacional o mais independente possível, enfatizando as áreas de autocuidado, do trabalho, cognitivo, do lazer, da manutenção de seus direitos e papel social, de maneira a gerar uma melhor qualidade e

prazer nessa fase da vida

Luany Maldonado Orsi – Terapeuta ocupacional da AGERIP

"A Enfermagem da AGERIP atua durante as 24h do dia. Composta por profissionais preparados para realizar atendimentos emergenciais e tratamentos farmacoterapêutico garantindo a correta administração dos medicamentos. Dessa forma, proporcionando o bem-estar e qualidade de vida dos moradores por meio dos cuidados necessários com a saúde de forma individualizada."

Debora Chandretti – Coordenadora da Enfermagem da AGERIP

"A fisioterapia na AGERIP engloba tratamento como o alivio da dor, reabilitação respiratória, ortopédica e neurológica, além da prevenção. Sempre com a iniciativa da mudança do tratamento conforme as necessidades diárias de cada paciente. Proporcionamos aos nossos associados qualidade de vida.

Fernanda Bonvino – Fisioterapeuta da AGERIP

"A nutrição na AGERIP é planejada e equilibrada com frutas, vegetais e poucos alimentos processados. Com isso podemos ajudar a baixar o risco de problemas de coração, certos tipos de câncer, AVC, diabetes, hipertensão, colesterol elevado e manter um peso saudável. Tudo isso ajuda ainda a manter um nível de energia adequado para poder praticar exercícios físicos, um fator também importante para manter uma vida saudável."

Jaqueline Tarifa – Nutricionista da AGERIP

Referências bibliográficas

1. https://www.agerip.com.br/

Políticas Públicas de Atenção à Pessoa Idosa em domicílio: uma estratégia necessária

Rosa Maria Bruno Marcucci, Ana Paula Lima Orlando,Karla C. Giacomin, Lilian de Fátima Costa Faria,Ruth Caldeira de Melo.

Tributo: a Marilia Anselmo Viana da Silva Berzins e Sérgio Márcio Pacheco Paschoal

O envelhecimento da população pode ser considerado um dos maiores triunfos da humanidade. Entretanto, este traz grandes desafios para a sociedade, com aumento das demandas de saúde, sociais e econômicas. Em todo o mundo, a proporção de pessoas com idade a partir de 60 anos cresce rapidamente. Estima-se que, até 2025, tenhamos cerca de 2 bilhões de pessoas idosas, ou seja, um aumento de cerca de 223% dessa população. A ONU aponta ainda, que, em 2050, haverá no mundo mais idosos que crianças menores de 15 anos. Para os países em desenvolvimento como o Brasil, o aumento da população idosa é um desafio ainda maior, uma vez que precisamos lidar com o rápido envelhecimento populacional em um cenário de iniquidades sociais e econômicas. (ONU, 2015; FUSTER, 2017; TRAMUJAS, 2018)

Recentemente, as Nações Unidas lançaram um plano de ação para "a Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030" que, além de incluir as pessoas idosas como o centro do plano, reforça a importância do envolvimento de governos, sociedade civil, agências internacionais, profissionais, academia, mídia e setor privado para melhorar a vida dos idosos, suas famílias e suas comunidades. Endossado pela Organização Mundial da Saúde, o plano estabelece ações para: 1) mudarmos a forma de pensar, sentir e agir em relação à idade e ao envelhecimento; 2) desenvolvermos comunidades que estimulem as habilidades dos idosos; 3) prestarmos atenção integrada e centrada na pessoa; e 4) fornecermos aos idosos, acesso a cuidados de longa duração, quando precisarem. Especificamente em relação aos cuidados de longa duração, o plano sugere que todo o país deve ter um sistema que atenda às necessidades das pessoas idosas que dependem deste tipo de atenção. Este sistema deve garantir assistência social e apoio para os cuidados da vida diária, permitindo que os idosos mantenham seus relacionamentos, envelheçam em um lugar que seja adequado para eles, fiquem livres de qualquer tipo de abuso e violência, acessem serviços comunitários e participem de atividades que dão sentido a suas vidas. (OMS, 2021)

O termo "*Aging in Place*", ou seja, "envelhecer no lugar", refere-se à capacidade de viver na própria casa e comunidade com segurança, independência e conforto, independentemente da idade, renda ou nível de capacidade, pelo maior tempo possível. De acordo com Kendig e colaboradores (2017), a maioria dos idosos prefere manter-se em casa à medida que vai envelhecendo, mas as mulheres, os mais velhos, os que não possuem imóvel próprio e

os com depressão apresentam menos chances de continuarem residindo na comunidade. Adicionalmente, fatores relacionados à mobilidade e segurança doméstica, à saúde pessoal, ao acesso a serviços comunitários, a questões gerais de segurança, a melhorias e necessidades de manutenção no domicílio são apontados como barreiras para o *"Aging in Place"* pelos próprios idosos. Por outro lado, questões sociais (morar com o cônjuge/companheiro), econômicas (ter residência própria) e ambientais (adequação do domicílio e satisfação com a vizinhança) são facilitadores para o *"Aging in Place"* (CDC, 2009; KENDIG, 2017; FORSYTH, 2020; BRIMM, 2021)

Outro aspecto importante discutido atualmente, e também apontado pelo documento da OMS sobre a Década do Envelhecimento Saudável, diz respeito à gestão do "cuidado centrado na pessoa" e, consequentemente, na pessoa idosa. Na perspectiva do "cuidado centrado na pessoa", os valores dos indivíduos são investigados e, uma vez expressos, devem orientar todos os aspectos do seu cuidado à saúde. Ressalta-se que o "cuidado centrado na pessoa" só é alcançado por meio de um relacionamento dinâmico entre os indivíduos, outras pessoas que são importantes para eles e todos os provedores relevantes no cuidado (American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, 2016). Trabalhos mostram que essa é uma estratégia viável, mesmo em idosos mais vulneráveis e mais frágeis, pois leva em consideração as necessidades do idoso e seus cuidadores, o que inclui também a perspectiva do cuidado a partir do olhar do próprio idoso. (PARANHOS, 2017; MANSO, 2019)

Embora ainda se perceba que a sociedade Brasileira, diferente do que acontece em alguns países da Europa, Ásia e América do Norte, não está preparada para a rápida mudança no perfil populacional (CABRAL, 2013), já existem no nosso país políticas públicas que alinham diretrizes que valorizam a busca pela garantia da qualidade de vida como o *"Aging in Place"* e o cuidado centrado no idoso e no cuidador. Assim, o presente capítulo tem como objetivo apresentar e descrever o Programa Acompanhante de Idosos, estratégia pioneira implantada em 2008 na Capital do Estado de São Paulo e o Programa Maior Cuidado, iniciado em 2011 no município de Belo Horizonte do Estado de Minas Gerais.

Programa Acompanhante de Idoso (PAI) – Município de São Paulo

O Programa Acompanhante de Idosos (PAI) foi iniciado em 2004, através de projeto piloto realizado na região central da cidade de São Paulo e implantado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em 2008, sendo uma iniciativa pioneira de atendimento domiciliar às pessoas idosas com grau elevado de fragilidade, vulnerabilidade e negligenciados. Desde então, este Programa tem sido ampliado para outras regiões da Cidade de São, em decorrência dos resultados positivos, sobretudo para os idosos que moram sozinhos.

Ao garantir a acessibilidade e equidade na atenção às pessoas idosas com suas ações, o PAI propicia a reinserção no sistema e na sociedade dos idosos assistidos, estimulando ou resgatando a autonomia, diminuindo a dependência para o autocuidado e melhorando a qualidade de vida. (BERZINS, 2009; FERREIRA, 2014; MARCUCCI,2018)

Atualmente, o PAI possui 49 equipes responsáveis por cerca de 5.800 idosos (em média 100 a 120 idosos por equipe). A população atendida pelo programa apresenta predominância de mulheres (75%) e grande parte de longevos (46% com idade igual ou superior a 80 anos) com auto avaliação negativa de saúde. Dentre os agravos, encontra-se alta prevalência de déficit de acuidade visual, polifarmácia, relatos de problemas com memória e múltiplas morbidades. Estes idosos também apresentam dependência para as AVDs e vulnerabilidade variável com vínculos familiares fragilizados e rede de apoio insuficiente. (MARCUCCI, 2018; ANDRADE, 2020)

Definição:

*"É uma modalidade de cuidado domiciliar biopsicossocial a pessoas idosas em situação de fragilidade clínica e vulnerabilidade social, que disponibiliza a prestação dos serviços de profissionais da saúde e acompanhantes de idosos, para apoio e suporte nas Atividades de Vida Diárias (AVD) e para suprir outras necessidades de saúde e sociais" (*SMS, 2017).

Objetivo e diretrizes:

A equipe realiza ações de assistência integral com o objetivo de desenvolver autocuidado, buscando a manutenção ou melhoria da capacidade funcional e bem-estar e a integração às redes de suporte formais ou informais. Assim, esta promove a quebra do isolamento e exclusão social, evitando ou adiando a institucionalização, e auxilia na manutenção e resgate da qualidade de vida, autonomia e independência das pessoas atendidas. Para atingir os objetivos do programa, as equipes devem seguir as seguintes diretrizes conforme documento norteador (SMS, 2017):

- Assegurar o acesso da pessoa idosa frágil ao sistema de saúde e aos recursos da comunidade;
- Garantir a inclusão e o acompanhamento das pessoas idosas matriculadas na Unidade de Saúde de referência;
- Propiciar a inserção social da pessoa idosa atendida na comunidade e a sua participação social;
- Respeitar o espaço de moradia da pessoa idosa, bem como os seus pertences pessoais, móveis e utilidades domésticas;
- Incentivar a autonomia e a independência da pessoa idosa atendida;
- Desenvolver uma ética de respeito e dignidade aos valores humanos e, principalmente, do respeito à individualidade da pessoa idosa;
- Respeitar os valores, costumes e crenças da população atendida, incluindo a opção religiosa;

- Oferecer suporte técnico aos familiares da população atendida;
- Oferecer aos profissionais, que não tenham conhecimento em Gerontologia, a oportunidade de atualização permanente neste campo de conhecimento;
- Desenvolver as ações do Programa na perspectiva de intervenção através de equipe interdisciplinar, assegurando a especificidade de cada um dos participantes da equipe;
- Garantir o processo de educação permanente das equipes que desenvolvem as atividades, direta e indiretamente, com a população alvo do Programa;
- Realizar atividades que garantam acompanhamento, suporte e supervisão sistemáticos dos Acompanhantes de Idosos;
- Garantir a unicidade do Programa, levando em conta as especificidades locais e regionais.

Planejamento:

O foco do programa é o atendimento domiciliar e as equipes devem ser planejadas de modo a serem instaladas em local onde exista espaço físico suficiente para abrigar os profissionais nas reuniões e nos momentos em que há necessidade de realizar as anotações em prontuários ou para realização de alguma atividade coletiva e até mesmo individual. Dessa forma, as equipes estão instaladas preferencialmente em unidades básicas de saúde, sendo sua abrangência dependente do tempo de deslocamento dos profissionais, o qual não deve exceder em uma hora.

Para o funcionamento adequado das equipes, são necessários equipamentos de apoio à anamnese e ao exame físico e, também, insumos básicos para assistência (EPI). Todo material médico hospitalar necessário para continuidade dos tratamentos deve ser retirado na UBS de referência de cada usuário.

Recomenda-se que as equipes de PAI em um determinado território sejam parametrizadas de acordo com: o número de idosos atendidos por equipe (em geral, 120), a população idosa do território (PIT), a porcentagem de população idosa sem acesso a rede de saúde suplementar (PISS) e indicadores de fragilidade (PILF – proporção de idosos com limitação funcional para realizar as atividades de vida diária) e vulnerabilidade (IVSF – índice de vulnerabilidade sócio familiar) da população local. A fórmula utilizada no cálculo da quantidade de equipes está apresentada abaixo:

Quadro 1. Cálculo para parametrização de equipes do PAI

$$\text{Nº de equipes de PAI necessárias} = \frac{\text{PIT x PISS x IVSF X PILF}}{120}$$

Fonte: MARCUCCI, 2020

Equipe:

Cada equipe de PAI é composta por 17 profissionais com diferentes níveis de formação a saber: 1 assistente social, 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos ou auxiliares de enfermagem, 1 auxiliar administrativo, 1 motorista e 10 acompanhantes de idoso. Destaca-se que cada um desempenha papel específico na integração do plano de cuidado de cada idoso em atendimento. O quadro 2 apresenta de forma resumida as atividades dos profissionais integrantes da equipe.

Quadro 2. Atividades desempenhadas pelos profissionais integrantes da equipe de PAI.

Profissional	Atividades
Assistente Social	• Coordenação técnica de programa. • Supervisão das ações realizadas levando-se em conta as diretrizes e as necessidades sociais e sanitárias de seus usuários. • Realização da avaliação social. • Desenvolvimento do plano de ação para compor uma rede de apoio, utilizando-se dos recursos disponíveis no micro e macro território, seja através da integração aos serviços públicos ou da integração com os recursos disponibilizados na comunidade (rede de suporte formal e informal). • Supervisão permanente do plano de ação. • Avaliação da necessidade de reavaliação dos idosos (semestralmente ou quando necessário).
Médico e Profissionais de Enfermagem (Equipe de saúde)	• Desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. • Realização da avaliação clínica, monitoramento e reabilitação (sempre em integração com a rede de atenção à saúde conforme os fluxos e protocolos de encaminhamento vigentes e, sempre mantendo proximidade com a equipe da UBS e fazendo a interface com toda a rede de atenção à saúde).
Auxiliar Administrativo	• Desenvolvimento de tarefas de apoio. • Organização documental. • Realização de contato externo com a rede, usuários e familiares. • Realização de agendamento e regulação de vagas.
Motorista	• Transporte exclusivo dos idosos para compromissos externos como realização de exames ou consultas com especialistas. • Transporte de profissionais em territórios de alta periculosidade.
Acompanhante de Idosos	• Desenvolvimento ações diversas em atendimento domiciliares e externos (passeios, ida a supermercado, farmácia, benefício social, banco, atividades comunitárias e outras). • Desenvolvimento de ações de prevenção de agravos e promoção à saúde, respeitando os valores, as crenças e a privacidade da pessoa atendida e, também, de acordo com o plano de cuidados elaborado em equipe.

Fonte: SMS, 2016

Ressalta-se ainda outras atividades previstas para o grupo de profissionais integrantes de equipes de PAI:

- Atividades e procedimentos em conjunto com a equipe de saúde do programa e da UBS, promovendo a independência e autonomia do usuário (estímulo a participação e decisão nas atividades da vida diária);
- Atividades de bem-estar como oferecer companhia e apoio aos idosos usuários (escuta, conversas, atividades externas, de lazer e comunitária);
- Ajuda nos cuidados à saúde, como exercícios físicos e respiratórios, conforme orientação de profissional habilitado;
- Acompanhamento em consultas, exames, atividades de reabilitação, grupos terapêuticos e outras atividades relacionadas ao seguimento à saúde, quando necessário;
- Monitoramento do uso correto da medicação prescrita pelo médico, como também observar as datas de retornos às consultas;
- Ações no cuidado doméstico relacionados com a higiene ambiental e pessoal, quando necessário;
- Acionamento de ambulância (SAMU), em caso de emergência e urgência, independente da recusa do idoso ou familiar;
- Participar da articulação dos recursos existentes na comunidade para criação de rede de apoio ao usuário;
- Apoio e orientação aos cuidadores e/ou familiares na atenção à pessoa idosa, bem como observação sobre a ocorrência de violência e maus tratos.

Processo de trabalho da equipe de PAI:

A equipe da Atenção Básica (UBS) identifica os idosos a serem atendidos pelo programa e faz o encaminhamento conforme protocolo. Abaixo, pode ser observado o processo de trabalho e o fluxo do idoso desde o acesso até o desligamento (o Quadro 4 apresenta o resumo de todo o processo).

Acesso:

O encaminhamento dos idosos é feito pela UBS, após avaliação multidimensional da pessoa idosa e identificação dos critérios de inclusão no programa a saber:

- Dependência funcional nas Atividades da Vida Diária (AVD's) decorrentes de agravos à saúde e mobilidade reduzida;
- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde;
- Insuficiência no suporte familiar e social;
- Isolamento ou exclusão social; e
- Risco de institucionalização.

Ao receber o encaminhamento, a equipe de PAI fará o cadastro e avaliação inicial verificando a elegibilidade do idoso para inclusão ou não no programa.

A Avaliação Inicial (AI) compreende uma investigação detalhada com destaque para a aplicação do Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI), instrumento gráfico que identifica os relacionamentos significativos, delimitando o suporte social do idoso (Domingues, 2011). A partir da análise da AI, a equipe avalia a pertinência ou não da inclusão do idoso no Programa.

Caso a elegibilidade do idoso não seja constatada, ou seja, as necessidades do idoso não se apliquem às diretrizes do programa, a UBS é acionada e matriciada pela equipe de PAI para dar prosseguimento ao atendimento do usuário. Porém, ao constatar a pertinência da inclusão no programa e, obviamente, havendo a concordância e aceitação do idoso ou responsável, a equipe dará andamento à elaboração do plano de cuidados, aplicando avaliações complementares.

A admissão compreende a orientação sobre as diretrizes do programa, o consentimento do idoso ou responsável e a avaliação da complexidade situacional (ACS) do ingressante. A ACS é um instrumento composto que identifica a fragilidade e vulnerabilidade do idoso determinando as classificações: grau dependência para realização das AVDs (Atividades de Vida Diária Básicas, Instrumentais e Avançadas), avaliação da necessidade de suporte social e da autonomia. Os resultados das avaliações e suas classificações são discutidos pela equipe e darão subsídio para definição do plano de cuidados. (SMS, 2016)

Quadro 3. Classificações usadas na construção do plano de cuidados no PAI

AMPI-AB	Avaliação da Complexidade Situacional (ACS)					Plano de Cuidados
	Dependência AVD	Suporte Social	Autonomia	Final ACS		
Saudável	Independência	Total	Total	Baixa Complexidade		Simples
Pré-frágil	Dep. Leve	Parcial	Parcial	Média complexidade		Intermediário
Frágil	Dep. Moderada	Sem suporte	Sem autonomia	Alta Complexidade		Complexo
***	Dep. Grave	***	***	***		***

Fonte: PMSP/SMS, 2016

Plano de Cuidados:

O plano de cuidados (PC) é definido a partir da reunião de equipe que analisa: fragilidade, vulnerabilidade, especificidade das avaliações, necessidades e desejos relatados pelos próprios idosos e familiares, resgate da autoestima e pertencimento, determinando:

- Frequência das visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da equipe;
- Planejamento da equipe de saúde que inclui a inserção ou reinserção no SUS, apoio da rede de atenção à saúde (RAS) para manutenção da saúde, reabilitação física, suporte de saúde mental, atendimento de saúde bucal, entre outros;
- Planejamento do Serviço Social como regularização de documentação pessoal, registro no SUAS (Cad Único), recuperação econômica (regularização da previdência social, inscrição para o benefício de prestação continuada – BPC ou mesmo geração de renda), recuperação de vínculos familiares;
- Ações desempenhadas pelos Acompanhantes de Idosos (ACI) e que estão relacionadas à realização das AVDs, atividade física/lazer, espiritualidade e necessidades básicas considerando o grau de dependência de cada idoso (orientação, monitoramento ou auxílio);
- Atividades externas relacionadas a cuidados de saúde, sociais, lazer e espiritualidade;
- Ações para inserção (ou reinserção) social como atividades em grupo na comunidade, nos serviços de saúde, centros de convivência e templos religiosos;
- Ações integradas para fortalecimento da rede de apoio com participação de outros setores da RAS, como a vigilância sanitária, outros setores das políticas públicas e sociedade civil buscando adequação da moradia, recursos de alimentação e apoio para os cuidados necessários.

O plano de cuidados é estabelecido pela equipe do programa, com a participação do próprio idoso, cuidador ou família (na medida do possível). As avaliações são renovadas semestralmente ou a cada mudança significativa nas condições do idoso.

A classificação do plano de cuidados em simples, intermediário e complexo determina que o ACI faça uma, duas, três ou até mais visitas domiciliares semanais, com agendamento de atividades externas quando necessário. Pode ocorrer a necessidade de alteração do número de atendimentos semanais, o que será definido nas reuniões de equipe que avaliam frequentemente a resposta aos cuidados planejados, adequando-os se necessário.

Desligamento:

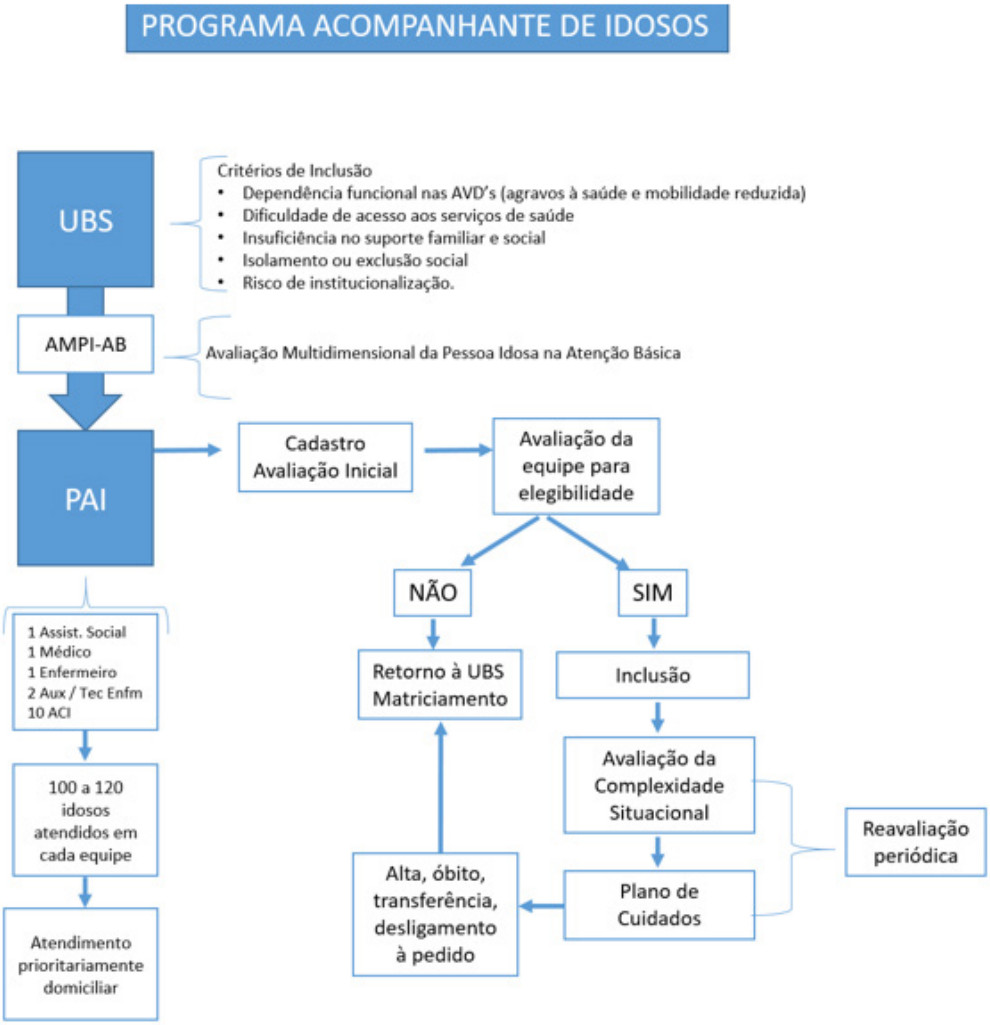
O desligamento do programa pode ocorrer por óbito, transferência (mudança de endereço ou institucionalização), a pedido do paciente ou familiar e alta. Com exceção do óbito, todos os demais casos devem ser feitos paulatinamente, integrando a UBS de referência como uma forma de garantir a continuidade do cuidado.

Considerações sobre a atuação do PAI:

O PAI é um programa que atende às políticas públicas de proteção à pessoa idosa, promove assistência integral individualizada, centrada na pessoa idosa, por meio do atendimento domiciliar, promovendo a reinserção social, evitando a institucionalização, resgatando autoestima, dignidade e melhorando a qualidade de vida dos idosos. (BERZINS, 2009; PARANHOS, 2017; MARCUCCI,2018)

Ao longo desses anos de atuação do programa, as equipes acumularam grande número de experiências que transformaram vidas positivamente, o que nos dá a certeza da assertividade dessa estratégia como modelo de cuidado continuado e centrado na pessoa, propiciando a oportunidade de permanência do idoso em seu meio.

Quadro 4. Fluxo de atendimento do Programa Acompanhante de Idosos



Fonte: PMSP/SMS, 2016

Programa Maior Cuidado: uma alternativa possível e necessária para o cuidado a pessoas idosas

(município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais)

Karla Cristina Giacomin

Desde 2011, Belo Horizonte tem executado um esquema inovador de apoio a idosos dependentes de cuidados em comunidades carentes: o Programa Maior Cuidado (PMC). (BELO HORIZONTE, 2018). Preocupado com a capacidade limitada de cuidados pelas famílias e pela evidência do rápido crescimento do número de idosos dependentes de cuidados que vivem em bairros pobres, o município desenvolveu um novo modelo de saúde e assistência social de base comunitária para estes idosos (SARTINI e CORREIA, 2012). Ele destina-se ao atendimento domiciliar de idosos semidependentes e dependentes que se encontram em contexto de vulnerabilidade e risco social, residentes nas áreas de abrangência dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). O grau de dependência é avaliado baseado na Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005 (Regulamento Técnico).

As pessoas idosas acompanhadas pelo PMC vivenciam vulnerabilidades que envolvem características do território, fragilidades ou carências das próprias famílias. (BARBOSA, 2019). Assim, são objetivos do Programa: fortalecer a função protetiva da família; promover a garantia de direitos e a inclusão social; desenvolver e manter a autonomia da pessoa idosa, sua qualidade de vida e a da sua família; além de prevenir situações de risco que levem ao rompimento de vínculos familiares e sociais, exclusão, isolamento e institucionalização. Considerando como principais causas da institucionalização de idosos: a dependência funcional, as doenças psiquiátricas, a negligência, o despreparo para o cuidado e até a ausência de família, o atendimento domiciliar com enfoque no fortalecimento da função protetiva da família e humanização do cuidado podem contribuir reduzir o risco de institucionalização (BARBOSA, 2019; SARTINI; CORREIA, 2012).

Além disso, o PMC apresenta uma série de características que o diferenciam de outros programas comunitários de saúde e assistência social para idosos:

a) Desde o seu início, ele é totalmente financiado pelo Tesouro Municipal e administrado em uma parceria intersetorial, sendo desenvolvido em conjunto pelas secretarias municipais de saúde e de assistência social;
b) Sua filosofia chave é considerar as circunstâncias mais amplas dos idosos e suas famílias; não apenas a saúde e o estado funcional da pessoa idosa. Isso é especialmente relevante nas comunidades onde o PMC opera, onde muitas famílias enfrentam vários problemas e privações que comprometem as chances de os idosos obterem cuidados domiciliares de boa qualidade;

c) As famílias participantes recebem apoio de cuidadores treinados do PMC, que são recrutados em comunidades semelhantes e recebem um salário básico. Os cuidadores do PMC trabalham 40 horas por semana, cuidando de até 5 pessoas idosas diferentes. Cada família recebe entre 10 e 40 horas de apoio de cuidados por semana, dependendo do nível de necessidade da pessoa idosa e da situação da família. Os cuidadores do PMC têm uniforme e são supervisionados conjuntamente por funcionários dos CSe dos CRAS. As equipes dos centros de saúde (CS) e de referência da assistência social (CRAS) se reúnem mensalmente para a triagem de novos participantes poenciais e para a revisão dos casos existentes junto aos cuidadores que os acompanham.

O PMC foi inicialmente implantado em uma seleção de bairros mais pobres de Belo Horizonte, cobrindo as áreas de 28 CRAS correspondentes a 53 CS, empregando 130 cuidadores do PMC (principalmente mulheres) e alcançando 550 famílias. Entre 2011 e 2018, o número de famílias PMC aumentou, chegando a 735. Em 2019, o Programa foi ampliado para cobrir os 34 CRAS do município, correspondendo a 75 CS, com a participação de 167 cuidadores. Porém, com a pandemia da Covid-19, o PMC foi reconfigurado tendo em vista a determinação de teletrabalho dos funcionários dos CRAS. Buscando limitar o risco de contágio, inicialmente, foram selecionadas as famílias com idosos mais vulneráveis. Os cuidadores foram direcionados a cuidar de apenas um idoso por turno para evitar o trânsito de um domicílio para outro. Por sua vez, as famílias que não continuaram recebendo o cuidado presencial permaneceram sendo telemonitoradas pelos supervisores do PMC. Isso possibilitou que o PMC permanecesse ativo e até o presente não houve nenhum óbito por Covid nem entre os idosos nem entre os cuidadores do PMC.

As principais causas de desligamento do Programa são: o óbito da pessoa cuidada, a mudança de território fora das áreas de abrangência do programa ou ainda a retomada dos cuidados de suas famílias ou, mais excepcionalmente, sua entrada em uma instituição de longa permanência dos idosos (AREDES *et al.*, 2019).

Não se espera que os cuidadores do PMC substituam completamente a responsabilidade pelo cuidado familiar para com os parentes dependentes. Em vez disso, a proposta visa oferecer aos cuidadores primários alguma pausa do que costuma ser uma atividade exaustiva 24 horas por dia, 7 dias por semana. Ao mesmo tempo, espera-se que os cuidadores do PMC trabalhem junto aos membros da família para desenvolver habilidades e competências de cuidado. O cuidador do PMC, a família e a pessoa idosa participam de um plano de cuidados periodicamente atualizado. Além de fornecer apoio em tarefas cotidianas, os cuidadores do PMC monitoram a situação da pessoa idosa e informam as revisões de caso em reuniões intersetoriais. Isso deixa claro que, "quando uma família com alguma pessoa idosa em risco for iden-

tificada, deveriam ser pensadas estratégias para potencializar os recursos das diferentes políticas envolvidas. Nesse sentido, a interação entre usuários e serviços também pode proporcionar uma melhor compreensão acerca dos problemas a serem enfrentados. Os programas de educação e planejamento serão mais efetivos se levarem em conta as formas de pensar e agir das populações junto às quais se pretende intervir. (GIACOMIN, 2016, p. 605)

Para isso, é fundamental a efetivação da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1996; 1994) e de todas as estruturas de cuidado, não apenas na velhice, mas ao longo de todo o ciclo da vida, por meio de uma política de Estado de cuidados continuados.

Considerações Finais

O envelhecimento populacional, a situação em que se encontra a sociedade brasileira, com dificuldades econômicas crescentes e precarização das políticas sociais (sobretudo a política previdenciária), e a mudança no perfil das famílias, nos trazem a necessidade urgente de implantação de políticas públicas que incluam o cuidado continuado e prolongado. É de extrema importância que este suporte seja oferecido no âmbito nacional, visto os índices crescentes de fragilidade e vulnerabilidade nas faixas etárias mais velhas.

Assim, é necessário que a sociedade civil se organize, participando dos processos decisórios e determinando a prioridade de atenção integral à população idosa, para assegurar aos idosos brasileiros dignidade e qualidade de vida até a finitude.

O Programa Acompanhante de Idosos e o Programa Melhor Cuidado são exemplos de estratégias de sucesso, mas que carecem de reconhecimento como política pública federal. A partir deste reconhecimento e, consequentemente, do financiamento com recursos federais, será possível ampliar e garantir a continuidade da assistência, implementando outras estratégias que possibilitem o acolhimento quando não há mais possibilidade de permanência da pessoa idosa em domicílio e quando a institucionalização não é uma escolha possível e/ou desejável.

Referências bibliográficas

1. ANDRADE, Suzana Carvalho Vaz de ***et al***. Perfil de saúde dos idosos assistidos pelo Programa Acompanhante de Idosos na Rede de Atenção à Saúde do Município de São Paulo. **Journal Einstein**, v. 18, n. eAO5263, 30 mar 2020. Disponível em: DOI: 10.31744/einstein_journal/2020AO5263. Acesso em: 8 abr. 2021.
2. AREDES, Janaína S. Relatório de Pesquisa. "Melhorando a efetividade e a eficiência dos serviços de cuidados sociais e de saúde para idosos". **MRC/FAPEMIG/NESP E-Fiocruz**, Minas Gerais, 2020.

3. American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. J Am Geriatr Soc. v. 64, n. 1, p. 15-8, 2016. Disponível em: https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.13866. Acesso em: 14 abril. 2021.
4. BARBOSA, Danielle C. A. **POLÍTICAS PÚBLICAS E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: análise do Programa Maior Cuidado em Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2019. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte.
5. BELO HORIZONTE. Programa Maior Cuidado inova em atendimento aos idosos da capital. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=45805&pIdPlc=&app=salanoticias Acesso em: 10 jul. 2018.
6. BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva; PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Programa Acompanhante de Idosos. **Boletim Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 47, p. 54-56, abril 2009. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2009/sms-8637/sms-8637-5125.pdf. Acesso em: 13 abr. 2021.
7. BRASIL/ANVISA. Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento Técnico - que define as normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. DF.
8. BRASIL. Decreto no 1.948, de 03 de julho de 1996. Regulamenta a Lei no 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. DF, 03 de julho de 1996.
9. BRASIL. Lei no 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências, de 04 de janeiro de 1994. **Diário Oficial da União**. DF, 05 de janeiro de 1994.
10. BRIMM, Brianna; FROMHOLD, Stacy; BLANEY, Shannon. Older Adults' Self-Reported Barriers to Aging in Place. **Journal of Applied Gerontology**, EUA, v. 39, n. 9, p. 1016-1024, 01/ fev/ 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1177%2F0733464820988800. Acesso em: 8 abr. 2021.
11. CABRAL, Rômulo Wanderley Silva et al. Fatores sociais e melhoria da qualidade de vida dos idosos: revisão sistemática. **Revista de Enfermagem UFPE**, Pernambuco, v. 7, n. 5, 2013. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11630/13698. Acesso em: 15 fev. 2021.
12. CDC - Center for Disease Control - Healthy Places Terminology, EUA, 2009. Disponível em: https://www.cdc.gov/healthyplaces/terminology.htm. Acesso em: 3 abr. 2021.
13. CDN/OMS - Decade of Healthy Ageing, abril 2020. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true. Acesso em: 8 abr. 2021.
14. DOMINGUES, Marisa Accioly Rodrigues ***et al***. Mapa Mínimo de Relações do Idoso: análise de reprodutibilidade. **Revista Kairós de Gerontologia**, São Paulo, v. 14, n. 6, p. 153, dezembro 2011. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/11705/8428. Acesso em: 27 mar. 2021.

15. FERREIRA, Fernanda Pretti Chalet; BANSI, Luciana Orui; PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. **Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 911-926, out/dez 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13053. Acesso em: 3 fev. 2021.

16. FORSYTH, Ann; MOLINSKY, Jennifer. What Is Aging in Place? Confusions and Contradictions. . **Housing Policy Debate**, EUA, p. 181-196, 14 abril 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1080/10511482.2020.1793795. Acesso em: 7 abr. 2021.

17. FUXTER, Valentin. Changing Demographics: A New Approach to Global Health Care Due to the Aging Population. **j Am Coll Cardio**, EUA, v. 69, n. 24, p. 3002-05, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.05.013. Acesso em: 8 abr. 2021.

18. GIACOMIN, Karla C.. Considerações Finais. In: Política Nacional do Idoso: Velhas e novas questões. **IPEA**, p. 591, 2016.

19. KENDIG, Hal et al. Preferences and Predictors of Aging in Place: Longitudinal Evidence from Melbourne, Australia. **Journal of Housing for the Elderly**, p. 259-271, 02 março 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1080/02763893.2017.1280582. Acesso em: 8 abr. 2021.

20. MARCUCCI, Rosa Maria Bruno et al. Programa acompanhante de idosos: perfil dos idosos e de atendimentos - SMS/PMSP/2017: resumo apresentado do Congresso Intersidisciplinar de Assistência Domiciliar, 2017. **Revista Brasileira de Atenção Domiciliar**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 71, 2018. ISSN 2446-841X. Disponível em: https://ciad.com.br/revista_ciad.php?ano=2018. Acesso em: 4 fev. 2021.

21. MARCUCCI, Rosa Maria Bruno. **Programa Acompanhante de Idosos - Proposta de parametrização do número de equipes no território**. São Paulo, 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão de Saúde da Pessoa Idosa) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1122793/revisado-para-bvs-tcc-final-rosa-marcucci.pdf. Acesso em: 2 fev. 2021.

22. NEUMANN, Lycia Tramujas Vasaconcellos; ALBERT, Steven M. Aging in Brazil. **The Gerontologist**, Reino Unido, v. 58, n. 4, p. 611-617, outubro 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1093/geront/gny019. Acesso em: 13 abr. 2021.

23. OMS. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. **OMS**, EUA, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=269B13197EEB15B5DBB98E6FD3FA907E?sequence=1. Acesso em: 9 jan. 2021.

24. PARANHOS, Denise Gonçalves de Araújo Mello ; OLIVEIRA, Aline Albuquerque Sant'Anna. O modelo de cuidado centrado no paciente sob a perspectiva do paciente idoso. **Cadernos Ibero-americanos de Políticas Públicas** , v. 7, n. 2,

p. 95-109, abril 2018. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/485. Acesso em: 1 abr. 2021.

25. PARANHOS, Denise M; ALBUQUERQUE, Aline; GRRAFA, Volnei. Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 6, outubro 2017. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/sausoc/2017.v26n4/932-942/#. Acesso em: 2 abr. 2021.
26. PMSP, SMS. Documento Norteador: Programa Acompanhante de Idosos. **Documento Norteador: Programa Acompanhante de Idosos**, São Paulo, 2016. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2016/sms-12107/sms-12107-9278.pdf. Acesso em: 1 fev. 2021.
27. SARTINI, Cristina M.; CORREIA, Arlene M. Programa Maior Cuidado: qualificando humanizando o cuidado. **Revista Pensar**, Belo Horizonte, v. 31, 2012.

Visitas domiciliares realizadas pela Pastoral da Pessoa Idosa por meio do voluntariado

Dom José Antônio Peruzzo, Áurea Soares Barroso e Irmã Terezinha Tortelli.

Este é um relato de experiência e tem por objetivo apresentar sucintamente o trabalho realizado pela Pastoral da Pessoa Idosa, instituição vinculada à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) que acompanha mensalmente aproximadamente 170 mil pessoas idosas em suas residências, por meio de visitas domiciliares realizadas por 25 mil líderes voluntários.

A Pastoral da Pessoa Idosa foi fundada em 2004, contudo, sua história começou muito antes, quando dentro do trabalho realizado pela Pastoral da Criança – que teve seu início em 1983, percebeu-se que o perfil demográfico da sociedade brasileira estava se modificando, evidenciando a presença cada vez maior de pessoas com idades avançadas. Dra. Zilda Arns Neumann, que fundou as duas Pastorais, decidiu iniciar um programa de acompanhamento às pessoas idosas através de visitas domiciliares, iniciando essa nova atividade em 1994.

Por se tratar de um programa dentro da Pastoral da Criança, seguia o mesmo método, ou seja, acompanhar as pessoas idosas através de visita domiciliar. No início foram capacitados os mesmos voluntários que já faziam a visita para acompanhar as crianças e as gestantes – foco da Pastoral da Criança, para, aproveitando a mesma visita, fazer também o acompanhamento das pessoas idosas que residiam nas mesmas casas, que eram geralmente os avós das crianças acompanhadas.

Evolução histórica

Em 1999 celebrava-se o Ano Internacional do Idoso, promovido pela ONU - Organização da Nações Unidas, e o Papa daquela época, João Paulo II, para marcar essa celebração da ONU, escreveu a Carta aos Anciãos. Aproveitando essa ocasião, foi formulado um pedido à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB, para dedicar uma Campanha da Fraternidade (CF) à temática do envelhecimento. Diante da mobilização popular e do recebimento de grande quantidade de abaixo-assinados com essa reinvindicação, a CNBB atendeu ao pedido e, em 2003 lançou a CF com o tema: "Fraternidade e as Pessoas Idosas", e o lema: "Vida, Dignidade e Esperança".

No ano de 2004, durante a Assembleia Geral da CNBB, os Bispos aprovaram a proposta de iniciar uma pastoral que se dedicasse às pessoas idosas. Para organizar, implantar e acompanhar esse processo, foram indicados Dom Aloysio José Leal Pena, como Bispo referencial, e Dra. Zilda

Arns Neumann, como Coordenadora Nacional, que, por sua vez, indicaram a Ir.Terezinha Tortelli como Secretária Nacional. A indicação desses nomes foi em função de que essas pessoas já vinham acompanhando o programa voltado às pessoas idosas, dentro da Pastoral da Criança.

Imediatamente após a Assembleia dos Bispos, foi lançada uma consulta a todas as dioceses do Brasil para identificar em quais já havia algum trabalho pastoral voltado às pessoas idosas. Uma vez conhecidos os resultados dessa consulta, convocou-se a Assembleia de Fundação dessa nova pastoral. Participaram da mesma, pessoas de 14 Estados, vindas das dioceses que responderam à consulta e que haviam apresentado um trabalho pastoral relativo à temática do envelhecimento. Essa Assembleia aconteceu nos dias 3 a 5 de novembro de 2004, com aprovação dos Estatutos e definição do nome PASTORAL DA PESSOA IDOSA - PPI, sendo o dia 5 de novembro de 2004 a data oficial de fundação.

As discussões na definição do NOME dessa nova pastoral, foram: não defini-la por uma faixa etária, por exemplo, terceira idade. Primeiro, que estaria numa forma impessoal; e segundo, que com o avanço da expectativa de vida, previa-se que não demoraria a serem introduzidas outras faixas de idade: quarta idade, quinta... e mais. E outra discussão acalorada, foi a de não chamá-la de pastoral do idoso, porque dizia-se, estaria se excluindo o lado feminino, a idosa. Assim, definiu-se pelo nome: **Pastoral da Pessoa Idosa**. Com realce na palavra PESSOA.

Interessante notar que nessa época já existia a Política Nacional do Idoso, o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, o Estatuto do Idoso. E passados alguns anos, exatamente no ano de 2006, por ocasião da realização da I Conferência Nacional, seria chamada de I Conferência Nacional dos Direitos do Idoso. Mas, por influência e persistência da representante da Pastoral da Pessoa Idosa no CNDI, que na ocasião estava como conselheira titular a Irmã Terezinha Tortelli, convenceu a que fosse adotado o nome de I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa – CNDPI. E assim se sucederam outras Conferências Nacionais, sempre considerando a Pessoa Idosa. Pode parecer um detalhe pequeno essa questão do nome, mas para nós da PPI, traz a grande importância da valorização, da consideração, do respeito, da inclusão, do resgate da dignidade do aspecto feminino do envelhecimento.

Continuando na linha do tempo, já no início de 2005 foi convocado um grupo de pessoas, representando todas as regiões do Brasil: sul, sudeste, centro oeste, norte e nordeste, com formação na área do envelhecimento, para traçar as linhas mestras da Pastoral e pensar estratégias de implantação e de expansão dessa nova pastoral. Pois agora se tratava de um novo Organismo, uma nova Pastoral, e não mais um programa dentro de outra Pastoral. Por isso era necessário investir na formação de voluntários que

pudessem assumir o acompanhamento das pessoas idosas, independe daqueles que já assumiam o acompanhamento de crianças e gestantes, na Pastoral a Criança. Manteve-se a mesma metodologia que já vinha sendo utilizada desde 1994 no programa supra citado.

Assim define-se a metodologia da PPI: formação de voluntários, chamados de Líderes comunitários, para fazerem o acompanhamento mensal às pessoas idosas através da visita domiciliar. Nesta visita dá-se a socialização do conhecimento, ou seja, as orientações que o Líder comunitários recebe na capacitação, este torna-se um multiplicador, partilhando com as pessoas idosas que esta visita, e desta forma, atingindo não apenas as pessoas idosas, mas toda a família que com elas convive. A temática da formação dos Líderes abrange a área da saúde, social e direitos. Além disso, estabelecem-se laços de solidariedade entre as famílias vizinhas e a comunidade.

Com este mesmo começo da Pastoral da Pessoa Idosa, coincidia o agravamento do estado de saúde do Papa João Paulo II, cuja influência havia sido decisiva desde a sua Carta aos Anciãos, em 1999. Nesta, ele colocava-se como um ancião falando aos seus coetâneos ou contemporâneos. E no início de 2005, já bem debilitado, escreveu num texto preparatório ao tempo quaresmal daquele ano: *"Que cada comunidade acompanhe com uma compreensão amorosa todos os que envelhecem"*. O seu falecimento aconteceu nos primeiros dias do mês de abril de 2005. Por isso, para a Pastoral da Pessoa Idosa, recém-fundada, essa frase soou como um pedido do Papa ancião. E serviu de grande motivação, assim que essa frase tornou-se a missão da PPI: não parar enquanto houver uma comunidade do Brasil sem ser acompanhada pela Pastoral da Pessoa Idosa.

Em 2020, passados 16 anos de sua fundação a Pastoral da Pessoa Idosa acompanha mensalmente cerca de 170.000 (cento e setenta mil) pessoas idosas, através de 25.000 (vinte e cinco mil) líderes comunitários, estando presente em mais de 1.000 (mil) Municípios em todos os Estados brasileiros.

Metodologia

O método de trabalho da Pastoral da Pessoa Idosa baseia-se na Palavra de Deus, no Evangelho de Marcos 6,34–44, a descrição da multiplicação dos pães e dos peixes. Neste texto percebe-se uma sequência de passos utilizados por Jesus e nos quais a PPI se inspira no seu dia a dia. Os passos são: Ver – Julgar – Agir – Avaliar - Celebrar.

VER: ao sair da barca, Jesus viu uma grande multidão e teve compaixão. O Líder comunitário da PPI, ao chegar numa nova comunidade, vê a realidade em que vive a pessoa idosa em seu contexto familiar, comunitário, sócio assistencial. Muitas vezes têm os mesmos sentimentos de Jesus: compaixão, por ver tantas carências vividas por nossas pessoas idosas.

JULGAR: não quer dizer tecer um julgamento, muito pelo contrário, é buscar uma iluminação, olhar ao redor e ver quais possibilidades de solução para cada problema encontrado. Assim como fez Jesus junto àquela multidão que, após uma longa jornada e chegando o anoitecer, não quis despedir aquela gente sem dar-lhe de comer. Provocou os seus discípulos a ir ver o que tinham para saciar a fome das pessoas. Esse "vão ver", significa quais recursos temos¿ É inteirar-se e buscar conhecer os serviços que estão disponíveis na comunidade para dar suporte às necessidades da pessoa idosa visitada. E iluminado pela Palavra de Deus, procura compreender cada situação antes de agir.

AGIR: Jesus pediu que a multidão se organizasse em grupos de 100 e de 50 e se sentassem. Jesus nos ensina que para qualquer atividade é necessário organização, caso contrário pode virar uma bagunça. Seguindo esse passo no método de Jesus, a PPI quando chega num novo local para a implantação ou mesmo para a expansão onde já estiver presente, primeiro faz o reconhecimento da área. Calcula quantos voluntários são necessários para esse tamanho de comunidade. Quantas quadras, ruas, becos, conjuntos etc. A ação concreta para a PPI se traduz na visita domiciliar mensal, de forma sistemática e contínua.

CELEBRAR: Jesus tomou os 5 pães e os 2 peixes que lhe haviam sido apresentados, ergueu os olhos ao céu, abençoou-os, deu-os aos seus discípulos e estes os distribuíram às pessoas, nos grupos que se haviam organizado. O celebrar para a PPI, acontece em muitos momentos, mas de maneira especial na reunião mensal, que se dá entre os Líderes comunitários de cada comunidade. Ali celebram-se as conquistas, os avanços, os resultados e também os aniversários de cada um dos Líderes que faz parte desta comunidade.

AVALIAR: Após todos terem sido servidos, comerem e ficarem saciados, Jesus pediu aos discípulos que recolhessem os pedaços dos pães e peixes que haviam sobrado. Esse é um detalhe que não passa despercebido para a PPI. A avaliação se dá a cada mês na comunidade, onde os Líderes comunitários, em uma reunião para reflexão e avaliação das atividades desenvolvidas no mês anterior, elaboram a FADOPI - Folha de Acompanhamento Domiciliar da Pessoa Idosa, como a recolher o resultado. A FADOPI, elaborada e enviada à Sede Nacional todos os meses, alimenta o Sistema de Informação da PPI.

Este método é dinâmico porque concluída a missão de um mês, novamente o Líder comunitário revê a realidade, busca compreender as novas situações, procura novas estratégias de ação, reavalia e volta a celebrar as conquistas; mantém-se atento e articulado, participando do controle social, sempre com o foco na construção da rede local de apoio às pessoas idosas daquela comunidade.

As capacitações são contínuas e a Pastoral da Pessoa Idosa possui material didático próprio de capacitação. São reunidos grupos de pessoas interessadas

em serem voluntárias e as mesmas passam por capacitação antes de se tornarem Líderes comunitários em sua própria comunidade. Cada Líder comunitário acompanha a uma média de 8 a 10 pessoas idosas e as mantém registradas num caderno específico, chamado Caderno do Líder comunitário.

Todos os dados e indicadores colhidos na visita domiciliar são enviados para a sede nacional da Instituição que fica em Curitiba – Paraná – Brasil, para serem inseridos no sistema de informação próprio da instituição. O mesmo gera relatórios onde é possível observar, por exemplo, a diminuição de quedas da pessoa idosa com o passar dos meses de acompanhaento, isso porque a pessoa visitada recebe orientações sobre a prevenção de quedas, evitando internamentos, uso prolongado de medicamentos, uso de órteses e próteses, dentre outros fatores de agravamento, como ficar acamada e dependente. Os detalhes sobre implementação da metodologia podem ser consultados em www.ppi.org.br.

A hierarquia para melhor divisão dos trabalhos fica estabelecida em Presidência, Coordenação Nacional, Coordenações Estaduais, Diocesanas e Paroquiais. Os Líderes comunitários estão na base e são considerados os mais importantes dentro de toda a organização. Pois são eles que estão com a mão na massa. São eles que detém o conhecimento da realidade, os que entram em contato com as pessoas idosas, os que presenciam as situações tantas vezes cruéis, de abandono, de descaso, de isolamento, de exploração, de maus tratos... e são eles que, apoiados pelos seus coordenadores paroquiais, buscam as soluções, os encaminhamentos para cada caso. Os trabalhos administrativos são realizados por uma equipe centralizada na sede nacional.

Direitos Conquistados - linha do tempo

No Brasil, até os anos 1960, os idosos sem ou com poucos recursos econômicos para assegurarem sua sobrevivência, e que não contavam com o apoio de seus familiares, recebiam atenção e cuidados, principalmente, de religiosos, entre os quais, por exemplo, os vicentinos. Nas últimas décadas, surgiram serviços e profissionais interessados em estudar e pesquisar a saúde do idoso e desenvolver atividades nas áreas socioeducativa, cultural e de lazer com o público idoso, procurando dar um significado mais positivo à velhice.

O surgimento de leis importantes para os idosos, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, na década de 1990 e começo dos anos 2000, não aconteceu por acaso. Diversos fatores contribuíram neste sentido, entre os quais o aumento do número significativo de pessoas idosas, ou seja, o segmento conseguiu maior visibilidade.

Em1994 foi aprovada a Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada pelo Decreto nº. 1948 de 1996, que define princípios e diretrizes que asseguram os direitos sociais das pessoas idosas e as condições para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade. Em 2003, foi sancionada

a Lei n.10.741 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, regulamenta uma série de direitos, como o direito à vida, à saúde, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, à assistência e previdência social, à habitação e transporte. E coloca a proteção social à velhice como um direito fundamental.

A Política Nacional de Saúde do Idoso foi revisada pela Portaria nº 2.528/2006, reafirmando os princípios da Política Nacional do Idoso no âmbito do SUS - Sistema Único de Saúde. As suas principais diretrizes são: promoção do envelhecimento saudável; manutenção da autonomia e da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde da pessoa idosa; reabilitação da capacidade funcional comprometida; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

Não resta dúvida de que iniciativas importantes foram empreendidas no sentido de melhorar as condições de vida da população idosa. O Benefício de Prestação Continuada - BPC, da Assistência Social é um exemplo disso. É o benefício de um salário mínimo mensal pago às pessoas idosas com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais de idade, que não dispõe de outra aposentadoria ou outra fonte, conforme o estabelecido no artigo 34 do Estatuto do Idoso. Estudos mostram que há muitos ganhos na vida das pessoas idosas, das famílias e até mesmo na comunidade, a partir da concessão desse benefício.

Apesar das dificuldades enfrentadas por uma parcela enorme de pessoas idosas fragilizadas e que vivem com baixos recursos econômicos, observamos que houve avanços nas últimas décadas. O segmento das pessoas idosas tem despertado interesse de um número crescente de profissionais. Esta aproximação tem lhe proporcionado ganhos, quando o idoso é acompanhado por toda a rede de serviços; a pessoa idosa se sente mais fortalecida emocionalmente, descobre novas possibilidades de vivenciar o seu próprio envelhecer.

É evidente que há muito a ser conquistado pelas pessoas idosas e a sua participação é fundamental para efetivação de direitos, pois, como nos ensina Bobbio (2004), os direitos humanos não nascem todos de uma vez e nem de uma vez por todas. Assim, com tantas conquistas, continuamos caminhando juntos, na garantia do envelhecimento digno, como Líderes da Pastoral da Pessoa Idosa.

Ao longo da história, percebe-se que as pessoas idosas eram respeitadas e valorizadas nos grupos ou comunidade, que atribuíam importância à história do seu povo e da possibilidade de transmiti-lo para as próximas gerações. As pessoas idosas tinham a função de manter vivas as tradições, as crenças, os costumes e os valores dos seus antepassados. Atualmente também há famílias que valorizam a convivência amorosa entre avós e netos, a troca entre gerações. Mas às vezes as pessoas idosas são desrespeitadas, sofrem maus tratos. Nessa situação é preciso que as pessoas idosas e os Líderes da PPI procurem orientação de profissionais da Assistência Social, da

Defensoria Pública, da Promotoria Pública e de outros serviços e órgãos que protegem os direitos das pessoas mais vulnerabilizadas.

À medida que se envelhece, instalam-se as dependências e as limitações, fazendo com que as pessoas idosas necessitem de apoio. E a família é o primeiro núcleo de apoio para as necessidades surgidas e/ou intensificadas com o envelhecimento. A comunidade, através dos vizinhos, também é outro forte ponto de apoio, desde que se estabeleçam vínculos de solidariedade entre as famílias. Os serviços públicos como o SUS - Sistema Único de Saúde; o SUAS – Sistema Único de Assistência Social, com os seus serviços: o CRAS - Centro de Referência da Assistência Social e o CREAS - Centro de Referência Especializado em Assistência Social, são os serviços básicos que fazem parte da rede de apoio e com eles temos de estar articulados e estabelecer parcerias.

No Brasil, como em quase todo o mundo, a mulher vive em média sete anos a mais do que o homem e é comum que, por uma questão cultural, exista um grande número de mulheres cuidadoras; são filhas, sobrinhas, netas, noras e esposas que se dedicam, parcial ou integralmente a cuidar das pessoas idosas, destinando para isso, parte dos seus dias, do seu tempo, ou a quase totalidade dele. Por isso, é fundamental que ao visitar as pessoas idosas dependentes, o Líder da PPI tenha sempre um olhar misericordioso tanto para a pessoa idosa como para quem cuida dela. Essa atitude fortalece a família e serve de estímulo para que continue cuidando com todo o carinho e paciência de quem necessita dela.

A visita domiciliar realizada pela Pastoral da Pessoa Idosa

A visita domiciliar pastoral permite muitas vezes fortalecer os vínculos familiares, prevenir a institucionalização, fazer uma ponte entre a pessoa e os serviços de apoio e assistência, e identificar a demanda de pessoas idosas fragilizadas. Após receber uma capacitação específica, o Líder comunitário começa a fazer a visita domiciliar às pessoas idosas de sua comunidade, partilhando conhecimentos, identificando problemas e planejando ações preventivas, estimulando a prática de bons hábitos nas áreas da saúde, da nutrição, da educação e da cidadania.

Assim como aconteceu a multiplicação e a partilha dos pães e peixes na cena do Evangelho, na PPI multiplicamos e partilhamos os conhecimentos sobre as boas práticas para a preservação da saúde, a prevenção de acidentes domésticos e maus tratos. Desta maneira, o Líder serve de elo entre a família visitada e os serviços disponíveis na comunidade para os devidos encaminhamentos à rede de atendimento.

O acompanhamento às pessoas idosas através da visita domiciliar mensal realizada pelos Líderes comunitários da Pastoral da Pessoa Idosa permite, além de traçar o perfil de cada pessoa (idade e sexo), avaliar as condições

em que vivem e sua história de vida (nível de alfabetização, pobreza, estresse), o estilo de vida – se saudável ou não (uso de cigarro e/ou de bebidas alcoólicas, sedentarismo), convívio com familiares (afeto, compreensão ou violência e maus tratos) e com a comunidade (acolhimento e participação ou isolamento); se têm acesso aos serviços de saúde e aos serviços sócio assistenciais. Quando bem realizada a visita domiciliar, o Líder de fato poderá ser a ponte entre a família e os serviços de apoio, atenção e atendimento às pessoas idosas em sua comunidade.

Além de estar atentos a sinais de violência e maus tratos, os Líderes se antecipam estimulando que se crie um clima de afeto, de acolhida, de compreensão das limitações físicas e psíquicas que podem ir se acentuando na pessoa que envelhece e que, por desconhecimento e despreparo, nem sempre são levadas em conta pelas pessoas da própria família. O despreparo dos familiares ou de pessoas próximas, ou de cuidadores formais ou informais, acaba desencadeando muitas vezes um estresse em quem cuida, chegando a praticar atos de violência para com a pessoa idosa, quase sempre desprotegida e incapaz de reagir.

Por isso, nessa temática de maus tratos, o Líder da PPI é preparado a seguir uma sequência de passos, para, dessa forma evitar agravar ainda mais o quadro. Como primeiro passo, inteirar-se bem da situação, ouvindo e principalmente observando a parte da pessoa idosa e também do familiar ou cuidador. Em segundo lugar, se confirmada a situação de maus tratos, alertar o agressor sobre a legislação que protege a pessoa idosa e oferecer ajuda, pois muitas vezes o nível de estresse pode estar no limite, o que fez desencadear toda uma situação de violência sem intenção de maltratar. Neste caso, tentar buscar ajuda entre os próprios familiares para dar um respiro ao cuidador, estimulando a entre ajuda entre os familiares para não sobrecarregar apenas um cuidador.

E quando esses passos caseiros e informais não derem resultado, buscar apoio dos serviços públicos, considerando cada caso. Em qualquer situação, a regra é sempre muito clara: diante da comprovação de casos de violência e maus tratos, nunca calar. Sempre buscar solução para livrar a pessoa idosa dessa situação degradante e vexatória.

Uma característica forte do Líder da PPI ao fazer a visita domiciliar, é o de ser um mensageiro de paz, um veículo da ternura de Deus, como costuma repetir o Papa Francisco. E além disso, é também a presença da Igreja solidária, levando os afetos dessa Igreja junto às pessoas idosas. Indo ao encontro das pessoas idosas, preferencialmente as mais vulnerabilizadas, seja pela pobreza, pelo abandono, pelas fragilidades, o Líder da PPI o faz motivado pelas palavras de Jesus Cristo: *"tudo o que fizerdes ao menor dos meus, é a mim que o fareis".* O Papa Francisco, atualizando essa expressão de Jesus, disse a mesma coisa dessa maneira: *"Toda vez que vamos ao encontro de*

um irmão ou de uma irmã em necessidade, estamos tocando a carne sofredora de Cristo". Dessa maneira, a Pastoral da Pessoa Idosa torna-se verdadeira Igreja em saída, como tão fortemente o Papa Francisco vem pedindo desde o início do seu pontificado.

1. Impactos positivos pela ação realizada

A Pastoral da Pessoa Idosa através de sua metodologia de acompanhamento da pessoa idosa demonstra com eficiência o baixo uso de recursos públicos e o imenso benefício para a sociedade, especialmente ao Sistema Público de Saúde do Brasil, conforme mencionado acima. Uma pessoa idosa que recebe informações mensalmente em sua residência e lhe é facilitado o acesso aos seus direitos fazendo uso da rede de proteção disponível em seu município, evidentemente vai estar mais fortalecida em todos os aspectos, de maneira que evitará fazer uso de equipamentos mais onerosos ao SUS, como, por exemplo, internamentos prolongados, cirurgias, uso de próteses e órteses, de medicamentos contínuos, dentre outros.

A visita domiciliar mensal sistematizada é gratuita. Os únicos custos para execução de toda metodologia consiste em gastos com as capacitações dos Líderes comunitários, porque envolve deslocamentos, pagamentos de passagens, hospedagens, alimentação e pagamento de equipe básica de profissionais da área administrativa da Instituição. Contudo, esse valor, dividido pelo número de pessoas mensalmente acompanhadas, gira em torno de $ 0,50 (meio Dólar) por idoso por mês. Isso significa que é um valor extremamente baixo, que aplicado na área da prevenção gera mais qualidade de vida às pessoas idosas. Fica evidente o quanto é mais conveniente investir recursos em trabalhos como este, de baixo custo, alto alcance e grandes resultados. Para cada real gasto na prevenção, quantos reais seriam economizados no tratamento de agravos que poderiam ter sido prevenidos¿

Para custear essa ação, atualmente a Pastoral da Pessoa Idosa conta com pequenas parcerias com a esfera pública e busca realizar ações de arrecadação de recursos através de doações diversas.

2. Atuação diante dos desafios da pandemia por Covid-19

Como todos os setores da sociedade, a Pastoral da Pessoa Idosa foi diretamente afetada pela pandemia por covid-19. Com a pandemia, a visita na residência das pessoas idosas realizada pelos Líderes comunitários, foi suspensa para evitar a circulação de pessoas, bem como, evitar o contágio.

A solução para manter as pessoas idosas informadas sobre seus direitos, estimulá-las a beber líquidos, fazer uma boa alimentação, exercitar-se mesmo dentro de casa e cuidar da saúde emocional, dentre outros fatores que contribuem para um envelhecimento saudável, veio com a Campanha **"Ligue Para Uma Pessoa Idosa"**. Através dessa campanha os Líderes

comunitários são estimulados a darem continuidade nos acompanhamentos às pessoas idosas cadastradas em seus Cadernos, mesmo à distância, fazendo um telefonema, com frequência ainda maior do que seria uma visita presencial. Dessa maneira, os Líderes puderam continuar seu trabalho possibilitando que as pessoas idosas recebam atenção, carinho e acesso às informações relevantes para o encaminhamento de suas necessidades.

Diante da condição de distanciamento físico e isolamento social imposta pela pandemia do Coronavírus, a Pastoral percebeu que a campanha poderia se estender a toda sociedade, ou seja, qualquer cidadão poderia ser estimulado a ligar para uma pessoa idosa conhecida, oferecendo seu apoio, expressando sentimento de companheirismo e solidariedade.

A campanha, que teve início em março de 2020, foi divulgada nas mídias sociais, fazendo uso, por exemplo, de um *card* (ilustração para redes sociais) e também a *hasthag* #ligueparaumapessoaidosa. Redes de televisão, rádio, colégios, empresas, clubes de futebol e pessoas da sociedade em geral divulgaram a campanha. Uma campanha totalmente possível de ser replicada, considerando que não envolve nenhum custo e o impacto social é relevante, pois além de beneficiar diretamente a pessoa idosa, promove a discussão sobre a importância de valorizar os que envelhecem, fomentando o assunto nos meios de comunicação de maneira positiva e propositiva.

Além de estimular o contato à distância com as pessoas idosas, a Pastoral também incentivou e participou ativamente de campanhas de arrecadação e distribuição de alimentos, materiais de higiene e confecção e distribuição de máscaras para as pessoas idosas de todo Brasil em parceria com outras Pastorais e instituições sociais, contribuindo significativamente para amenizar os impactos do Coronavírus.

Essa campanha estimulou de forma muito marcante os jovens que, mesmo não sendo Líderes da PPI, aderiram com muita prontidão, pois o veículo utilizado – o celular, para os eles é algo tão simples e que está sempre à mão. Dessa maneira aconteceu, quase espontaneamente a intergeracionalidade.

O acompanhamento à distância realizado pela Pastoral da Pessoa Idosa foi objeto de estudo coordenado por Kevern Peter (2020) da Universidade de Staffordshire no Reino Unido. A coleta de dados foi feita através de questionário respondido por 3.888 voluntários da Pastoral da Pessoa Idosa por telefone durante uma semana no mês de maio de 2020. Os resultados mostram que a Pastoral oferece uma contribuição substancial para o cuidado social de idosos vulneráveis e isolados, que se tornará mais importante em face de um desafio demográfico de rápido crescimento. E que em algum momento, a Pastoral necessitará ampliar a discussão sobre diálogos entre gerações em razão do aumento de voluntários não idosos. Por fim, que o agir da Pastoral tem-se mostrado ágil, empenhado e eficaz na montagem de uma resposta a uma inesperada crise nacional: características que o tornam imprescindível

num contexto nacional onde, por qualquer motivo, a resposta governamental tem sido lenta e inconsistente em vários níveis.

Considerações Finais

É notável o grande impacto positivo que o trabalho da Pastoral da Pessoa Idosa causa na vida de cada pessoa idosa visitada e nas comunidades onde atua. Além de possibilitar a melhora na qualidade de vida da pessoa idosa acompanhada, os Líderes comunitários conseguem realizar articulações para o acesso dos direitos dessas pessoas por meio dos serviços disponibilizados aos idosos em cada Município, de maneira que a PPI se torna um ponto desta rede de proteção e garantia de direitos.

Outro fator de destaque, conforme mencionado acima está ligado à significativa economia de recursos públicos que este trabalho de Pastoral é capaz de gerar. Um trabalho de prevenção, de estímulo de independência por maior tempo possível das pessoas idosas, de valorização da vida, de incentivo à participação nos espaços onde possam desfrutar de momentos de alegria e convivência familiar e comunitária.

Os líderes voluntários, além de cumprirem com um papel fundamental fazendo mensalmente as visitas domiciliares para as pessoas idosas, também são motivados a ocuparem espaços onde são discutidos e deliberados os direitos das pessoas idosas, como, por exemplo, nos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional dos Direitos das Pessoas Idosas.

Desta forma, a Pastoral da Pessoa Idosa torna-se cada vez mais uma instituição que fomenta os direitos da Pessoas idosas, tendo possibilidade de replicar sua metodologias para muitos outros países de cultura similares

Referências bibliográficas

1. BIBLIA SAGRADA. Tradução da CNBB.7.ed. Cachoeira Paulista: Edições CNBB; Editora Canção Nova, 2008.
2. BOBBIO, Norberto. **A Era dos direitos.** (trad. Carlos Coutinho), Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
3. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de Outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 12 jan. 2021.
4. _____. Lei Federal Nº 8.742, de 7 de Dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742compilado.htm> acesso em: 12 jan. 2021.
5. _____. Decreto no 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1996.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso. Disponível em: <http://www.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2173>. Acesso em: 21 jan. 2021.

7. _____. Lei no 10.741, de 1o de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 3 dez. 2003.

8. _____Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprovar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/creasi/images/Arquivos/Politica_Nacional_Saude_Pessoa_Idosa.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2021.

9. _____Ministério do Desenvolvimento Social. **O benefício de prestação continuada**: guia para técnicos e gestores da assistência social. Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), Brasília, 2018. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Guia/Guia_BPC_2018.pdf. Acesso em: 20 jan. 2021

10. KEVERN, PETER ***et al***. The Contribution of Church-Based Networks to Social Care in the Coronavirus Pandemic and Beyond: The Case of Pastoral da Pessoa Idosa in Brazil. RELIGIONS, v. 11, p. 486, 2020.

11. Site da Pastoral da Pessoa Idosa: http:// www.ppi. org.br

Seção 5

Velhos e novos desafios sobre longeviver

Reflexões sobre a condição de moradia para o envelhecimento e para pessoas idosas negras

Alexandre da Silva, Igor Santos Valvassori

O propósito deste capítulo é refletir sobre o tema da moradia no Brasil articulando-o com duas perspectivas: étnica-racial e de envelhecimento. Procurou-se ajustar as lentes para observar o que significa a moradia para a população negra brasileira, considerando aspectos emocionais, afetivos, demográficos e sociais a respeito de moradia, que carregam consigo marcas das culturas dos povos africanos escravizados no Brasil, e as feridas do processo de escravização e do racismo, este em seus diversos níveis (individual, coletivo, institucional e estrutural) e dimensões (psicológica, física e cultural). Questiona-se: uma pessoa negra, idosa, com incapacidade funcional e condições socioeconômicas piores, se comparadas a outros grupos sociais, tem condições de moradia capaz de dar suporte à uma vida com dignidade? Há uma resposta rápida para esta pergunta que é não. Esta resposta é baseada nas experiências cotidianas, reforçada pelos meios de comunicação e pelas pesquisas científicas. No entanto, esta situação de moradia da população negra idosa, atravessada por injustiças que afronta a nossa Constituição Federal e outras políticas públicas voltadas para a pessoa idosa, é vivida desnecessariamente, pois é modificável e a sociedade brasileira tem meios políticos (pensando a política como participação popular, em diversos modos e em diversas esferas, em conjunto, ou mesmo em conflito com a política representativa e partidária), financeiros e intelectuais para reverter essa situação, que é modificável. Mas, como tudo isso é consentido por parte da população brasileira, como algo naturalizado? São perguntas como essas que esse capítulo buscará trazer respostas ou reflexões.

Moradia da população negra brasileira em perspectiva.

Um dos possíveis ângulos para observar e analisar a formação social e territorial brasileira é a moradia, seja urbana, seja rural. A luta em um espaço sob a lógica da colonização é por território: onde, como e por que se fixar em determinado local? Como se esconder? Como se proteger? Como controlar aqueles que estão sob tutela, servidão? Entre as ações do colonizador e do colonizado, dos livres e dos escravizados, do Estado e da população, dos capitalistas, rentistas e dos trabalhadores, configurou-se alguns padrões espaciais que guardam momentos da história do Brasil: os grandes latifúndios, a pequena propriedade familiar, aldeias, os quilombos, comunidades ribeirinhas, a cidade, a metrópole, bairros "nobres", condomínios, favelas e cortiços, entre muitos outros. Esses "padrões espaciais", ou rugosidades, utilizando o conceito proposto por Milton Santos, (Santos, 2006) expressam desenvolvimento econômico, social e político, mas também disputas, conflitos violentos e sobretudo, dão suporte e sustentam as desigualdades social e

racial. Considerando que moradia é um importante determinante social de saúde, isto é, que afeta diretamente as condições de saúde, doença e formas de cuidado, e tudo isso permite formas específicas de envelhecer, para a população negra brasileira esse determinante sempre foi prejudicado por hierarquias de poder existentes, expressas nestas rugosidades, desde a invasão dos europeus no Brasil, ou seja, desde o início do processo de colonização.

Nessa perspectiva pensamos os territórios negros. Neste processo de mais de 500 anos de formações social e territorial do Brasil, a presença e a vida de negros e negras, com sua cultura, memória, saberes, invenções, associações, luta política, mas também suas feridas, a experiência em muitos âmbitos, da violência, o racismo sofrido, as precariedades diversas, seja na esfera do morar, do trabalhar ou do lazer, por exemplo, não se dão da mesma maneira, com a mesma intensidade, nesses espaços, comparado à outros grupos sociais, em diversos momentos da história do Brasil. Além do quilombo, espaço de resistência ao processo escravista, configurou-se, mediante o racismo estrutural, territórios negros em espaços precarizados, à margem dos grandes centros, das grandes circulações econômicas, das grandes decisões em nível político ou empresarial. São às favelas, os cortiços, os bairros distantes e pobres. É também a rua, onde a sensação de pertencimento e a privacidade, nem sempre existem: "...*Ninguém é obrigado a nada e na rua, a gente é obrigado a sofrer*..." (David José da Silva, em depoimento no "A cidade que ninguém vê") (Lima, 2016) São os diversos espaços em que o morar é um direito conquistado à duras penas, mas nem sempre plenamente assegurado e seguro.

Os quilombos e as comunidades quilombolas são centrais para entender os territórios negros, e serão brevemente abordados nesse capítulo, pois muito do que nele se fez e ainda se faz serve para entender um pouco dos sentimentos presentes nos cortiços e favelas, importantes territórios negros com suas particularidades e, infelizmente, dificuldades marcadas por extrema desigualdade social e racismo. Uma das ousadias desse capítulo é trazer reflexões sobre como é envelhecer ou ser velho e velha nesses territórios e nessas moradias, pois para a instituição governamental que realiza regularmente o nosso censo, algumas dessas moradias (como favelas) ainda são consideradas como aglomerados subnormais.

Dentre os aspectos dos territórios negros que possuem um elo, ainda que tênue, com os quilombos e seus saberes e fazeres está a moradia enquanto espaço emocional, afetivo, de possibilidades de transmissão de práticas e saberes. As injustiças e desigualdades que pesam no cotidiano da população negra não as apagam por completo, e estas iniquidades são atenuadas com o convívio intergeracional, isto é, com pessoas de diferentes gerações. Ainda que se tenha a constatação da baixa escolaridade na população idosa, e que é maior na população idosa negra, (Silva *et al.*, 2019) a transmissão

de conhecimento por meio da oralidade ainda ocorre e pode ser muito efetiva e prazerosa entre pessoas idosas negras. Canções repletas de mensagens otimistas ou de lamento sobre o período da escravização e das condições de trabalho vivenciadas ainda hoje, além de crenças e práticas sobre o preparo de alimentos e cuidados com a espiritualidade podem ser exemplos da importância da sensação de pertencimento a um local de moradia e de tudo o que ali existe, material ou imaterial. Pode ser um espaço de trocas afetivas, da avó trançando o cabelo da neta, do avô contando um fato do passado e querendo transmitir uma mensagem sobre a vida, as rodas de samba no quintal que sempre agregam familiares, vizinhos e amigos e que transmitem a alegria que há no compartilhamento de comida, bebida, do cantar junto e celebrar o aniversário, o casamento, a casa reformada e outros tantos bons motivos.

As moradias, nos territórios negros, podem ser chefiadas por idosas ou idosos e, quando falamos da moradia de idosas negras estamos falando do papel que muitas assumem, de pai e mãe de seus netos e netas, dadas as violências que atravessaram a vida de seus filhos e filhas. E o ser mãe ou pai novamente pode nem sempre ser prazeroso. Para essa pessoa idosa, há a presença de incapacidades funcionais, o "não plano" de, com 60 anos ou mais, ter que cuidar de uma outra criança em tempo integral, dificuldade para a busca por cuidados e tratamentos não médicos, a limitação para novos aprendizados e para novas relações de amizade ou de conjugalidade. Por outro lado, para muitas pessoas idosas pode ser uma nova oportunidade de oferecer aos netos e bisnetos condições de vida que, na sua fase adulta, o trabalho e a renda as impediam de estar juntas e construindo uma vida melhor para seus filhos e filhas.

A moradia também pode ser o local de uma pessoa só e, ainda assim, o estar sozinho ou sozinha pode ser uma escolha ou a única alternativa se analisarmos pela perspectiva étnica-racial que aponta para desigualdades e iniquidades construídas ao longo do tempo. Enquanto que para pessoas idosas brancas o viver sozinha pode estar associado a uma escolha e que tem a presença de uma rede social e muitas pessoas residindo próximas a ela, respeitando sua autonomia e independência financeira, para as pessoas idosas negras o viver sozinha se assemelha a uma solidão, dada as perdas familiares ao longo da vida: filhos, filhas e cônjuge, por mortes geradas por causas externas (como violência), não naturais (como parto) e injustas diante das evidências científicas conhecidas, como infecções.(Batista, Escuder e Pereira, 2004). Reforça essa condição de morar sozinha (solitário ou solitária) ou com uma rede social bem reduzida a condição de trabalho que pessoas negras tiveram ao longo da vida, que inviabilizou ou dificultou a criação de laços de amizade, de conjugalidade e ter filhos.(Silva *et al.*, 2019)

Na sequência, serão abordados estes e outros aspectos na perspectiva do envelhecimento e das relações étnico-raciais em três destes padrões es-

paciais: o quilombo, o cortiço e a favela que possibilitarão, mesmo que brevemente, localizar e contextualizar o tema da moradia e do envelhecimento na formação social e territorial brasileira. Este movimento conduzirá à um entendimento amplo da questão, no sentido de desnaturalizar o senso comum de que moradias negras são sempre precárias.

Territórios negros na rota da precariedade

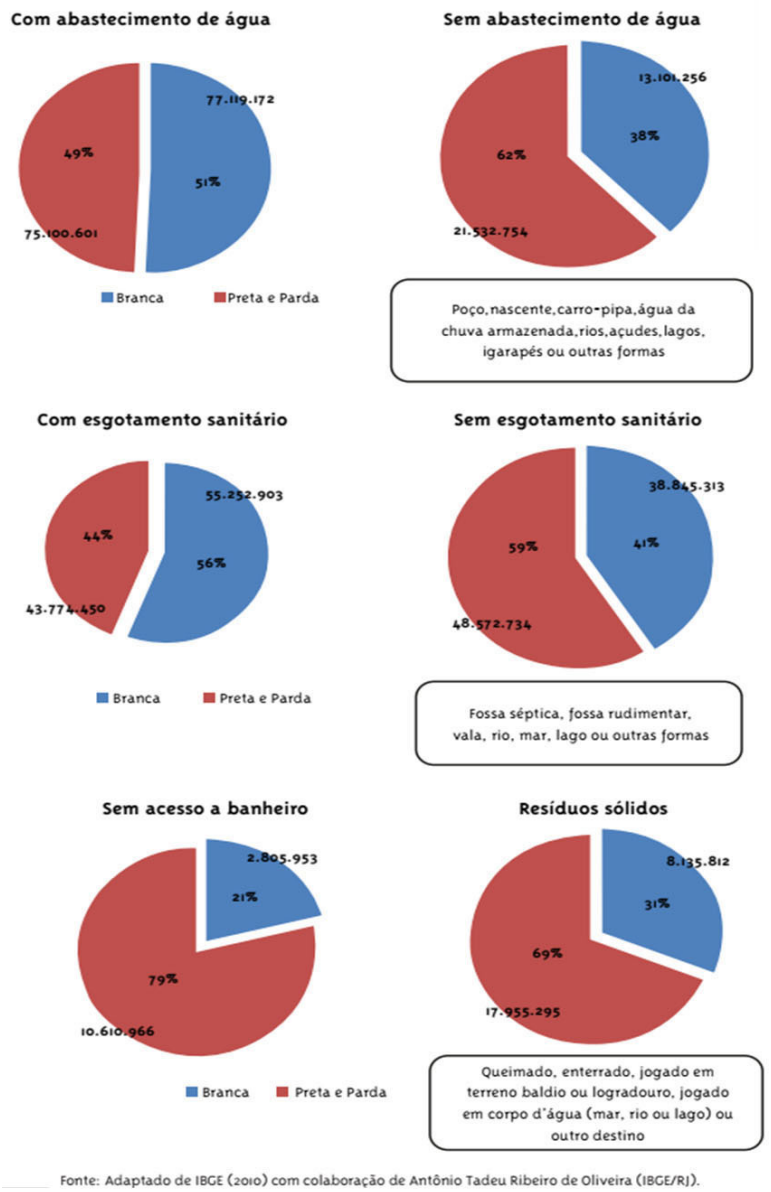
As marcas das iniquidades decorrentes do período de escravização e das formas que o racismo se perpetua desde o século XIX até a atualidade, são notadas quando se observa as condições dos territórios negros, ou seja, a precarização de infraestrutura, de saneamento básico, oferta desigual de serviços públicos e eficientes, as violências, a pouca oferta de boas oportunidades de emprego, de aprendizado, de (re)conhecimento da diversidade cultural brasileira, de serviços de saúde e de lazer, de alimentos saudáveis a preços acessíveis a quem ali reside. Essa (re)produção contínua da precariedade tem como pano de fundo e força dissimulada o racismo estrutural, (Almeida, 2018) e se consolida a partir de ações coordenadas[1] e articuladas e que se sobrepõem no campo político, econômico, social e cultural por meio, por exemplo, da especulação imobiliária, onde estão predominando vontades de investidores e de políticos para a permissão e ocupação de um determinado espaço e a expulsão de pessoas negras que ali residem, legalmente ou não. Há também a construção de conjuntos habitacionais afastados do centro urbano de um município, a dificuldade de fixação de grandes empresas nesses territórios sem qualquer estímulo tributário. Nos serviços públicos prestados há a carência de bons profissionais, de profissionais que estejam comprometidos ou que queiram atuar naquele território, mesmo que existam estímulos financeiros garantidos nos editais dos concursos públicos, como bônus salariais.

E como entender possibilidades de envelhecer em territórios negros? Como equilibrar vantagens decorrentes da presença de valores étnicos importantes para pessoas negras e desvantagens criadas pelas iniquidades que determinam uma forma de envelhecer bem particular e desigual se comparado a territórios onde não há uma alta prevalência de pessoas negras residentes? A pessoa idosa residente nesses espaços com o acúmulo das discriminações vivenciadas ao longo da vida, de incapacidades funcionais, doenças e outros agravos à saúde adquiridos, terá sua mobilidade comprometida por barreiras decorrentes da dificuldade para o acesso a bens e serviços de qualidade, pela falta de áreas comuns construídas, que leve em conta as necessidades de todas as gerações e não somente os jovens, pela violência e falta de estratégias de coibição da mesma, e pela ausência de atividades para o bem-estar e desenvolvimento da pessoa idosa. E quando falamos

[1] Entre o fim do século XIX e início do século XX, quando já era marcante a presença de negros e indígenas na sociedade brasileira, é documentado a presença das teorias de embranquecimento da população elaboradas ou importadas por pensadores brasileiros, dentro das esferas diversas do Estado.

em processo de envelhecimento, a maior presença de fatores que podem gerar adoecimento, como doenças infecciosas associadas a precariedade de saneamento básico e água potável, como também de violência e um esforço físico exagerado para sua segurança financeira, tudo isso pode acelerar o processo de envelhecimento celular, reduzindo o tempo de vida das pessoas negras, idosas ou não. Na figura abaixo, podemos observar que as condições de moradia podem ser desiguais se a pessoa for preta ou parda, afetando diretamente seu modo de vida (Figura 1).

Figura 1. Perfil racial da inadequação em saneamento básico, Brasil, 2010



Fonte: (de Jesus, 2020)

Pode-se entender que moradia se constitui como um importante determinante social do processo saúde-doença e cuidado, uma vez que a falta de água, ou o excesso de água entrando em casa nos dias de chuva, esgoto, água não tratada para consumo, a preocupação com a invasão de animais indesejados, (Jesus, de, 2020) a violência e outros fatores não salutares atingem com muito mais frequência a população negra, reforçando a ausência das ações efetivas do Estado nesses espaços e, com isso, trazendo mais vulnerabilidade para a pessoa idosa negra que ali reside. É urgente que políticas públicas sejam mais efetivas nesses territórios negros, desnaturalizando condições de vida historicamente injustas para quem ali reside. Ofertar mais espaços e oportunidades para o lazer, trabalho e convívio social. Os diversos atores sociais envolvidos com as diversas estratégias para o envelhecimento ativo precisam se debruçar sobre a necessidade de que todos os grupos sociais de idosos não envelhecem da mesma forma e que sofrem de problemas específicos.

O quilombo

O quilombo hoje é um dos maiores símbolos de resistência do povo negro brasileiro de origem africana. É nele onde se encontra muito da história do Brasil e não somente das pessoas negras. Quilombos representam a moradia de um povo que, desde o início do processo de colonização do Brasil, resistiu e buscou estratégias para o enfrentamento da escravização de pessoas vindas de diversas regiões do continente africano. Atualmente, assim como os indígenas, os quilombolas enfrentam dificuldades para o reconhecimento de suas terras, da sua cultura, dos seus valores e das garantias para uma cidadania plena, pois suas áreas são cobiçadas pelos setores imobiliário, da agricultura e da pecuária. (TAVEIRA, 2020)

Figura 2. Imagem de moradia de um dos quilombos do estado de Minas Gerais

Fonte: https://www.cedefes.org.br/wp-content/uploads/2017/07/QU29_001.jpg

Há quilombos localizados em todo o território nacional, como o Quilombo Kalunga, em Tocantins, e o Quilombo Luízes, em Belo Horizonte. Em boa parte dos quilombos, nota-se a prática do turismo como forma de renda para os seus moradores e também como estratégia para a preservação das suas áreas naturais.

Suas casas podem ser com telhado de palha que, em diversas estações do ano, proporcionam um clima mais agradável. Há áreas de uso "individual" da terra, para a construção da moradia e áreas de uso comum destinadas à agricultura, o extrativismo, caça e pesca.

Nas comunidades quilombolas a sensação de pertencimento é muito presente até os dias atuais. Um exemplo está no relato disponível no documentário "Quilombola" (Markun e Roizenbli, 2017) que traz uma cena sobre o retorno de uma idosa, que viveu parte de sua vida em uma região urbana, ao seu quilombo de origem, pois com chegada da velhice, retornar a este território era bom para estar junto das pessoas cujos vínculos afetivos ainda eram fortes. E essa sensação é um dos elementos que define comunidades quilombolas:

As comunidades quilombolas são grupos étnicos – predominantemente constituídos pela população negra rural ou urbana –, que se autodefinem a partir das relações específicas com a terra, o parentesco, o território, a ancestralidade, as tradições e práticas culturais próprias. [2]

A religiosidade está presente de muitas formas nos quilombos, e mediante elas - não sem conflitos e sem engendrar novas problemáticas-, são também transmitidas práticas e saberes, entre estas as ligadas à utilização de ervas, raízes e entre outros, para o cuidado com a saúde. A oralidade, elemento importante da cultura negra no Brasil, tem sua continuidade dentro destas práticas religiosas, como forma de educação e comunicação. A religiosidade é uma importante referência para a sociabilidade, organizando o tempo da vida, em articulação com o tempo do trabalho. Há também as festividades que celebram passagens ou datas importantes para uma determinada comunidade quilombola.

[2] http://www.incra.gov.br/pt/quilombolas#:~:text=Por%20for%C3%A7a%20do%20Decreto%20n%C2%BA,%2C%20social%2C%20econ%C3%B4mica%20e%20cultural.

Figura 3. Evento festivo de uma comunidade quilombola do estado de Minas Gerais, Brasil

Fonte: https://www.cedefes.org.br/wp-content/uploads/2017/07/QU27_002.jpg

Figura 4: Evento festivo de uma comunidade quilombola do estado de Minas Gerais, Brasil

Fonte: https://www.cedefes.org.br/wp-content/uploads/2017/07/QU32_001-1.jpg. (Acesso em 24/10/2020)

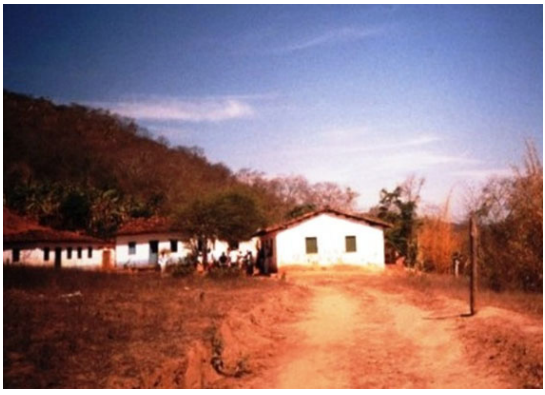
Por lei, o Decreto no. 4887 de 2003,[3] as terras ocupadas pelos quilombolas pertencem a eles. Entretanto, o que se observa é a dificuldade dessa legitimação e da eficiência de políticas e programas públicos nesses territórios, causando prejuízos à vida social, infringindo a cidadania de todos e comprometendo a qualidade do envelhecimento também. Apesar do reco-

[3] http://www.incra.gov.br/pt/quilombolas#:~:text=Por%20for%C3%A7a%20do%20Decreto%20n%C2%BA,%2C%20social%2C%20econ%C3%B4mica%20e%20cultural.

nhecimento da regularização fundiária pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra), ainda se observa em alguns quilombos a chegada tardia da energia elétrica, a ausência de condições mínimas para o saneamento básico e acesso à água potável.

Há também quilombos urbanos que, constantemente, são desafiados e violentados diante da especulação imobiliária, o preconceito religioso e o racismo. Um exemplo é o Quilombo dos Luízes, situado em uma área urbana de Minas Gerais e, que no meio de uma das maiores metrópoles do Brasil, luta pela sua existência e a preservação de tradições e de seu território, sofrendo agressões aos costumes e valores da sua comunidade.(Markun e Roizenbli, 2017) Os moradores quilombolas são tratados como invasores, contrariando a história de ocupação e de pertencimento, desrespeitando leis e normas determinadas pela Constituição Federal Brasileira e pelos Direitos Humanos.

Figura 5. Foto de um quilombo do estado de Minas Gerais, Brasil



Fonte: https://www.cedefes.org.br/wp-content/uploads/2017/07/QU31_002-1.jpg (Acesso em 24/10/2020)

Figura 6. Fotos de idosos quilombolas do estado de Minas Gerais, Brasil

Fonte: https://www.cedefes.org.br/wp-content/uploads/2017/07/QU31_001-1.jpg (Acesso em 24/10/2020)

Figura 7. Foto de crianças de uma comunidade quilombola do estado de Minas Gerais, Brasil

Fonte: https://www.cedefes.org.br/quilombolas/ (Acesso em 24/10/2020)

O cortiço

Os cortiços foram e continuam sendo territórios negros também. Para a questão do envelhecimento, no entanto, destaca-se de início que este nem sempre possui as adequações necessárias ou planejadas para a ocupação de pessoas idosas, uma vez que uma das razões atuais para a sua existência é a proximidade com o local de trabalho dos seus residentes, na maioria jovens e adultos, como forma de reduzir custos com deslocamentos e oferecer boas condições de saúde e educação para seus filhos e filhas.(Markun e Roizenbli, 2018). Nos cortiços muitas vezes ocorre "uma superpopulação" dentro de uma habitação. Um cômodo tem mais de uma função e, na perspectiva de análise deste capítulo, é também lugar que, mesmo diante de dificuldades e restrições, permite o convívio em comunidade onde emoções e responsabilidades são compartilhadas.

Os espaços reduzidos dos cômodos, no entanto, podem ser uma grande barreira para a vida de pessoas idosas comumente afetadas por incapacidades funcionais. E aqui cabe relatar que dados sobre o inquérito Saúde e Bem-Estar de Idosos (SABE) já apontou que, funcionalmente, idosos pretos e pardos residentes no município de São Paulo possuem maior prevalência de incapacidades funcionais (Silva, 2017) e isso pode dificultar o bem-estar dessas pessoas quando residentes nos cortiços. A vantagem da proximidade com os centros urbanos que os cortiços possuem se contrapõem aos altos valores de compra ou locação das unidades. Em documentário realizado pelo Serviço Social do Comércio (Sesc), uma unidade chegava a custar R$ 70 mil reais.(Markun e Roizenbli, 2018)

O compartilhamento de áreas comuns pode ser prazeroso em termos afetivos, de relacionamentos, mas também ser o palco da precariedade da infraestrutura, da reduzida área de lazer, do não respeito ao silêncio ou

privacidade que uma pessoa ou família quer. Pode também ser um local da violência compartilhada, aprendida e naturalizada, desde a infância. Pensando o envelhecimento nesses espaços, agravos como quadros demenciais e comprometimentos físicos severos da pessoa idosa, como hemiplegia, tornariam o convívio familiar e em comunidade muito difícil, pois muitas vezes são necessárias mudanças ambientais. A impossibilidade de realização ou a não concordância com outros residentes aumentariam as limitações dessa pessoa idosa. Pode-se também destacar a dificuldade de cuidados mais intensivos para pessoas idosas que residem nesses espaços, já que a lógica de funcionamento parece ainda estar mais centralizada para a vida externa, isto é, adultos e jovens na rua em busca de oportunidades.

Figura 8. Foto de um cortiço do município de São Paulo, Brasil

Fonte: Cortiços – A experiência de São Paulo(Alonso López; ***et al.***, 2010)

Figura 9. Foto de um cortiço do município de São Paulo, Brasil

Fonte: Cortiços – A experiência de São Paulo (Alonso López; ***et al.***, 2010)

Figura 10. **Foto de um cortiço do município de São Paulo da Rua Serra de Jairé, janeiro de 2010, São Paulo, Brasil**

Fonte: Cortiços – A experiência de São Paulo (Alonso López; ***et al.***, 2010)

Figura 11. **Foto de um cortiço do município de São Paulo da Rua Helvétia, novembro de 2009 apontando a ausência de janelas para ventilação. São Paulo, Brasil**

Fonte: Cortiços – A experiência de São Paulo (Alonso López; ***et al.***, 2010)

Figura 12. **Foto de um cortiço do município de São Paulo do bairro do Brás apontando a colocação de botijões de gás para fora dos cômodos**

Fonte: Cortiços – A experiência de São Paulo (Alonso López; et al., 2010)

A favela

As favelas são moradias frequentes na maioria dos municípios nacionais e são resultado de diversos processos ao longo do tempo, como o êxodo rural, arrocho salarial, especulação imobiliária, falta de assistência social e oferta de residências próximas aos grandes centros da cidade. As favelas têm recebido diversas definições e, atualmente, são chamadas de aglomerados subnormais[4] pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Essa dificuldade para a definição já mostra a complexidade desse espaço urbano e como a sociedade a trata diferente de uma moradia "normal, tradicional"(GONÇALVES, 2020). Criadas inicialmente pela população negra recém-liberta, ainda no século XIX, seu crescimento foi vertiginoso, principalmente a partir da segunda metade do século XX e atingiu números ainda maiores entre 2000 e 2010 quando seu crescimento foi doze vezes maior que o número de moradias tradicionais brasileiras, sendo pessoas negras a maior parte dos moradores (61%).(Sawaya, Albuquerque e Domene, 2018) Podem ser construídas nos morros ou em terrenos não planos e quase sempre em áreas sem todas as condições de moradia e de direitos mínimos de cidadania, como água, esgoto, energia elétrica e transporte público.

Um dos primeiros problemas que se coloca para o envelhecimento é o comprometimento da mobilidade decorrente das limitações intrínsecas da pessoa idosa residente neste lugar e por fatores extrínsecos, como dificuldade para andar nas calçadas, ter lazer e outras atividades recomendadas por especialistas em gerontologia, saúde pública e em atenção primária. A violência presente por ausência de ações intersetoriais de mitigação restringe boa parte das pessoas idosas de explorar de forma livre e mais autônoma o espaço público das favelas, aumentando as chances de agravos e doenças crônicas como Diabetes, obesidade, osteoartrose e transtornos mentais, além de dificultar as práticas salutares para a promoção de saúde como caminhada e corrida. Como as favelas são construídas, muitas vezes, em terrenos irregulares, o risco de remoção ou mudança é frequente. Isso, para a pessoa idosa, também é muito prejudicial, pois perde-se relações sociais construídas e também aumenta o risco de quedas, pois a nova moradia poderá apresentar riscos novos dos quais ainda não haverá um manejo adequado por parte dela. O estigma já criado de que nas favelas há muita violência, drogas e traficantes – esses que muitas vezes ocupam o vácuo deixado pelo Estado -, dificulta a construção e diálogo com os diversos atores do cenário das políticas públicas, dos setores privado e terceiro setor para

[4] Aglomerado Subnormal é uma forma de ocupação irregular de terrenos de propriedade alheia – públicos ou privados – para fins de habitação em áreas urbanas e, em geral, caracterizados por um padrão urbanístico irregular, carência de serviços públicos essenciais e localização em áreas com restrição à ocupação. No Brasil, esses assentamentos irregulares são conhecidos por diversos nomes como favelas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, vilas, ressacas, loteamentos irregulares, mocambos e palafitas, entre outros.(Fonte: IBGE. https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/15788-aglomerados-subnormais.html?=&t=o-que-e)

tornar as favelas como um lugar Amigo do Idoso, isto é, que permita o envelhecimento ativo, que é uma política cujos pilares são: saúde, segurança, proteção, aprendizado ao longo da vida e participação.(Kalache, Voelcker e Plouffe, 2015)

As condições de vida são desiguais desde a infância para quem mora nas favelas e isso pode ter desfechos desfavoráveis e injustos para o envelhecimento. Subnutrição na infância,(Sawaya, Albuquerque e Domene, 2018) dificuldade para manter-se na escola, saída precoce da escola na adolescência, sobrepeso e obesidade na fase adulta, maiores chances de empregos informais e de baixa remuneração são algumas situações que atravessam a trajetória de vida de quem mora nas favelas. Muitos estudos já apontam o quanto fatores socioeconômicos interferem negativamente no corpo humano, trazendo precocemente o envelhecimento celular e repercussões fisiopatológicas em diversos sistemas, como o cardiovascular, imunológico, nervoso e até celular. (Diez Roux *et al.*, 2009; Williams e Priest, 2015)

A religiosidade enquanto forma de apoio e aumento das relações sociais é uma prática comum para os idosos que ali residem e podem servir também como forma de lazer, dada as condições de violência e redução de oportunidades ofertadas no território. Segundo Christina Cunha, (Cunha, 2009) nota-se o aumento da presença das igrejas pentecostais e neopentecostais em favelas do Rio Janeiro. Como já observado no município de São Paulo, idosos pretos e pardos têm praticado mais as religiões evangélicas, (Silva *et al.*, 2019) contrariando uma expectativa de manutenção de valores culturais de seus antepassados africanos. Isso, sem dúvida, faz parte do racismo, que faz com que o grupo discriminado passe a negar sua cultura. Muitas vezes, o grupo que discrimina, posteriormente, passa a se a apropriar desse valor cultural discriminado anteriormente. No Brasil, observa-se isso na prática do candomblé, por exemplo, que acaba sendo exercido por muitas pessoas brancas e com declínio muito acentuado de pessoas negras praticantes dessa religião. (Eugenio, 2014)

A convivência intergeracional também é um fator importante na vida de pessoas idosas que vivem na favela. Pode ser positivo na perspectiva de que sempre haverá pessoas que cuidam e que serão cuidadas por essa pessoa idosa, ajudando na manutenção da sua capacidade funcional. Por outro lado, é negativo pois pode diminuir seu poder aquisitivo para uso próprio, quando precisa contribuir para situações em que seus filhos e filhas não conseguem garantir as despesas da casa e cuidados de seus netos e netas, prejudicando as possibilidades das pessoas idosas em sair para trabalhar, passear, aprender ou aumentar sua rede de amizade.

Dada a quantidade de favelas existentes no país, o panorama descrito neste capítulo ainda pode ser insuficiente para retratar as suas características e particularidades. Especificidades geográficas e históricas, associadas

às diferenças na distribuição territorial das pessoas negras, de suas condições de vida e do contexto de constituição das favelas nos diferentes centros urbanos, já seriam argumentos para evitar grandes generalizações. Ainda assim, favelas são territórios negros e que mantém similaridades nas possibilidades de envelhecimento já descritas anteriormente.

Foto 13 (A), (B) e (C). Favela do Vidigal, Rio de Janeiro (RJ)

(A)

(B)

(C)

Fonte: Google Earth (em 24/10/2020)

Nessas fotos pode-se observar a localização e a distribuição das moradias de uma das favelas do munícipio do Rio de Janeiro. Segundo o Censo de 2010, já existiam no Brasil mais de 3 milhões de domicílios nos aglomerados subnormais e uma população superior 11 milhões de pessoas residentes.[5]

[5] https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/15788-aglomerados-subnormais.html?=&t=downloads&utm_source=covid19&utm_medium=hotsite&utm_campaign=covid_19

Conclusões

As reflexões deste capítulo apontam para as particularidades do envelhecimento da população negra nos territórios negros, espaços onde a sensação de pertencimento, trocas intergeracionais, transmissão de saberes e de práticas são aspectos positivos para a condição de vida. Para as famílias negras, este nível do habitar carrega memórias ancestrais e práticas culturais que se configuram, em muitos aspectos, entre as culturas trazidas de África. Entretanto, os processos históricos (políticos, econômicos e sociais) e as formas de organização da sociedade, vetores que configuram os espaços sociais, trazem em seu bojo o racismo e as iniquidades, impactando sobremaneira os territórios negros, reduzindo a expectativa e qualidade de vida das pessoas negras, inclusive as pessoas idosas.

É importante reescrever a narrativa da diáspora negra ocorrida no Brasil e acelerar programas e ações de equidade racial para que seus efeitos já sejam percebidos pela atual população idosa.

Afetividade, mais relações sociais saudáveis, menos violência, mais espaços públicos e privados de promoção de saúde, menos oferta de oportunidades para adoecer, menos discriminações, são demandas urgentes para a população idosa negra brasileira. A desnaturalização das iniquidades raciais vividas pelas pessoas idosas negras é urgente e precisa ser pactuada entre setores e atores diretamente envolvidos com o envelhecimento da população idosa brasileira.

As políticas habitacionais precisam ser fortalecidas e não desconstruídas, como se vê nos últimos anos. Os espaços e representantes da população idosa perderam muito da sua representatividade nos dias de hoje. E isso também precisa ser restabelecido.

O Brasil envelhece muito mais rápido do que muitos imaginam ou conseguem ver. Já temos esse reflexo no campo do trabalho, da educação, conjugalidade e entre outros. Não pode se perpetuar a omissão diante de preocupações emergentes para a população idosa. E, sem dúvida alguma, a moradia é um desses assuntos.

Referências bibliográficas

1. ALMEIDA, S. L. DE. **O que é Racismo Estrutural**. 1a. ed. Belo Horizonte: [s.n.].
2. ALONSO LÓPEZ; ***et al.*** **Cortiçoes: A experiência de São Paulo**. 1a. ed. São Paulo: [s.n.].
3. BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: causas de orbito segundo caracterristicas de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 630–636, 2004.
4. CUNHA, C. V. DA. **Evangélicos em ação nas favelas cariocas: um estudo sócio-antropológico sobre redes de proteção, tráfico de drogas e religião no Complexo de Acari**. [s.l.] Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

5. DIEZ ROUX, A. V. ***et al.*** Race/ethnicity and telomere length in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. **Aging Cell**, v. 8, n. 3, p. 251–257, 2009.
6. EUGENIO, R. WILLIAM. Novos e velhos no candomblé de sempre. ***In***: MONTEIRO, C. R.; SOUSA, P. DE O.; BATISTA, L. E. (Eds.). . **Religiões Afro-brasileiras, políticas de saúde e a resposta a epidemia de Aids by CRT DST/Aids - issuu**. 1a. ed. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento para DST/AIDS-SP, 2014. p. 284.
7. GONÇALVES, R. S. Censos e favelas cariocas: evolução de um conceito censitário. **Anais do Museu Paulista: História e Cultura Material**, v. 28, 2020.
8. JESUS, V. DE. Racializando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um continuum colonial chamado racismo ambiental. **Saude e Sociedade**, v. 29, n. 2, p. 1–15, 2020.
9. KALACHE, A.; VOELCKER, I.; PLOUFFE, L. **ENVELHECIMENTO ATIVO: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade**. Rio de Janeiro: [s.n.].
10. LIMA, V. **A cidade que ninguém vê**. 1a. ed. São Paulo: [s.n.].
11. MARKUN, P.; ROIZENBLI, S. **QuilombolaSesc TV**BrasilSesc TV, 2017. Disponível em: <https://sesctv.org.br/programas-e-series/habitat/?mediaId=da86897ffc5589cb82eb3815ccefdff7>. Acesso em: 15 set. 2020
12. ____. **Cortiço**BrasilSesc TV, , 2018. Disponível em: <https://sesctv.org.br/programas-e-series/habitat/?mediaId=3fe43dcde3b437ecb3f2ee08664fdf2f>. Acesso em: 14 set. 2020
13. SANTOS, M. **A Natureza do Espaço. Técnica e Tempo, Razão e Emoção.** 4a. ed. São Paulo: Coleção Milton Santos, 2006.
14. SAWAYA, A. L.; ALBUQUERQUE, M. P. DE; DOMENE, S. M. Á. Violência em favelas e saúde. **Estudos Avancados**, v. 32, n. 93, p. 243–250, 1 maio 2018.
15. SILVA, A. DA ***et al.*** Iniquidades raciais e envelhecimento:análise da coorte 2010 do Estudo Saúde,Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. suppl 2, 4 fev. 2019.
16. TAVEIRA, V. **Áreas quilombolas são invadidas para especulação imobiliária no norte do Estado - Século Diário**. Disponível em: <https://www.seculodiario.com.br/meio-ambiente/areas-quilombolas-sao-invadidas-para-especulacao-imobiliaria-no-norte-do-estado>. Acesso em: 19 set. 2020.
17. WILLIAMS, D. R.; PRIEST, N. Racismo e Saúde : um corpus crescente de evidência internacional. **Sociologias**, v. 17, n. 40, p. 124–174, 2015.

Particularidades da luta por moradia para as velhices LGBT

Diego Felix Miguel, Milton Roberto Furst Crenitte

1. Introdução

Com a acelerada transição demográfica, em que o envelhecimento populacional é desafio para o Estado, principalmente nos contextos de países em desenvolvimento, nos quais, em sua maioria, como no Brasil, não se prepararam para a crescente realidade, é relevante a criação de políticas públicas que atendam às demandas oriundas do envelhecimento e das pessoas idosas. Uma necessidade emergencial de comprometer-se com a velhice digna e ativa.

As questões que envolvem políticas públicas para moradia são complexas, pois compreendem distintos aspectos que vão além do espaço físico. Demandas fundamentais que asseguram a segurança e proteção, acessos e oportunidades básicas para um processo de envelhecimento e velhice digna.

De acordo com o capítulo XXV da Declaração Universal de Direitos Humanos, a habitação é um dos aspectos a serem garantidos a todas as pessoas. Mas a ele estão atrelados outros pontos que se relacionam diretamente à moradia, como alimentação, vestuário, saúde, serviços sociais e seguridade:

> "Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle."
>
> United Nations Information Centre, 1948

Em 2008, a Organização Mundial da Saúde propôs, no documento *Guia Global: Cidade Amiga do Idoso* (OMS, 2008), protocolo de pesquisa em que grupos de pessoas idosas inseridas em diferentes contextos na cidade **foram** convidados a participar da estruturação de um plano, com o poder público local, a fim de tornar as cidades acessíveis para todas as idades.

Com participação e escuta, a OMS considera que atuando nas necessidades das pessoas idosas, há a tendência em tornar as ações comprometidas com o processo de envelhecimento de todas e todos. Favorecendo o Envelhecimento Ativo, contribuindo com a independência e autonomia à medida que envelhecem.

Na época do lançamento, o projeto apresentou as experiências que aconteceram em 33 cidades em diferentes países. Entre elas, o bairro de Copacabana – Rio de Janeiro.

No processo de pesquisa foram tratados oito temas: Transporte, Participação Social, Respeito e Inclusão Social, Participação Cívica em Emprego, Comunicação e Informação, Apoio Comunitário e Serviços de Saúde, Espaços Abertos e Prédios e Moradia.

De acordo com os resultados, as questões de moradia que emergiram dos encontros foram: custo acessível (todas as pessoas idosas deveriam ter acesso à moradia), acesso aos serviços essenciais (água, luz etc), planejamento (materiais que garantam a segurança e o conforto), modificações (atendam às demandas emergentes do envelhecimento), manutenção (custo acessível para reparos e adequações), envelhecer em casa (localização deve favorecer acessos aos serviços, comércios etc), integração comunitária (favoreça a participação das pessoas idosas na sociedade), opções de moradia (considerando as diferentes realidades, por questões de funcionalidade ou afinidades), moradia (integradas à comunidade e serviços adequados às demandas das pessoas idosas, além de atividades e entretenimentos) e ambiente (moradias devem ter quantidade adequada de moradores, com conforto e locais seguros, sem riscos de desastres ou insalubridade).

O levantamento das demandas oriundas das questões promove significativa reflexão. A desigualdade e temas de vulnerabilidades sociais estão diretamente atrelados às formas de acesso, e essas não se dão apenas na velhice, mas no processo de envelhecimento. Dificultam para alguns grupos sociais, principalmente os marginalizados, que tenham moradia digna.

Como se dão as oportunidades de moradia para as pessoas lésbicas, gays, bissexuais e transgêneras (LGBT), considerando a condição de vulnerabilidade social e violência que estão expostas? Pelos preconceitos de origem LGBTfóbicos, ou seja, manifestações de violência e intolerância à diversidade sexual e de gênero?

1.1. Gênero e orientação sexual

A compreensão de gênero, elaboração sociocultural, teve origem nos anos 70, inspirada no movimento feminista, com a proposta de diferenciar os aspectos biológicos dos culturais. Desde então, os estudos estão avançando acerca das terminologias para melhor identificar a diversidade presente na orientação sexual e identidade de gênero, e contribuir com a ruptura do tradicionalismo e possibilidade de melhor representatividade nas definições.

De acordo com o *Manual de Comunicação LGBTI+*, a utilização das terminologias que contemplam as especificidades e valorizam a diversidade sexual e de gênero é capaz de reduzir o impacto do preconceito e da discriminação. Influencia comportamentos, atitudes e práticas que favoreçam o empoderamento de indivíduos que ainda hoje são marginalizados e estão em situação de vulnerabilidade (REIS, 2018).

Abaixo as terminologias utilizadas neste artigo, portanto, de acordo com Reis (2018):

Sexo biológico: características biológicas da pessoa ao nascer, considerando a relação dos cromossomos, genitália, composição hormonal, entre outros, definidos por macho, fêmea ou intersexual. A pessoa intersexual nasce com anatomia reprodutiva ou sexual e/ou padrão de cromossomos que não podem ser classificados como tipicamente machos ou fêmeas.

Orientação sexual: refere-se à atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos. Nesse caso, consideramos pessoas homossexuais as que sentem atração por pessoas do mesmo gênero, heterossexual pessoas que se sentem atraídas por pessoas do gênero oposto, bissexual a pessoa que se relaciona com ambos os gêneros, e assexual a pessoa que não sente atração por nenhum gênero ou sexo.

Gênero: tópicos que envolvem o gênero são classificados por *identidade de gênero* e *expressão de gênero*. A *identidade de gênero* se relaciona à percepção que a pessoa tem de si mesma, considerada homem, mulher ou não binária, não necessariamente visível às demais pessoas. A *expressão de gênero* é a forma que a pessoa se manifesta publicamente, características corporais e forma que interage com as demais pessoas.

Lanz (2017) enfatiza que são consideradas pessoas transgêneras (pessoas trans) as que transgridem ou não estão em conformidade com as normas de gênero estabelecidas socialmente. Pessoas cisgêneras são as em conformidade, ou seja, que se identificam com gênero atribuído ao sexo no nascimento.

Consideramos que a compreensão dessas terminologias e sua aplicabilidade no cotidiano são capazes de reforçar a diversidade presente nos temas de sexualidade e gênero. Geram um processo fundamental de ressignificação sociocultural, a fim de criar fissuras nas estruturas sociais tradicionais e fomentar sociedade mais sensível e acolhedora às diferenças.

Aspectos que influenciam diretamente o processo de envelhecimento e velhice das pessoas LGBT, e oportunidades de acesso aos serviços e políticas públicas. É relevante nomear a realidade a fim de dar visibilidade às diferenças. Pelas perspectivas socioculturais, são condicionadas a situações de vulnerabilidade.

A invisibilidade do envelhecimento de pessoas LGBT é realidade. Sofrem com os etarismos da sociedade, manifestadas por diferentes formas de discriminação e presunção de que todas as pessoas são heterossexuais e cisgêneros. Têm mais chances de morar sozinhos, propícias ao isolamento social, não ter filhos e não apresentar alguém para chamar em caso de emergência.

2. Reflexões sobre onde e como morar

Refletir sobre onde e como morar é fundamental para idosos LGBT. Basta lembrar de alguns desafios relacionados à falta de suporte social dessa população. Estudos mostram taxas maiores de pessoas que moram sozinhas, não têm filhos, não são casadas e não apresentam alguém para chamar em caso de emergência, quando comparados aos contemporâneos heterossexuais e cisgêneros.

A fim de incentivar a discussão, deve-se raciocinar sobre o conceito de "famílias de escolha" para esse grupo e os motivos que justificam a manutenção dos indivíduos na invisibilidade.

Geralmente, a principal rede de suporte social da pessoa idosa emana da família, amigos, vizinhos e apoios comunitários. Os apoios comunitários representam serviços voltados à atenção das necessidades para mantê-la ativa socialmente. Porém, para distintos indivíduos LGBT, as relações são mais frágeis ou inexistentes devido à quebra de vínculos socioafetivos por intolerância relacionada à LGBTfobia.

Para idosos LGBT, a ideia de "família de escolha" se mesclaria à noção de rede de suporte social. Não é incomum que tenham rompido relações com a família biológica. Em alguns casos, as "famílias de escolha" ou "famílias de coração" adquirem maior importância para a população de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros do que os parentes consanguíneos.

Por fim, estudos demonstram que por medo de discriminação, receio de serem tratados de maneira diferente e consciência de que a equipe de saúde não seria suficientemente treinada para lidar com a sua saúde, pessoas idosas LGBT encontram barreiras para acessar os serviços de saúde. E se precisam procurá-los, o fazem principalmente em casos de emergência.

Infelizmente, o cenário heteronormativo e cisnormativo é regra quando se trata dos locais de moradia. Pesquisa de 2010 nos Estados Unidos, envolvendo 217 idosos LGBT institucionalizados, mostrou que 23% já haviam sofrido assédio verbal ou físico por parte dos demais residentes, e 14% vivenciaram a mesma experiência, mas praticada pela equipe de saúde. Por isso, o processo de institucionalização é acompanhado por medo fundamentado de ter que esconder a sexualidade. Quando existe local sensível às necessidades, os indivíduos demonstram profunda satisfação.

Com o envelhecimento populacional, outras formas de moradia são debatidas, e a discussão sobre a abordagem à pessoa idosa LGBT nesses locais é fundamental.

Apresentamos breve descrição sobre as outras modalidades de residência:

- Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI): segundo Lima (2005), a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia adotou o

termo ILPI para designar espaços anteriormente conhecidos como "asilos". Abrigam pessoas idosas necessitadas de lugar para morar com cuidado em tempo integral, não apresentam condições de permanecer em seu domicílio e podem ser dependentes ou independentes.

- Cohousing: espécie de vilarejo privado em que os moradores têm a casa individual, mas privilegiam o espaço comum, como cozinha, refeitório e sala de atividades, por exemplo. Ao contrário das ILPIs, nesses locais devem participar ativamente das decisões coletivas do ambiente, como eventos sociais e mesmo sobre a alimentação.
- Centro-dia: serviço cada vez mais estudado nas últimas décadas. Atende às pessoas com mais de 60 anos que necessitam de cuidados durante o dia e que à noite voltam para casa. Além disso, é estratégia que proporcionaria ambiente amigável para o cuidado de idosas e idosos. E ainda, uma das ferramentas mais econômicas para proporcionar alívio emocional e físico para cuidadores de indivíduos com certo grau de dependência.

Com esses conhecimentos em mente, geriatras e gerontólogos devem avaliar individualmente cada caso. Em conjunto com a pessoa idosa, auxiliar a decisão de qual o melhor equipamento para cada um. Porém, independentemente da modalidade escolhida, preconceito, violência física ou verbal e sofrimento por viver no ostracismo ocorrem se a sociedade não enfrentar o debate.

Primeira ponderação se refere ao treinamento dos profissionais que trabalham nos locais. As atitudes são extremamente importantes, pois deles provêm cuidados diretos aos residentes e que apoiariam a diversidade sexual no espaço, além de detectar e eliminar possíveis práticas discriminatórias.

Apesar da importância no contato diário com as pessoas idosas, estudos mostram que os trabalhadores geralmente não recebem capacitação sobre temas LGBT, e consequentemente não se sentem preparados para cuidar dos indivíduos. Hinrichs e Vacha-Haase (2010) desenvolveram pesquisa com 218 funcionários de uma instituição de longa permanência. Evidenciaram que os servidores estavam mais preparados para aceitar relações heterossexuais do que entre dois homens ou duas mulheres.

Para criar espaços em que as pessoas seriam incluídas, respeitadas e queridas, caberia ao administrador um processo educacional para treinar a equipe em todos os níveis.

Além da capacitação, outra iniciativa que auxiliaria é o modelo de abordagem centrado na pessoa. Trata-se de atenção personalizada ao idoso cujo objetivo visa aumentar a autonomia, independência e interação com a equipe de saúde.

Reunimos abaixo alguns exemplos dessa visão:

- Melhorias ambientais, como plantas e animais.
- Oportunidades para convívio social.
- Acompanhamento contínuo de cada residente pelo mesmo trabalhador.
- Envolvimento dos residentes e dos trabalhadores nas decisões democráticas do ambiente.
- Filosofia de cuidado individualizada e humanizada.

Atitudes relacionadas a menores taxas de solidão e depressão, com menor uso de medicações ansiolíticas e antipsicóticas e maior satisfação das famílias. As instituições mais compromissadas com esse pensamento tendem a ser inclusivas e amigáveis em relação à diversidade sexual.

3. Relato de Sissy Kelly

Para contextualizar a problemática apresentada neste artigo, conversamos com Sonia Sissy Kelly – idosa trans, uma das principais militantes pelo direito à moradia para pessoas em situação de rua e LGBT de Belo Horizonte (MG).

Inicialmente, Sissy, partindo de sua história de vida e experiências com outras pessoas idosas LGBT, considera que a moradia sempre foi o grande desafio para a população transgênera e travesti.

> ***Até mesmo para alugar um quarto ou quitinete éramos exploradas pelo falso proprietário, que na verdade era como se fosse um cafetão. Nos sentimos excluídas de tudo, incluindo as políticas de moradia.***
>
> Sissy Kelly, 62 anos

Sem dar voz a pessoas como Sissy, diversos indivíduos repetem discursos nos quais expressam que todos deveriam ser iguais ou deveriam ser tratados de maneira igual. Entretanto, a fala hegemônica de igualdade é perversa quando inserida em contextos que reforçam a invisibilidade e o silenciamento de grupos marginalizados. As expressões tendem a desconsiderar as dificuldades de acesso das minorias sociais, geralmente partindo de visão que relativiza e desqualifica a violência estrutural, ou seja, violência naturalizada e consentida socialmente, que reforça a desigualdade social e o preconceito.

Há necessidade emergencial em favorecer frentes que atuem nos princípios da equidade, tornando justas as formas de acesso, de modo que todas as pessoas possam, independentemente de qualquer fator que as marginalizam, ser atendidas. Ribeiro (2017) enfatiza que "se não se nomeia uma realidade, sequer serão pensadas melhorias para uma realidade que segue invisível", ou seja, devem ser nomeadas situações e realidades em que diversas pessoas estão condicionadas a viver. Para isso é fundamental haver espaços que viabilizem o seu lugar de fala.

Talvez, repousados em nosso lugar de privilégios sociais, não houve a oportunidade de refletir sobre situação como essa.

Estamos inseridos em sociedade machista, racista, LGBTfóbica, xenófoba e tantas outras manifestações de preconceitos e intolerância à diversidade. Reconhecer nosso lugar de privilégio em cada contexto talvez seja importante início para exercer uma escuta qualificada e empática, no reconhecimento e valorização do outro, em seu lugar de fala.

Empoderada e forte o suficiente para romper com o pacto de silêncio e invisibilidade social, Sissy sente-se motivada e inspirada a tentar reverter a realidade.

> ***O que motiva para a luta de uma moradia digna para pessoas idosas LGBT foi quando eu vi que tinha aberto a casa "Retiro dos Artistas", no Rio de Janeiro, que pensei: quantos LGBT artistas já se foram antes da hora por suicídio, e isso não foi contabilizado? Fiquei pensando quantos LGBT faleceram. Lutar pela moradia digna é lutar por essa população. Um dos maiores receios é continuarmos as mesmas e vivendo como nossos pais, sem mudanças para nossa população.***
>
> Sissy Kelly

Os princípios da equidade - adaptar oportunidades, compreendendo diferenças, a fim de torná-las justas, são fundamentais para políticas públicas que garantam a segurança e o acolhimento humanizado e digno para pessoas idosas LGBT.

Não muito distante das realidades cotidianas, costumamos ouvir discursos de profissionais que, repousados em privilégios e limitados em perspectiva de falsa inclusão, questionam se programas específicos voltados à população LGBT não seria uma forma de reforçar a segregação e a criação de guetos. Sissy Kelly enfatiza que não há o que se questionar quando a realidade não faz parte do contexto social, e é preciso desenvolver a empatia e estimular a representatividade no processo.

> *Nestes longos anos de ativismo social militando pelos direitos humanos LGBT, já estou cansada de ouvir sempre as mesmas falas que me deixam indignada cada vez mais... Se nós, pessoas LGBT, exigimos uma casa de acolhimento exclusiva para pessoas LGBT, sempre vai levantar alguém pra dizer que isso é segregar, que melhor seria incluir LGBT nos abrigos existentes como "forma de evolução", integração. Aí eu sempre digo que opinam de seus lugares de privilégios, ao ter tudo e ninguém questionar. Já tivemos essa experiência e nunca dá certo. Os espaços específicos pra acolhimento LGBT são espaços de promoção de saúde e cidadania, assim como Ambulatório Trans. Precisamos lutar pelas candidaturas coletivas LGBT nas próximas eleições para termos representatividade.*
>
> Sissy Kelly

É fundamental criar espaços seguros, em que a identidade, expressão de gênero e orientação sexual de pessoas idosas LGBT sejam preservadas. E é relevante o comprometimento da equipe dos serviços voltada à sensibilização das demais pessoas idosas, pois a violência pode igualmente partir da intolerância e discriminação. Tornar um ambiente seguro, acolhedor e amigável da diversidade é construção cotidiana e deve fazer parte da rotina do serviço.

Sissy acredita que apesar de ser a passos curtos há pequenos avanços e conquistas. Dependem de gestores capacitar e sensibilizar as equipes para as questões da diversidade, em instituições de longa permanência, abrigos ou demais serviços.

> ***A capacitação deve ser permanente com todos os trabalhadores desses equipamentos que atuam com pessoas. O espaço deve ser inclusivo às pessoas LGBT, e a capacitação mais permanente e criteriosa. As pessoas precisam respeitar a nossa identidade de gênero e orientação sexual.***
>
> Sissy Kelly

Sissy Kelly enfatiza o quanto ainda há por fazer. Os acessos se dão de forma diferente, conforme padrões socioculturais que podem ou não limitar as possibilidades de inclusão em programas sociais, serviços de saúde e moradia.

Lucon (2017) apresentou pesquisa empírica na qual buscou idosos gays inseridos em serviços voltados para pessoas idosas. Foram mais de 100 ligações telefônicas e 12 visitas a 40 instituições de longa permanência, casas de apoio, repouso, albergues e abrigos em São Paulo.

De acordo com o jornalista, apenas um abrigo declarou que um gay morava lá. Outro disse que um homossexual morador precisou voltar ao armário por sofrer preconceito de outros moradores.

Destacou ainda como os profissionais que atuam nesses serviços não estão preparados para lidar com a diversidade, reproduzindo discursos e condutas generalistas que desconsideram as especificidades das pessoas idosas atendidas.

O "voltar para o armário" – ou seja, desconstruir a expressão e identidade de gênero ou orientação sexual na vida, de modo a assumir postura condizente com as normas socioculturais, na maioria das vezes baseada na hétero-cis-normatividade, é com frequência condição para ser atendido. E ainda para conviver em ambiente no qual a violência seja menos visível, mesmo sendo em contexto de violência.

4. Considerações finais

As questões socioculturais influenciam diretamente o processo de envelhecimento. Pessoas LGBT inseridas em contexto de violência estrutural,

cerceadas pela hétero-cis-normatividade, podem ter agravadas na velhice situações que contribuam para o isolamento social e solidão, poupando-lhes o direito da autonomia e independência.

Para garantir condições de habitação digna, que favoreça conforto, segurança e participação social de pessoas idosas, em serviços ou em casa, deve haver políticas baseadas no princípio da equidade. Consideram os contextos sociais e como se dão as formas de acesso, que podem ou não ser prejudicadas por questões socioculturais.

O projeto proposto pela OMS em 2008 apresenta diretrizes metodológicas relevantes para a representatividade das pessoas idosas em uma "cidade amiga do idoso". Mas ainda há muito a fomentar para o poder público estar de fato comprometido com as velhices nos diferentes contextos.

É fundamental propor espaços de capacitação sobre as especificidades das velhices LGBT para todos os profissionais envolvidos. E mesmo quando não houver aprofundamento nesses pontos, pesquisadores mostram que locais cuja filosofia é a abordagem centrada na pessoa, há melhores índices de respeito à diversidade sexual e de gênero.

Por fim, respeitar o lugar de fala das diferentes velhices é indispensável para garantir a equidade na luta por acesso à moradia digna e inclusiva. Apenas assim a gerontologia conseguirá reduzir as vulnerabilidades de todos aqueles que deseja abraçar.

Referências bibliográficas

1. Bell AS, Bern-Klug M, Kramer Kw, Saunders JB. **Most nursing home social service directors lack training in working with lesbian, gay, and bisexual residents**. Soc Work Health Care 2010; 49 (9): 814-31.
2. Brownie S, Nancarrow S. **Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review**. Clin Interv Aging 2013; 8: 1-10.
3. Costa, M.C.N.S. & Mercadante, E.F. (2013, março). **O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso**. Revista Kairós Gerontologia,16(2), 209-222.
4. Hinrichs KL, Vacha-Haase T. **Staff perceptions of same-gender sexual contacts in long-term care facilities**. J Homosex 2010; 57 (6): 776-89.
5. Lanz, L. **O corpo da roupa: a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero. Uma introdução aos estudos transgêneros**. 2ª ed. Curitiba: Movimento Transgente, 2017.
6. Lucon, N. **O duplo sofrimento de idosos gays em asilos: abandono e preconceito**. Pragmatismo Político. 23 de janeiro de 2017. Acesso: https://www.pragmatismopolitico.com.br/2017/01/sofrimento-idosos-gays-asilos-abandono-preconceito.html

7. National Senior Citizens Law Center. **LGBT older adults in long-term care facilities: Stories from the field**. 2011. http://www.lgbtlongtermcare.org/authors/ (Acessado em 20/10/2018).
8. Organização Munidal da Saúde (OMS). **Guia Global:Cidade Amiga do Idoso**. Genebra, 2008.
9. Reis, T., org. **Manual de Comunicação LGBTI+**, 2ª edição. Curitiba: Aliança Nacional LGBTI/ GayLaino, 2018.
10. Ribeiro, D. **O que é lugar de fala?.** Belo Horizonte: letramento, 2017.
11. United Nations Information Centre. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Disponível em: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por. Acessado em 13/10/2014.
12. Villar F, Serrat R. **Changing the culture of long-term care through narrative care: Individual, interpersonal, and institutional dimensions**. J Aging Stud 2017; 40: 44-8.

Envelhecendo em casa e na comunidade: idosos que residem sozinhos e sua rede de suporte social, um desafio para as políticas públicas

Marisa Accioly, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, Andrezza Santos

Família, suporte social e envelhecimento

Faz parte da dimensão humana para sua perpetuação e sobrevivência o desejo de pertencer, ser significativo para algo ou alguém, sentir-se integrado a um *Lócus* de solidariedade, apoio e cuidados, sendo a família o primeiro meio no qual esse conjunto de fatores se efetiva.

A família nuclear pode ser entendida e definida como sistema complexo que atua em contextos sociais específicos e singulares, a depender da cultura, valores, papéis e funções de seus membros, que interagem articulando três elementos centrais: estrutura, estágio de desenvolvimento e capacidade de adaptação frente às circunstâncias que ocorrem no percurso.

Uma das funções básicas e essenciais da família é ser fonte primária e contínua de suporte social aos seus membros. O suporte familiar possibilita se sentirem cuidados, amados e valorizados, além de garantir minimamente o pertencimento do indivíduo a uma rede de relações comuns e mútuas (RABELO; LEMOS e MEDEIROS, 2017).

As redes de suporte social existem caracterizadas pelos diversos laços (familiares, amizades, romances) nos quis há relação de dar e receber. Essas redes podem sofrer mudanças estruturais e funcionais com o tempo, de acordo com as necessidades das pessoas (LEMOS e MEDEIROS, 2017).

O suporte social se configura, pois, em dinâmica e constructo social multidimensional, envolvendo diversos aspectos e interações que sofrem transformações no curso do ciclo da vida, imbricados com os percursos individuais (BORRERO apud RABELO e NERI, 2016; DUARTE e DOMINGUES, 2020, LEMOS e MEDEIROS, 2017).

Envelhecimento e tipos de suporte social

As redes sociais formais são compostas por profissionais da área da saúde e social, enquanto as informais são oriundas, entre outros, de vínculos provindos da família, amigos, vizinhos e pessoas da comunidade, que funcionam como suporte ao oferecer aproximação afetiva, solidariedade, amizade ou caridade (FIRMINO e NERI, 2016; DABAS, LEMOS e MEDEIROS, 2016). A rede social informal aos idosos é extremamente importante, pois tem a função de fornecer apoios instrumental, material, informativo e afetivo, além de contribuir para o bem-estar emocional, satisfação com a vida e reciprocidade entre os membros.

Considerando a redução dos núcleos familiares, é imprescindível ao idoso contar com novas relações que consigam suprir as demandas apresentadas, principalmente os que residem sozinhos. Residir sozinho é cada vez mais alternativa legítima que reforça o conceito de autonomia relacionada à pessoa idosa. O que deve gerar atenção e cuidado nessa situação é o motivo da escolha: opção ou falta de opção?

Para qualquer tipo de configuração social, cabe à família, à comunidade e ao poder público averiguar e prover o necessário para manter uma vida digna e com qualidade, levando em consideração a capacidade intrínseca e funcional, em consonância com a independência e a autonomia das pessoas idosas.

Envelhecendo em casa e na comunidade

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs a política *Age in Place* como processo de adaptação ambiental que requer aproximação em nível social, psicológico e ambiental (OMS, 2015). Outras pesquisas moldam o conceito em dimensão social, considerando-o fenômeno moderno motivado pela responsabilidade social de proteger e cuidar dos idosos, principalmente os mais vulneráveis, repetindo a mudança de paradigma nas políticas sociais de apoio aos idosos, ao considerar prioritária a vontade do idoso em permanecer em seu ambiente familiar e comunitário o maior tempo possível e de modo independente (OMS, 2012; FONSECA, 2015).

Preconiza-se nessa dinâmica a valorização maior da autonomia e da independência dos idosos, oferecendo-lhes maiores momentos de interação social e acesso a vários serviços. No entanto, atender à heterogeneidade do perfil dos idosos, da disponibilidade de recursos e de vontades se configura grande desafio para a família, comunidade, profissionais e políticas públicas. O objetivo social se vale para a promoção da qualidade de vida dos idosos, do seu bem-estar e manutenção da integração social ativa, tentando ao máximo atender às diversas demandas (FONSECA, 2015).

A palavra "place" refere-se ao espaço físico e contextos que permitem à pessoa mais velha preservar os significados de sua vida, como as dimensões culturais (valores, crenças), sociais (relações interpessoais) e emocionais (envolvendo sentimento de pertencimento atribuído a determinado espaço) (LECOVICH, 2014, FONSECA, 2015).

É desejo de muitas pessoas idosas continuar a viver no próprio lar até as idades mais longevas. Viver no lugar *(Age in Place)*, com ambientes amistosos e afáveis, é algo a ser cada vez mais considerado. Segundo o relatório Envelhecimento e Saúde da OMS (2015), a opção considera a capacidade intrínseca de cada pessoa e a mediação de sua capacidade funcional e mediação com o meio que co-habita como centrais para os idosos permanecerem em seu lar. Muitas vezes as pessoas não habitam no melhor local possível, não dispõem de ambiente amistoso para permanecer onde estão.

Dialogando com a mesma premissa, o Estatuto do Idoso, em seu artigo 3º "*referenda ser dever da família, comunidade e Poder Público manter o idoso em casa e na comunidade pelo maior tempo que lhe for possível"* (BRASIL, 2003).

Os serviços vigentes atualmente trazem luz para esse trabalho conjunto e representam experiência exitosa de gestão mais ampla de várias frentes de serviços para o público idoso, como pode ser visto na Resolução de Atuação Conjunta nos Serviços Sociossanitários. Ela exemplifica o desenvolvimento de um trabalho integrado de serviços das áreas social e de saúde, centrados na população idosa (RESOLUÇÃO Nº 001/2020-SMS-SMADS). Juridicamente, os serviços sociossanitários integrados ou híbridos são aqueles cuja gestão é feita pelo órgão público da Saúde e da Assistência Social simultaneamente, com enfoque na articulação dessas redes e no cuidado de média e longa duração para pessoas idosas.

A Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde desenvolveu um plano de Orientações Técnicas para a Implementação de "linha de cuidado" voltada à atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. Ressaltam-se diversas ações essenciais à efetivação do cuidado ao idoso:

> *"...articulação entre os diferentes pontos de atenção, que integram os diferentes níveis e ofertas de cuidado, a corresponsabilidade pelo cuidado entre os profissionais que integram a equipe multidisciplinar, a regulação dos fluxos a 66 partir da trajetória do usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS), o apoio aos familiares e cuidadores, assim como a garantia de participação da pessoa idosa no seu cuidado, são fundamentais para que a atenção ofertada atenda de forma integral e integrada às necessidades das pessoas idosas. Da mesma forma, para a implementação da linha de cuidado, o gestor deve contemplar ações e iniciativas relacionadas à dimensão macro (organização da gestão) e micro (relacionadas ao processo de trabalho das equipes de saúde)".* (BRASIL, 2018)

Distintos projetos mostram que a participação social no enfrentamento da problemática da atual pandemia Covid-19 com idosos que residem sozinhos pode render bons frutos. Um deles denomina-se "Doa Tempo". Pessoas que estão em casa e com tempo livre nesse período de distanciamento social podem doar um pouco de atenção aos idosos, virtualmente, gravando ou conversando por vídeo, atualizando-os em relação às notícias, conversando por mensagem de texto, tocando instrumentos, ensinando algo que tenha habilidade, recitando textos, poemas, contando histórias ou fazendo oração. A pessoa idosa escolhe se quer participar e em quais atividades, e seleciona as instituições cadastradas para a ação.

Há o chamado "Anjos do Whats", estimula a população a checar nos próprios contatos do whatsapp pessoas idosas que residam sozinhas. A partir de um primeiro contato, inicia-se o vínculo para atenção das demandas, caso existam e ele deseje. O site coloca à disposição tutoriais orientando os idosos a utilizar essa e outras plataformas, aproximando-o com maior facilidade do mundo virtual.

Na Grande Recife, Pernambuco, uma Organização Não Governamental (ONG) denominada "Novo Jeito" conta com voluntários que se oferecem para ajudar idosos e outras pessoas que necessitam pagar contas, fazer compras ou passear com animais domésticos. O grupo de voluntários conversa, via telefone, com os que se sentem sozinhos no período de distanciamento social.

Experiência que colabora com a construção da política *Age in Place* é a estratégia do Bairro Amigo do Idoso, aplicada nos bairros do Brás e da Mooca, em São Paulo, desenvolvida por pesquisadores da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo – EACH/USP, que relaciona ambiência e construção da cidade voltada a um envelhecimento saudável. A pesquisa é desenvolvida por meio de grupos focais que mostram as pessoas idosas protagonistas das próprias histórias, expressando desejos e necessidades, o que caracteriza as demandas essenciais, as quais poderão contribuir ao reordenamento das políticas públicas. São exemplos importantes de análise da comunidade por meio de um levantamento das estruturas, serviços oferecidos, experiências e vivências dos próprios moradores (BESTETTI, 2012).

Desse modo, compartilhando os resultados e reconhecendo o exercício das melhores práticas, pesquisadores dos mais diversos contextos nacionais podem contribuir para ambientes compatíveis com a atividade na velhice, a partir da visão biopsicossocial. Buscar os atributos do espaço físico e emocional através de projetos bem elaborados para essa finalidade, em níveis de complexidade que vão desde peças do mobiliário até cidades planejadas, certamente contribuirá para o aperfeiçoamento da qualidade de vida que almejamos para um envelhecimento saudável, em busca de melhor bem-estar e equilíbrio ambiental. (BESTETTI; GRAEFF; DOMINGUES, 2012)

Exemplos exitosos de participação da sociedade civil em intervenções benéficas à população idosa e dos dirigentes para o reordenamento conjunto das ações voltadas a grupo etário.

Idosos que residem sozinhos na cidade de São Paulo

Segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade), hoje, a proporção de idosos no Município de SP gira em torno de 15% (n=1.843.616). Estima-se para 2050 crescimento para 30%. Ressaltam-se as diferenças regionais, essenciais ao planejamento das ações por conta das divergências no acesso aos serviços de saúde, educação, equipamentos culturais, níveis de violência urbana, acesso ao trabalho formal e condições de moradia, fatores que influenciam a permanência ou não da pessoa idosa na própria casa com o avançar dos anos.

Deslocando para o cenário da pandemia Covid-19, a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde alertam sobre a gravidade da doença, por ser nova, altamente transmissível entre humanos,

muitas vezes silenciosa, presença de assintomáticos que poderão transmitir o vírus sem ao menos saber que o contraíram. Dentre as pessoas com maior risco de ter a doença agravada encontram-se as pessoas idosas e indivíduos em outras faixas etárias com doenças preexistentes, como diabetes e cardiopatias, além de doenças pulmonares (OMS, 2020).

Dados do Estudo SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, estudo longitudinal de múltiplas coortes sobre as condições de vida e saúde dos idosos residentes em SP, mostram que, entre os mais de 1,8 milhão de idosos, 16% (n=290.772) residem sozinhos, sendo 27,2% com idade ≥ 80 anos. E 7,8% desses (n=22.680) têm idade ≥ 90 anos; 63,1% (n=183.477) referem multimorbidades (duas ou mais doenças simultâneas), sendo as três principais a hipertensão arterial (67,9%, n=197.434), doença articular (38,3%, n=111.365) e diabetes (25,4%, n=73.856); 47,2% (n=137.244 utilizam polifarmácia - cinco ou mais medicamentos simultâneos; 65,1% estão em processo de fragilização (n= 189.292) e 26,7% (n=77.636) necessitam de cuidador para auxílio nas atividades cotidianas, mas residem sozinhos).

As informações se tornam ainda mais importantes no momento de pandemia, pois, pergunta-se: os idosos, caso permaneçam em distanciamento social e protegidos, quem os auxiliará nas atividades cotidianas e aquisição de medicamentos, alimentos e insumos? Verificou-se que 2,9% (n= 8.432) dos idosos que residem sozinhos são completamente solitários, pois referem que, em caso de necessidade, não têm ninguém com quem contar - parentes, vizinhos, voluntários, agentes profissionais da área social e de saúde para auxiliá-los (DUARTE, SANTOS, 2020).

Nesse momento em que as tecnologias virtuais estão sendo muito valorizadas para a manutenção do distanciamento social, verificou-se que entre os idosos que residem sozinhos em SP apenas 26,6% utilizam computador/internet (n=77.345). Por outro lado, 32,9% (n=95.663) têm dificuldades, não possuem ou não utilizam telefones (fixos/celulares). Segundo Duarte e Santos (2020), deve-se mostrar à sociedade a existência desses idosos, que podem estar sozinhos e sem apoio. Precisam da atenção e auxílio da sociedade civil e das instituições públicas sociais e de saúde.

Em nosso meio, os efeitos desses fatores associam-se a dificuldades de acesso a serviços de saúde e à escassez de informações e oportunidades à manutenção das condições físicas e funcionais na velhice (PINTO; NERI, 2013). Conhecer o perfil do idoso que reside sozinho merece especial atenção, pois uma rede integrada de apoio formal e informal precisa mostrar-se eficaz, eficiente, atuante e integrada. O retrato mostrado pela pandemia dá a oportunidade de organização ao enfrentamento dessa e de outras situações similares que ocorrem para garantir a segurança e a assistência adequada a esse grupo etário.

Nesses casos, o isolamento social orientado pela Organização Mundial da Saúde não consegue ser cumprido em sua totalidade por essa parcela

da população mais sensível à doença. Além de se expor mais fisicamente, terá menos chances de receber rapidamente suporte social ou da área da saúde, caso adoeça.

O preconceito, a ignorância e o desconhecimento sobre o envelhecimento e a velhice ajudam a propagar informações não verdadeiras e disseminar atitudes negativas, como velho tem que ficar em casa, velho tem que ficar preso, entre outras muitas brincadeiras e comportamentos em relação aos idosos na pandemia. Cada vez mais estão isolados, correndo mais perigos de contrair a doença. O idoso precisa lutar diariamente contra dolorosos discursos difamatórios que muitas vezes apenas espalham ódio e dor.

E a quem os idosos vão recorrer? Há políticas públicas que possam auxiliá-los? Qual o papel da comunidade?

Na Constituição Federal de 1988 e no Estatuto do Idoso mostra-se que a família, a sociedade e o Estado são responsáveis pela assistência e cuidado do idoso, quando necessário, porém há muitas dúvidas sobre onde começa e onde termina a responsabilidade. . Dados do Estudo ELSI-Brasil mostram que cerca de 93% dos idosos que necessitam de cuidados o recebem de familiares (GIACOMIN el al, 2018). Deve-se pensar que há diversos tipos de família, e que, por mais que seja a provedora de cuidados, pode haver muitos conflitos.

Morar sozinho e viver em comunidade:

Idosos que moram sozinhos requerem do Estado políticas públicas integradas, em especial da área social e da saúde, que valorizem uma vida segura, com autonomia e independência.

O conceito de *Age in Place* visa estimular a vida do idoso no ambiente em que se sente bem e é acolhido - sua casa (FONSECA, 2019). O local está inserido em um meio maior, em uma cidade, em uma comunidade, em um bairro, e todos os cenários precisam ser avaliados para a pessoa idosa residir de forma segura e digna no local onde está.

Parcela significativa de idosos vive em meios desfavoráveis, insalubres. Questões que devem ser enfrentadas pelos governos e comunidade, ou seja, uma rede formal e informal de atenção.

Vale destacar o fator da desigualdade social, realidade perversa no país, acentuado na capital de São Paulo. A assimetria social perpetua e penaliza as classes sociais menos favorecidas, com menos escolaridade, renda, habitação inadequada, restringindo direitos básicos, como saúde de qualidade, direito à cultura, trabalho e moradia, direito à mobilidade e segurança e, enfim, direito a um meio ambiente saudável (Rede Nossa São Paulo, 2019).

***Com isso, endossamos a função de se entender o *Age in Place* e sua interpretação relativa às situações socioambientais e econômicas para então haver mais subsídios a fim de impactar de forma assertiva junto ao idoso os

serviços voltados a ele e à comunidade. Por isso, é significativo ressaltar que as políticas devem se adequar às diversas demandas da população idosa e aos recursos dispostos na região.

Sobre o aspecto da rede social reduzida do idoso que mora só, deve-se recordar que a rede vai além do meio familiar, podendo dela fazer parte amigos, vizinhos, conhecidos próximos. Aprofundar o conhecimento em possíveis suportes sociais informais de idosos sozinhos é essencial para se entender como sozinhos ou talvez abandonados realmente estejam. Isso mesmo nos casos de maior isolamento social. Os idosos têm um mínimo de conhecimento da região e são reconhecidos localmente, pois costumam habitar por maiores períodos em sua residência. O real conviver em comunidade permite ao idoso manter relações, mesmo diminutas, e redes comunitárias de bem-estar, que podem ajudar em tempos difíceis.

A análise é fundamental para os pilares do programa Envelhecer em Casa e na Comunidade, cujos objetivos são garantir a vivência adequada, acessível, entornos adaptados aos idosos, além de oferecer apoio básico e serviços de saúde que cumprirão o papel importante de assegurar assistência ao lugar onde vivem.

É essencial reorientar os modelos de atenção a fim de priorizar a atenção primária e atenção comunitária (OMS, 2017). As orientações incluem maiores intervenções nos locais, participação da comunidade e sistema de saúde e social integrados. Um exemplo efetivo são as visitas constantes em domicílio de profissionais da saúde (FONSECA, 2019).

É imprescindível ressaltar que há diversas políticas incentivadoras da aproximação dos programas de atendimento à população, como a Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF fortaleceu a porta de entrada para o SUS, o qual prevê um cuidado integral, equânime e contínuo. A política é responsável por ampliar o atendimento da atenção primária à saúde, e colocar equipes multiprofissionais para compor as equipes do programa. A equipe faz levantamentos de dados das regiões responsáveis em visitas e acompanhamentos individuais na residência, traça o perfil das famílias ou das pessoas por residência, e então monta estratégias para atender às demandas da população da região (Política Nacional de Atenção Básica, 2012).

Trabalhando em colaboração com a população, a equipe de saúde consegue averiguar casos de risco mais vulneráveis, e ficar em alerta. Em outras palavras, o próprio SUS busca incentivar os objetivos traçados pelo *Age in Place* por meio do desenvolvimento de ações centradas nas pessoas e em suas famílias.

A relevância de haver o trabalho extremamente próximo das equipes de saúde com a comunidade se justifica pelo perfil dos idosos que moram sós. Em sua grande parcela apresentam uma ou mais comorbidades e servem de

alerta para os trabalhos centrados em sua saúde e a rede de suporte que o acompanha rotineiramente.

Há a possibilidade de estimular cada vez mais o trabalho da ESF e dos profissionais da saúde para atender aos idosos que moram sós, e estabelecer com o idoso e a rede social comunitárias planos para o suporte ser efetivo e continuado.

Além disso, reconsiderando os programas voluntários aqui apresentados, entende-se que os trabalhos foram muito importantes para "tapar o buraco" da falta de assistência do poder público. Ajudaram a fortalecer o poder comunitário frente ao enfrentamento das adversidades com a população vulnerável. No entanto, isso deve servir de incentivo maior para os serviços de saúde e da assistência social ampliar e fortalecer sua atuação articulada e contribuir ao atendimento e cuidado integral e contínuo, principalmente aos que mais precisam do apoio.

Considerações finais:

O suporte social, responsável pelo apoio emocional, estrutural e fortalecedor frente às questões da vida das pessoas idosas, não é suficiente para prover o necessário para continuar em casa e na comunidade.

Morar sozinho deve ser considerada uma opção, fruto da autonomia, capacidade de gerir a vida.

Porém, é significativo quando pessoas que necessitam de apoio não têm com quem contar.

Cabe à família cuidar, porém, apenas a família muitas vezes não consegue oferecer atenção continuada sem o apoio de rede formal, provinda de profissionais capacitados, como preconizado pelas Políticas Públicas para a Pessoa Idosa.

Em especial nas situações de rede informal muito diminuta, com poucos parentes, amigos, vizinhos e voluntários para solicitar apoio mínimo, há grave descumprimento de políticas públicas, que não permitem se tornar viável o preconizado pela OMS para se viver em casa e na comunidade, *Age in Place.*

A sugestão, portanto, é que se efetivem políticas sociais e de saúde voltadas ao apoio integral às pessoas idosas, articulando os cinco pilares do *AiP*: lugar, pessoas, serviços centrados na pessoa, produtos e políticas de apoio social.

É imprescindível uma gestão gerontológica que coordene serviços, programas e ações de curto, médio e longo prazo em favor da população idosa, estimulando iniciativas que valorizem a vida, a dignidade e a possibilidade de viver em casa e na comunidade da melhor maneira possível, pelo máximo tempo que for viável.

Referências bibliográficas

1. ALVARENGA, M; OLIVEIRA, M.; DOMINGUES, M.; AMENDOLA, F. & FACENDA, O. Rede de Suporte social do Idoso Atendido por Equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde**. Coletiva (Online), 1, 1-11. 2009.
2. ANDRADE, G. & VAISTMAN, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade saúde. **Ciências Saúde Col**.; 7(4): 925-934. Disponível em <URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1413>. [2004 Jun 02]. Acesso em: 02 jun 2020.
3. BESTETTI, Maria Luísa Trindade; GRAEFF, Bibiana; DOMINGUES, Marisa Accioly. O impacto da urbanidade no envelhecimento humano: o que podemos aprender com a estratégia Cidade Amiga do Idoso? **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 15, p. 117-136, 2012.
4. BORRERO, 2008; FIRMINO e NERI, 2016
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no sistema único de saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2018.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (SUS)**. Brasília, DF, 2012.
7. BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out 2003, Seção 1, Página 1
8. DUARTE, Y. A. O.; DOMINGUES, M. A. R. Referencial Teórico. In:_____. **Família, Rede de Suporte Social e Idosos: Instrumentos de avaliação.** São Paulo: Bluncher, 2020. p. 7 - 41.
9. ERBOLATO, R. Relações sociais na velhice, In: E.V. Freitas & L. Py. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 957-964, 2016.
10. FONSECA, A. M. **Ageing in Place – Boas Práticas em Portugal**. Portugal: Ed. Fundação Calouste Gulbenkian / Faculdade de Educação e Psicologia — Universidade Católica Portuguesa, 2019.
11. GARCIA-PINTOS, C. **A família e a terceira idade: orientações psicogerontológicas**. São Paulo: Paulinas, 1997.
12. GIACOMIN, Karla Cristina et al. Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas–ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 9s, 2018.
13. GIACOMIN, K. C. Envelhecimento populacional e os desafios para as políticas públicas. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. **Políticas Públicas para um país que envelhece.** São Paulo: Martinari, 2012.
14. LEMOS, N.F.D. & MEDEIROS, S.L. Suporte social ao idoso dependente. In: E.V. Freitas & L.Py. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1404- 1409, 2016.
15. MORTARI, L. A consistência relacional do ser-aí. In:_____. **Filosofia do Cuidado**. São =Paulo: Paulus, 2018. p. 37-50.
16. NERI, A. L. Sociabilidade. In:_____. **Palavras - chave em Gerontologia**. 4ª edição. Campinas, SP: Editora Alínea, 2014. p. 328 - 334.

17. PINTO, J. M., & NERI, A. L. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibra. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(12), 3449-3460, 2013.
18. SÃO PAULO (Capital). RESOLUÇÃO Nº 001/2020-SMS-SMADS, Protocolo Preliminar, Atuação conjunta nos serviços sócio sanitários. **Diário Oficial da Capital de São Paulo**, São Paulo,10 jan. 2020. p. 16.
19. SLUZKI, C. **A rede social na prática sistêmica: alternativas Terapêuticas**. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
20. Vaillant, G. E. **Triumphs of Experience: The Men of the Harvard Grant Study**. Cambridge: Harvard University Press, 2015. Brasil, pesquisa ELSI

Webgrafia

1. ANJO NO WHATS, 2020. Disponível em <http://saudeeenvelhecimento.com.br/anjo/>. Acesso em: 22 mai. 2020.
2. DOA TEMPO, 2020. Disponível em <doatempo.webflow.io>. Acesso em: 22 mai. 2020.
3. ONG Novo Jeito, Pernanbuco, 2020. Disponível em <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2020/03/19/coronavirus-voluntarios-oferecem-ajuda-a-idosos-e-companhia-por-telefone-para-lidar-com-isolamento.ghtml>. Acesso em: 09 jun. 2020.
4. ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genevs. c2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf%3Bjse>. Acesso em: 02 jun. 2020.
5. OPAS, Folha Informativa - COVID-19. Disponível em <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875>. Acesso em: 22 mai. 2020.
6. REDE NOSSA SÃO PAULO. Mapa da Desigualdade de São Paulo. 2019. Disponível em <https://www.nossasaopaulo.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Mapada_Desigualdade_2019_apresentacao.pdf>. Acesso em: 02/07/2020
7. SÃO PAULO. Prefeitura. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano; Coordenadoria de Produção e Análise de Informação. Informes Urbanos: Retrato da pessoa idosa na cidade de São Paulo. São Paulo, 2019. Disponível em <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/urbanismo/dados_estatisticos/informes_urbanos/?p=273565>. Acesso em 27 maio 2020.
8. ZIEGLER, M. F. Epidemia de coronavírus exige da sociedade maior atenção ao idoso. Agência Fapesp, São Paulo, 21 abril 2020. Disponível em: <http://agencia.fapesp.br/epidemia-de-coronavirus-exige-da-sociedade-maior-atencao-ao-idoso/32990/>. Acesso em: 22 mai. 2020.

Idosos em situação de rua: cenário e possibilidades de acolhimento

Sabrina Almeida da Silva

Introdução

Paralelamente ao crescimento da população idosa observado nas últimas décadas, notou-se aumento no número de idosos em situação de rua e a criação de equipamentos capazes de acolher e auxiliar os indivíduos.

A velhice é fase heterogênea contida no processo de envelhecimento. Como destacado por CÔRTE e MEDEIROS (2009), a heterogeneidade da velhice se expressa quando envelhecemos e a vivenciamos de múltiplas formas, de acordo com os inúmeros determinantes do envelhecimento. As autoras ainda ressaltam que diversos são os fatores envolvidos na manifestação da heterogeneidade: contextos histórico, sociocultural e político, experiências de vida, personalidade, crenças, valores, eventos normativos e não normativos, gênero, relações familiares, condições econômicas, entre tantos outros elementos que, combinados, formam indivíduos completamente distintos.

Com base na heterogeneidade da velhice, é fundamental que se pense nas inúmeras possibilidades de atendimento. Portanto, a população idosa em situação de rua deve ser cada vez mais incluída como objeto de estudo e ações, pois estão em contexto de dupla vulnerabilidade, por serem idosos e em situação de rua.

No Brasil, a população em situação de rua foi definida pelo art. 1º do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua:

> O grupo populacional heterogêneo que possui, em comum, a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular. Essa população se caracteriza, ainda, pela utilização de logradouros públicos (praças, jardins, canteiros, marquises, viadutos) e áreas degradadas (prédios abandonados, ruínas, carcaças de veículos) como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como de unidades de serviços de acolhimento para pernoite temporária ou moradia provisória.

De acordo com BOARETTO (2005), a definição é importante para práticas sociais e instituições governamentais que buscam instaurar o campo de ação. Não obstante, definir uma população tão heterogênea pode reduzir e simplificar o segmento em um bloco homogêneo, suprimindo as variadas formas de expressão. A autora ressalta que a homogeneização pode fazer com que a velhice nas ruas se torne ainda mais invisível, perdendo particularidades e dificultando o processo de atendimento e criação de políticas públicas específicas.

Foram verificadas por SILVA (2009) cinco características comuns da população em situação de rua: pobreza extrema, heterogeneidade, vínculos familiares rompidos ou fragilizados, ausência de moradia convencional regular e utilização da rua como forma de moradia e sustento temporário ou permanente.

Para compreender de modo mais amplo e profundo o que representa a situação de rua explorar-se-á a seguir o significado de dois importantes conceitos: "pobreza" e "exclusão".

A pobreza, de acordo com MARTINS (2003), é conceito de múltiplas dimensões e se manifesta não somente pela escassez de bens materiais, mas ainda de direitos, oportunidades, informações, possibilidades e esperanças. A população em situação de rua está inserida em contexto de pobreza excessiva. Quando se pensa no segmento, a primeira ausência que tende a surgir em mente é a financeira. Porém, existem outras inúmeras e preocupantes carências advindas da população muitas vezes esquecidas ou negligenciadas, que interferem direta e diariamente na qualidade de vida.

MARTINS (2002) ressalta a naturalização da situação de rua, pois os indivíduos em extrema miséria com frequência passam despercebidos e ignorados mesmo em grandes metrópoles, com fluxo e circulação intensos de pessoas.

O excluído é visto por CASTEL (1998) como ser invisível que não afeta ou interfere na rotina do planeta. Para ele, "os excluídos são os que estão fora das estatísticas, escapam aos sistemas previdenciários e de assistência, que são retirados de seus territórios, que são depositados em asilos, que vivem vagando em não-lugares nos quais sua presença não é notada porque não influem em nada e para nada" (CASTEL, 2007 apud VEIGA-NETO e LOPES, 2011, p. 20).

O autor reconhece a exclusão social como conceito dinâmico, podendo transitar entre vulnerabilidade e inexistência social. CASTEL (1998) opta por usar o termo "desfiliação", pois "exclusão" indica falta, mas por um aspecto superficial, sem informar do que é composta ou de onde procede.

É essencial perceber que a exclusão do dependente químico se distingue da exclusão do desempregado estrutural, e exige ações sociais diferentes para reintegrar cada um dos grupos. O mesmo acontece com idosos. Muitas vezes podem desenvolver déficits físicos e/ou cognitivos que interferem na qualidade de vida e capacidade de desempenhar atividades de vida diária ou atuação no mercado de trabalho. A aposentadoria ou obtenção de outros benefícios se torna primordial para a sobrevivência digna, com frequência a única fonte de renda.

CANIZARES e JACOB FILHO (2011) ressaltam que a perda do vínculo empregatício pode trazer consequências negativas no âmbito emocional e social, resultando em possíveis comprometimentos funcionais, fazendo com que o aposentado se sinta ainda mais excluído da sociedade.

A fim de não homogeneizar, devem ser salientadas as diferentes percepções, baseadas no tempo de permanência nas ruas. VIEIRA *et al.* (1992) reconhecem três categorias: "ficar na rua", "estar na rua" e "ser da rua". A primeira categoria, "ficar na rua", trata de eventos recentes (como desemprego ou migração) que ocasionaram a falta de moradia. Pessoas que ao menos tentam manter os vínculos familiares e alguns projetos de vida. Geralmente buscam lugares alternativos para permanecer, que não sejam as ruas, e possuem como expectativa a saída da situação de rua. A segunda categoria, "estar na rua", trata de indivíduos que já estão nessa situação por algum tempo, mantêm o contato familiar em menor escala, assim como os planos de vida, e se identificam como trabalhadores desempregados. A última categoria, "ser da rua", se refere a pessoas que estão permanentemente nessa situação e têm a rua como local de referência. Na maior parte dos casos não mantêm qualquer tipo de vínculo familiar e veem dificuldades em mudar a situação em que se encontram. De toda forma, os serviços de acolhida são úteis para qualquer uma das categorias, e cabe aos profissionais dos equipamentos dar o direcionamento necessário para cada indivíduo buscar alternativas.

Por conseguinte, estudos e ações acerca das especificidades da exclusão da população idosa em situação de rua são profundamente importantes, de modo que a atuação com o segmento seja abrangente e focada nas necessidades particulares.

Pesquisas da Age Friendly City (2016), National Coalition for the Homeless (2009) e Boaretto (2005) concluíram que há elevado debate culminando em acordo entre estudiosos da área, de que indivíduos em situação de rua se tornam física e psicologicamente mais frágeis e debilitados, acelerando o envelhecimento, como consequência das condições a que estão expostos. Portanto, acredita-se que pessoas com idade igual ou superior a 50 anos já podem se enquadrar na categoria "idosos em situação de rua", pois apresentam as mesmas enfermidades físicas e/ou cognitivas daqueles com idade superior a 70 anos, que possuem residência fixa e melhor qualidade de vida.

Estudo da National Coalition for the Homeless (2009) constatou que a taxa de mortalidade entre essa população tende a ser de três a quatro vezes maior.

A pesquisa censitária da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social verificou no ano de 2019 o total de 24.244 indivíduos em situação de rua no município de São Paulo. Destes, 12.651 (52%) residiam de fato nas ruas, enquanto 11.693 (48%) residiam em centros de acolhida.

No que diz respeito aos idosos, foram recenseados 2.211 indivíduos, 1801 (81%) acolhidos e 401 (18%) residindo nas ruas; 87% eram homens e 49% pretos ou pardos.

O serviço de acolhimento institucional passa a ser fundamental para atender e suprir demandas vitais, como alimentação e moradia, pois mesmo

com os serviços ofertados atualmente, existe grande parcela de indivíduos residindo de fato nas ruas. É essencial que os profissionais designados a lidar com esse público saibam identificar as complexas e variadas demandas, muitas vezes imperceptíveis aos olhos da sociedade. ALCANTARA (2016) admite que além dos profissionais, o Estado brasileiro deveria estar qualificado para atender ao segmento em diversos âmbitos, como saúde, assistência social, previdenciário, segurança pública, habitação e lazer.

Abordar-se-á a seguir os principais serviços e possibilidades de acolhimento e formas de atuação para colocar em prática os direitos e à disposição os recursos básicos à sobrevivência de indivíduos em situação de rua.

Desenvolvimento

Para entender as possibilidades de acolhimento dessa população, cabe ressaltar as principais normas da Constituição Federal de 1988, que assegura alguns direitos. Em seu artigo 1º, inciso III, a dignidade da pessoa humana é tida como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil. O princípio estabelece o "mínimo existencial", ou seja, a soma de bens e atribuições essenciais para a vida humana digna: direito à educação, à proteção integral da criança e do adolescente, à saúde, à assistência social, à moradia, à alimentação e à segurança. Portanto, o acolhimento institucional é garantido como direito básico da CF, englobando, além da moradia, saúde, alimentação, segurança e assistência social.

A Assistência Social se firma na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS - Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993), que determina a instituição de programas de amparo à população em situação de rua (art. 23, II) e proteção à velhice em inserção no mercado de trabalho e garantia de um salário mínimo de benefício mensal ao idoso que demonstre não conseguir prover a própria manutenção, nem tê-la provida por sua família (art. 2). O auxílio, conhecido como Benefício de Prestação Continuada (BPC) é estabelecido no artigo 20 da LOAS, essencial para idosos em situação de rua que não possuem qualquer outra possibilidade de renda e subsistência.

A partir da LOAS originou-se a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), instituída na Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004, e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), estabelecido na Lei nº 12.435, em 6 de julho de 2011. Com base na PNAS e SUAS surgem os chamados Centros de Acolhida Especiais para idosos em situação de rua.

Somado a isso, há a Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), que edifica a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (TNSS), instituindo serviços destinados à população em situação de rua: Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua; Serviço de Acolhimento Institucional e Serviço de Acolhimento em República. As

especificidades de cada serviço serão abordadas a seguir, de acordo com as definições da TNSS.

1.1. Serviço Especializado em Abordagem Social

De acordo com a TNSS, é serviço de média complexidade, oferecido contínua e planejadamente. Possui como público-alvo crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos e famílias que utilizam logradouros públicos como forma de subsistência e moradia.

São seus objetivos:

> Construir o processo de saída das ruas e possibilitar condições de acesso à rede de serviços e a benefícios assistenciais; identificar famílias e indivíduos com direitos violados, a natureza das violações, as condições em que vivem, estratégias de sobrevivência, procedências, aspirações, desejos e relações estabelecidas com as instituições; promover ações de sensibilização para divulgação do trabalho realizado, direitos e necessidades de inclusão social e estabelecimento de parcerias e promover ações para a reinserção familiar e comunitária.

A forma de acesso a esse serviço acontece pela identificação da equipe profissional do mesmo. Ocorre em Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) ou Unidade Específica Referenciada ao CREAS.

Possui abrangência municipal e/ou regional e seu período de funcionamento é ininterrupto e/ou de acordo com a especificidade dos territórios.

Articula-se com Serviços Socioassistenciais de Proteção Social Básica e Proteção Social Especial; serviços de políticas públicas setoriais; sociedade civil organizada; demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos; instituições de ensino e pesquisa; serviços, programas e projetos de instituições não governamentais e comunitárias.

Por fim, o impacto social esperado pela atuação do Serviço Especializado em Abordagem Social é contribuir para:

> Redução das violações dos direitos socioassistenciais, seus agravamentos ou reincidência; proteção social a famílias e indivíduos; identificação de situações de violação de direitos e redução do número de pessoas em situação de rua.

1.2. Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua

Descrito pela TNSS como de média complexidade, destinado a jovens, adultos, idosos e famílias que utilizam as ruas como espaço de sobrevivência e/ou moradia. Proporciona espaços para guarda de pertences, higiene pessoal, alimentação e fornecimento de documentação civil, além de endereço institucional para ser utilizado como referência de moradia do usuário. Analisa as demandas dos usuários, promove orientação individual e/ou grupal e encaminhamentos para outros serviços, impulsionando a autonomia, reinserção social e proteção.

Objetivos:

> Possibilitar condições de acolhida na rede socioassistencial; contribuir para a construção de novos projetos de vida, respeitando as escolhas dos usuários e as especificidades do atendimento; contribuir para restaurar e preservar a integridade e a autonomia da população em situação de rua; promover ações para a reinserção familiar e/ou comunitária.

A forma de acesso ocorre por encaminhamentos de serviços socioassistenciais (como Serviço Especializado em Abordagem Social mencionado no tópico anterior), políticas públicas setoriais e demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, além da demanda espontânea, em Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua, conhecidos como Centro POP.

De acordo com o sítio eletrônico da Prefeitura de São Paulo, o município possui seis unidades: Centro POP Bela Vista (região central), Centro POP Barra Funda/Santa Cecília (região central), Centro POP Vila Maria (região norte), Centro POP Santana (região norte), Centro POP Mooca (região leste) e Centro POP Santo Amaro (região sul).

Possui abrangência municipal e funciona em dias úteis (com possibilidade de atuação em feriados, finais de semana e período noturno).

A TNSS reconhece que a articulação desse serviço acontece com redes sociais locais, serviços de políticas públicas setoriais, serviços socioassistenciais de Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, sistema de Segurança Pública, instituições de ensino e pesquisa e serviços, programas e projetos de instituições não governamentais e comunitárias.

O impacto social esperado e descrito nesse caso é que o serviço contribua para:

> Redução das violações dos direitos socioassistenciais, seus agravamentos ou reincidência; proteção social às famílias e indivíduos; redução de danos provocados por situações violadoras de direitos e construção de novos projetos de vida.

1.3. Serviço de Acolhimento Institucional

De acordo com a TNSS, o acolhimento institucional é serviço de alta complexidade, com o intuito de oferecer proteção integral. Possui como público-alvo crianças, adolescentes, jovens, adultos, pessoas com deficiência, idosos e famílias.

Objetivos gerais:

> Acolher e garantir proteção integral; contribuir para a prevenção do agravamento de situações de negligência, violência e ruptura de vínculos;

> restabelecer vínculos familiares e/ou sociais; possibilitar a convivência comunitária; promover acesso à rede socioassistencial, aos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e às demais políticas públicas setoriais; favorecer o surgimento e o desenvolvimento de aptidões, capacidades e oportunidades para que os indivíduos façam escolhas com autonomia, e promover o acesso a programações culturais, de lazer, de esporte e ocupacionais internas e externas, relacionando-as a interesses, vivências, desejos e possibilidades do público.

No caso específico de idosos, devem ter idade igual ou superior a 60 anos, e que o usuário seja independente e/ou com diversos graus de dependência. O acolhimento ocorre provisoriamente, exceto quando não há qualquer possibilidade de autossustento e convívio com familiares. Para idosos em situação de rua, ocorrem violência, abandono e negligência.

O serviço acontece em duas modalidades: atendimento em unidade residencial ou atendimento em unidade institucional. A primeira modalidade conta com equipe técnica capacitada para assessorar atividades de vida diária e atende a grupos de até dez idosos. A segunda modalidade ocorre em instituições com características domiciliares, atendendo a idosos com diversos graus de dependência.

A TNSS ressalta que o equipamento:

> Deve assegurar a convivência com familiares, amigos e pessoas de referência de forma contínua, bem como o acesso às atividades culturais, educativas, lúdicas e de lazer na comunidade. A capacidade de atendimento das unidades deve seguir as normas da Vigilância Sanitária, devendo ser assegurado o atendimento de qualidade, personalizado, com até quatro idosos por quarto.

Objetivos dos serviços destinados a idosos:

> Incentivar o desenvolvimento do protagonismo e de capacidades para a realização de atividades da vida diária; desenvolver condições para a independência e o autocuidado; promover o acesso à renda; promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência.

A forma de acesso para a população idosa ocorre pela requisição de serviços de políticas públicas setoriais, CREAS, demais serviços socioassistenciais, Ministério Público ou Poder Judiciário. Para idosos, o serviço ocorre nas chamadas Casa-Lar ou Abrigo Institucional, como os Centros de Acolhida Especiais para Idosos (CAEI) ou Instituições de Longa Permanência (ILPI), dependendo do grau de dependência e comprometimento físico e/ou cognitivo do idoso.

SILVA (2018) informa que dos 33 centros de acolhida existentes no município de São Paulo, sete são voltados ao público idoso: 1) Centro de Acolhida Especial Morada Nova Luz (região central); 2) Centro de Acolhida Especial

Morada São João (região central); 3) Centro de Acolhida Especial para Idosos Casa Verde (região norte); 4) Centro de Acolhida Especial Casa de Simeão (região central); 5) Sítio das Alamedas (região central); 6) Centro de Acolhida Especial para Idosos Boracea-Aconchego (região oeste); 7) Umuarama (região sul).

De acordo com a TNSS, o acolhimento institucional possui abrangência municipal e regional e funciona em período integral. Articula-se com os demais serviços socioassistenciais e serviços de políticas públicas setoriais, programas e projetos de formação para o trabalho, profissionalização e inclusão produtiva, serviços, programas e projetos de instituições não governamentais e comunitárias e demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.

O impacto social esperado:

> Redução das violações dos direitos socioassistenciais, seus agravamentos ou reincidência; redução da presença de pessoas em situação de rua e de abandono; indivíduos e famílias protegidas; construção da autonomia; indivíduos e famílias incluídas em serviços e com acesso a oportunidades; rompimento do ciclo da violência doméstica e familiar.

A Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Município de São Paulo, em cumprimento à Portaria nº 1, de SMADS, de 31 de outubro de 2018, elaboraram o Protocolo Preliminar para atuação conjunta do equipamento sociossanitário. Isso significa que ILPIs, CAEIs e Centros-Dia para Idosos (CDI) são atualmente reconhecidos como serviços sociossanitários híbridos e, portanto, possuem como gestão a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, para atuar em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde. A atuação conjunta faz com que os serviços disponibilizados pelos equipamentos sejam mais amplos e atendam às necessidades sociais e de saúde.

1.4. Serviço de Acolhimento em República

Descrito pela TNSS como serviço de alta complexidade, que disponibiliza proteção, apoio e moradia para indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, em situação de vulnerabilidade, risco, abandono, e sem condições de autossustento, em processo de saída das ruas. No caso de idosos, destina-se a pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, independentes para atividades de vida diária e com habilidade para gestão coletiva.

Principais objetivos:

> Proteger os usuários, preservando suas condições de autonomia e independência; preparar os usuários para o alcance da autossustentação; promover o restabelecimento de vínculos comunitários, familiares e/ou sociais e promover o acesso à rede de políticas públicas.

As formas de acesso ocorrem pelo encaminhamento de agentes institucionais do Serviço Especializado em Abordagem Social (mencionado

anteriormente neste capítulo), CREAS, dos demais serviços socioassistenciais e outras políticas públicas e demanda espontânea.

Possui abrangência municipal ou regional e atua ininterruptamente.

A articulação em rede ocorre com os demais serviços socioassistenciais e de políticas públicas setoriais, programas e projetos de formação para o trabalho, profissionalização e inclusão produtiva, serviços, programas e projetos de instituições não governamentais e comunitárias e demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.

O impacto social esperado:

> Redução da presença de jovens, adultos e idosos em situação de abandono, de vulnerabilidade, risco pessoal e social, e sem condições de moradia e construção da autonomia.

Considerações finais

Com o aumento da população idosa, há maior interesse em pesquisar e promover ações que busquem satisfazer as demandas desse segmento. A população idosa em situação de rua é composta por indivíduos em contexto de extrema vulnerabilidade, muitas vezes invisível aos olhos da sociedade.

SILVA (2018) destaca que devido às demandas sociais, econômicas e estruturais existentes em um país como o Brasil, torna-se um desafio envelhecer satisfatoriamente, ainda mais quando o processo ocorre nas ruas.

O acolhimento institucional e demais serviços destinados a esses indivíduos podem ser ferramentas significativas na aplicação de direitos e progresso da qualidade de vida da população em situação de rua. Porém, como se observa em estudos e censos demográficos, até o presente momento há um longo caminho de diversos desafios a se enfrentar. Há inúmeros indivíduos não inclusos no acolhimento institucional e, mesmo entre os acolhidos, consideráveis carências a serem supridas para o cenário ter melhora significativa.

O intuito deste capítulo foi mostrar possibilidades já existentes e fomentar o interesse pelo tema, para se pensar cada vez mais em formas de atender às diversas necessidades desse público.

Referências bibliográficas

1. AGE FRIENDLY CITY. The aging homeless: a heartbreaking urban crisis. Disponível em < http://www.agefriendlycity.com/the-aging-homeless/>. Acesso em 05 jan. 2018.
2. ALCÂNTARA, A. O.; C., A. A.; G., K. C. Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.
3. BOARETTO, R. C. Velhos à Margem na Margem das Ruas: a experiência de uma moradia provisória do município de São Paulo. 2005. Dissertação (Mestrado em Gerontologia)-Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, 2005.

4. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Brasília, 2013.
5. BRASIL. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, Art. 1º. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília.
6. BRASIL. Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília.
7. BRASIL. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, Art. 2º. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília.
8. BRASIL. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Brasília: 2008. Instituída pelo Decreto s/nº de 25 de outubro de 2006.
9. CANIZARES, J. C. L.; JACOB FILHO, W. Fatores de risco à senilidade na transição à aposentadoria. **Rev. bras. geriatr. gerontol**., Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 425-432, 2011 .
10. CASTEL, R. As armadilhas da Exclusão. In: WANDERLEY, M. B.; BÓGUS, L.; YASBEK, M. C. Desigualdade e a questão social. São Paulo: EDUC, 1998.
11. CASTEL, R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998. CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. Guia de Atuação Ministerial : defesa dos direitos das pessoas em situação de rua / Conselho Nacional do Ministério Público . Disponível em < http://www.agefriendlycity.com/the-aging-homeless/> . Brasília, 2015.
12. CÔRTE, B.; MEDEIROS S. A. R. Heterogeneidade da velhice. **Rev. Kairós de Gerontologia.** São Paulo, v. 12, p. 13-19, 2009.
13. FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Guia de Apresentação de Teses. 2ª edição. 2015.
14. MARTINS, J. de S.. Exclusão social e a nova desigualdade. 2ª ed. São Paulo: Paulus, 2003.
15. MARTINS, M. de F. A. A Caminho da Rua: o encontro com as redes de assistência e a formação de laços sociais entre moradores de rua em Belo Horizonte. 2001. Tese (Doutorado em Geografia)-Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
16. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua- Sumário Executivo. 2008. Disponível em < http://www.espiritualidades.com.br/NOT/Img_Nots/img_2008_2sem/pesquisa_nacional_sobre_a_populacao_rua2008.pdf>.
17. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME. Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. 2013. Disponível em < http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf >.
18. NATIONAL COALITION FOR THE HOMELESS. Homelessness among eldery persons. Disponível em < http://www.nationalhomeless.org/factsheets/Elderly.pdf> Washington, 2009.

19. SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL. Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua. São Paulo. 2019.
20. SILVA, M. L. L. Trabalho e população em situação de rua no Brasil. São Paulo: Cortez, 2009.
21. SILVA, S. A. et al. Demandas judiciais de idosos em situação de rua: Estudo exploratório no Centro de Acolhida Especial para idosos Casa Verde. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Gerontologia)- Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP, 2015.
22. SILVA, S. A. **Estratégias de gestão para a promoção do acesso à justiça a pessoas idosas em situação de rua em centros de acolhida do município de São Paulo**. 2018. Dissertação (Mestrado em Gerontologia)- Faculdade de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. VEIGA-NETO, A.; LOPES, M. C. Inclusão, exclusão, in/exclusão. Verve, 2011.
23. VIEIRA, M. A. C. A rua como alternativa de moradia e sobrevivência. Travessia, 14:10-13, 1992.
24. VIEIRA, M. A. da C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M. População de rua: quem é, como vive, como é vista. São Paulo: Hucitec, 1992.

Seção 6

Impacto social e contribuições sociais em face da longevidade

Centro Dia para idosos: Diálogos sobre a escolha do serviço pelos cuidadores familiares

Rosa Yuka Sato Chubaci, Eliane Silva Bicocchi Canova, Alessandro Pedrazolli de Morais, Milena Yuri Suzuki, Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez

Envelhecimento e fragilidade

O envelhecimento é um processo natural, universal, progressivo, com declínio fisiológico do desenvolvimento e iniciado na maturação sexual do indivíduo. O ritmo de envelhecer é singular, pois a saúde física e a mental dependem de determinantes ambientais e biológicas ao longo da vida (NERI, 2014).

Para TORRES *et al.* (2015), a velhice é constituída por aspectos positivos e negativos. Os elementos positivos são definidos como experiência e sabedoria, enquanto os negativos são mais heterogêneos e se relacionam geralmente com inatividade, desânimo, degradação física e doenças, tristeza, solidão e morte. Aspectos que podem ser influenciados conforme os grupos sociais e a representação social do próprio idoso, que nega assumir essa fase da vida. Entre as mudanças, pode surgir a fragilidade.

A fragilidade nos idosos geraria consequências adversas para a saúde, como quedas, fraturas, hospitalização, institucionalização, demência e mortalidade (KOJIMA, 2017).

Segundo FRIED *et al.* (2001), existe diminuição da reserva energética e da resistência aos estressores. A fragilidade é considerada síndrome, consequência do declínio dos sistemas fisiológicos e diminuição da eficiência da homeostase em situações estressantes, baseada em três alterações, relacionadas ao envelhecimento: sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica, as quais irão compor o fenótipo da fragilidade.

Estudo desenvolvido por KOJIMA (2017) concluiu que a fragilidade nos idosos é significativa nos riscos futuros, influenciando a capacidade das Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs).

As AVDs se caracterizam pela quantidade de ajuda instrumental que ele necessitar, hierarquizadas em três níveis – básicas, instrumentais e avançadas. As básicas (ABVDs) são determinadas nas tarefas de autocuidado, como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira e se alimentar; as instrumentais (AIVDs) indicam a possibilidade de manter uma vida ativa e independente na comunidade; e as avançadas (AAVDs) significam o desempenho de papéis e atividades sociais, como elucidadas anteriormente (NERI, 2014).

NERI e VIEIRA (2013) afirmaram que as atividades avançadas da vida diária predispõem os idosos a conviver com ações e papéis sociais, o que lhes permite uma exposição na sociedade, ou seja, se tornam ativos e produtivos. Preservam-se a autonomia e a independência por meio das posições sociais, atividades físicas, lazer, intelectuais, organizacionais e políticas.

As AAVDs ajudam as relações sociais, fazendo com que as pessoas criem laços afetivos, sociais e convivência no momento das atividades. As relações sociais se caracterizariam quanto à natureza - formais e informais. As formais se caracterizam como relação profissional ou institucional, não considerando relação de intimidade; e as informais envolvem um convívio de intimidade, afeto e ajuda dos familiares, amigos e vizinhos (NERI e VIEIRA, 2013).

A fragilidade nos idosos atinge a sua vida e a vida familiar, a rede de suporte social e serviços de assistência social e de saúde.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) estão, muitas vezes, associadas à fragilidade normal do idoso, agravadas pelos danos acumulados na vida, definidas como morbidades de longo curso clínico e irreversíveis, incluindo câncer, diabetes *mellitus* II, osteoporose, por exemplo. Segundo JIN *et al*. (2015), as DCNTs representam cerca de 20% dos anos vividos do idoso com incapacidade.

O crescimento de idosos no Brasil produz modificações na sociedade, relacionadas à economia, ao mercado de trabalho, aos sistemas de saúde, às políticas públicas e às relações familiares (MIRANDA, MENDES, SILVA, 2016), principalmente se o idoso tiver incapacidade funcional ou perda da autonomia. Seria essencial a presença de cuidadores familiares ou cuidador formal.

FAMILIARES E CENTRO-DIA PARA IDOSOS

Criam-se laços afetivos nas relações sociais durante a vida e na velhice, pois o que traz suporte são as relações na rede social instituídas no período. Familiares, amigos, vizinhos e conhecidos são importantes no processo, além de apoios informais (NERI, 2014).

De acordo com FALCÃO (2006), família abrange afeto, liberdade, reciprocidade, histórias compartilhadas e questões conscientes e inconscientes.

Cada família tem a própria maneira de viver, embora cada uma seja única, com estrutura dinâmica e contínua de interação com o meio, o que constrói o ambiente familiar (ALTHOFF, 2004).

A convivência familiar envolve distintos sentimentos, afeto, ajuda e compreensão. Aspectos fundamentais para um convívio agradável e harmonioso entre o idoso e a família. No entanto, nos deparamos com dinâmicas familiares conturbadas, resultando em desgastes e desentendimentos relacionais (DELALIBERA; BARBOSA; LEAL, 2018).

Além de conflitos familiares, há ainda a presença de mudanças e transformações culturais nas últimas décadas e modificações nas famílias modernas: a saída da mulher em busca de um trabalho fora de casa e conquista financeira, diminuição no número de filhos, possibilidade de uniões homossexuais, maior transparência nas relações, figura do homem mais presente afetivamente na família e nos afazeres domésticos, menos hierarquia e distância na relação entre filhos e pais (FALCÃO e BAPTISTA, 2010).

As alterações no contexto familiar afetariam o momento de decidir quem assumirá o papel de cuidador familiar do idoso, caso apresente incapacidade.

A Constituição determina a responsabilidade compartilhada do bem-estar dos idosos entre família, sociedade e Estado. Mas as famílias assumem a maioria dos cuidados devido à ausência de suporte nas políticas de cuidados em longo prazo (NEUMANN e ALBERT, 2018).

Ao mesmo tempo, revela-se desafiador desenvolver programas sociais, pesquisas e estímulos socioeconômicos para prevenir e atenuar doenças relacionadas à idade para governos nacionais, organizações internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Além das companhias de seguros, organizações de assistência social e organizações não governamentais (ONGs) (JIN *et al.*, 2015).

Surge o Centro-Dia para Idosos (CDI), serviço da assistência social que ajudaria a minimizar a fragilidade, como equipamento que o estimula, por meio de várias atividades durante o dia, e o mantém em casa com os familiares.

O CDI é serviço da área social, segundo a Resolução CNAS 109, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2009). O tipo de serviço deve contribuir para os acessos aos direitos socioassistenciais, como reduzir e promover a prevenção de situações de isolamento social e abrigamento institucional; diminuição da sobrecarga dos cuidadores das pessoas com dependência; fortalecimento da convivência familiar e comunitária; melhoria da qualidade de vida familiar; redução dos agravos de situações violadoras de direitos; proteção social; cuidados individuais e familiares para o desenvolvimento de autonomia.

O equipamento CDI situa-se em posição intermediária de atendimento aos idosos: a primeira é o Centro de Convivência; em seguida, o Centro-Dia; e as Instituições de Longa Permanência para Idosos, denominadas ILPIs (DIOGO, 2006).

Os Centros-Dia surgiram para melhorar a qualidade de vida e capacidade funcional dos idosos. Em lugar de morar em uma ILPI, passa o dia em um CDI, convivendo com outros idosos, com atividades. Ao final do dia, retorna para a residência. A alternativa do Centro-Dia tornou-se viável para diversos cuidadores e familiares que trabalham e não podem pagar um profissional para ficar com o idoso durante o dia (NAVARRO e MARCON, 2006).

Os CDIs são recomendados para pessoas com comprometimento cognitivo, principalmente as demências, solução para promover independência, socialização, estimulação e descanso aos cuidadores. Desenvolvem atividades de memória combinadas às habilidades do indivíduo, em que é esperado o alívio do estresse do cuidador (WILLIAMS *et al.*, 2016).

Conforme a lei 15.809 Municipal de São Paulo (2013), o Centro-Dia tem por objetivo oferecer assistência à família e proporcionar atenção ao idoso fragilizado como forma alternativa ao asilamento. Em assistência multidisciplinar e multiprofissional, pesquisado como oportunidade bem-sucedida na promoção da saúde, evita a exposição do indivíduo a situações de risco, além de proporcionar uma possível recuperação e reabilitação.

De acordo com FRATEZI e TRONCHIN (2018), o CDI favorece aspectos na vida do idoso, impede a desintegração familiar, promove autonomia e interação social, promoção e prevenção de agravos na saúde do idoso por meio de atividades.

Este estudo tem como objetivo compreender os motivos por que os idosos passaram a frequentar o CDI.

CAMINHO METODOLÓGICO

A fenomenologia social de Alfred Schütz procura compreender o mundo em seu significado intersubjetivo, analisando as relações mútuas que envolvem pessoas. Trata de estrutura de significados na vivência intersubjetiva da relação social, desejando entender as ações sociais e não puramente o individual (SCHÜTZ, 1972).

Do ponto de vista de Alfred Schütz, o homem é o sujeito que age e interage dentro do mundo social, envolvendo-se nas relações estabelecidas por ele no mundo e com o mundo, com o princípio em determinada experiência (MERIGUI *et al.*, 2013).

A fenomenologia fundamenta-se no indivíduo que vivencia a experiência e no significado que atribui à experiência, dentro da sociedade na qual está inserido (SCHÜTZ, 1972). Para Schütz, a ação é originada na consciência, voluntária e projetada para o futuro, em sua estrutura temporal, relacionada como projeto, que antecipa o resultado da ação. O projeto é antecipação pela imaginação da conduta futura. Toda ação é atividade natural orientada para o futuro, sendo dirigida "para" (SCHÜTZ, 1972).

Em teoria da motivação, SCHÜTZ (1972) definiu que o motivo é o objetivo desejado a conquistar com ação, e o entende a partir de duas ordens definidas: motivos "porque" e motivos "para". No entanto, neste estudo, abordaremos apenas os motivos "porque".

De acordo com SCHÜTZ (1972), o motivo "porque" se estrutura e constitui um conhecimento do acúmulo de conhecimentos sociais adquiridos na

vida e advindos da experiência pessoal ou recebidos por herança cultural. As experiências vividas, acumuladas e aprendidas explicitam e explicam as ações (SCHÜTZ, 1974).

Para compreender o significado da ação vivenciada pelo familiar que utiliza o Centro-Dia para o seu idoso, seguimos, na análise, as indicações dos pesquisadores da Fenomenologia Social (JESUS *et al.*, 2013).

A entrevista foi orientada pelas seguintes questões norteadoras voltadas aos familiares dos idosos: conte sua vivência com o seu familiar e como foi a inserção do seu familiar no Centro-Dia?

Os encontros individuais foram conduzidos total e integralmente pelas pesquisadoras. Explicitamos que a partir dos depoimentos das entrevistas e da significação das experiências vividas, foi possível conhecer parcialmente a história de vida de cada cuidador familiar com o idoso usuário do CDI.

As entrevistas foram gravadas, transcritas, analisadas e discutidas sob o olhar do Referencial Fenomenológico Social de Alfred Schütz (SCHÜTZ, 1972). A teoria de Schütz permitiu compreender as ações que motivaram os familiares a inserir os idosos no CDI, isto é, os "motivos porque".

ATÉ DECIDIR PELO CENTRO-DIA PARA IDOSOS

Partindo da premissa da importância do CDI para o idoso e familiares, neste estudo contextualizaremos a trajetória de sete cuidadoras familiares, todas do sexo feminino, e pessoas idosas, até decidir pela inserção de entes queridos em dois CDIs localizados em São Paulo, Brasil.

A presente investigação foi orientada a partir do objetivo do estudo, isto é, desvelado o fenômeno por meio das perguntas norteadoras da pesquisa, visando alcançar o objetivo.

Apresentaremos, de maneira breve, características que definem a situação biográfica de cada participante e discursos que denotam "porque" inserir o ente querido no CDI. Esclarecemos que, para preservar o anonimato das participantes, optamos substituir o nome real e identificá-las com nome de flores.

Iniciaremos contando a história de **Begônia**, 51 anos, executiva aposentada, solteira, evangélica. *É* uma das filhas e cuidadora principal da idosa que frequenta o CDI três vezes na semana. Recebe ajuda financeira da irmã para os gastos com a mãe. No momento em que procurou o CDI, apresentava exaustão física e psicológica decorrente dos cuidados prestados *à* mãe. Buscou o CDI para amenizar a sobrecarga de cuidados e tratar a fragilidade da idosa por apresentar doença de Alzheimer.

No entanto, além da situação conflituosa e falta de reconhecimento da irmã do fardo de cuidar da mãe, havia ainda a dependência da idosa, que levava à sobrecarga de Begônia. Os fatos estão relatados a seguir:

Mas assim, eu já tive até discussões com a minha irmã, por achar que qualquer coisa que eu falasse e que estivesse reclamando. [...] - Ah! Porque a nossa mãe a vida inteira cuidou da casa, cuidou de tudo e agora há pouco tempo que está com você, já está sendo um fardo pra você (irmã).

Hoje em dia, ela é uma pessoa totalmente dependente de mim, de se vestir, de escovar os dentes, tomar o banho, mas eu direcionando de perto, olhando.

Tomo diariamente o remédio, aí esta semana, mesmo eu tomando remédio, deu de novo o mal-estar, é uma sensação do peito tremendo, uma coisa trêmula, como se você estivesse pra receber uma notícia ruim ou uma notícia muito importante e tal, é uma sensação muito desagradável. Eu já tive momentos assim de me sentar e chorar de soluçar de cansaço. (Begônia)

Dália foi a segunda participante do estudo: 49 anos, administradora de empresa, divorciada, evangélica, filha da idosa que frequenta todos os dias da semana o CDI. Divide na semana os cuidados da mãe com a irmã, com a presença de cuidadoras. Buscou o CDI pela sobrecarga de seu pai, que faleceu pouco tempo após a inserção da *mãe* no CDI. Ela tinha doença de Parkinson, apresentava alteração de comportamento e piora do quadro clínico após o falecimento do cônjuge. A fala de Dália revela a dificuldade do pai durante o processo de cuidar da mãe por causa da inquietação.

Ela era realmente terrível, porque ela tinha a parte física total. Então, ela não parava, ficava mexendo nas coisas o tempo todo, e meu pai enlouquecendo. [...] as noites eram muito difíceis, não deixava a gente dormir, era bem difícil. [...] Meu pai teve tanto desgaste e acabou... ele que tinha uma saúde mental e física perfeita e acabou falecendo.

A minha mãe sempre foi uma mulher de ficar em casa, e assim, quando ela tinha saúde, tinha companhia, então as pessoas visitavam a casa dela, sempre foi muito anfitriã. Então, sempre tratou muito bem, então as pessoas eram conveniente ir na casa dela, só que depois que ela ficou doente, todo mundo sumiu, não sobrou ninguém, não sobrou ninguém, então ficou muito sozinha. Foi se fechando de uma maneira! (Dália)

Arquiteta, **Gérbera** tem 43 anos, ateísta, casada, sobrinha da idosa que frequenta três dias da semana o CDI. A *única irmã viva* de seu pai, sempre foram muito próximas. Como era solteira e nunca teve filhos, na fase da terceira idade a relação das duas se aprofundou. Buscou o CDI após a doença da tia se agravar, foi diagnosticada com doença de Alzheimer. Possui a curatela da tia. Contou que decidiu pela inserção da idosa no CDI porque estava com depressão.

[...] Por depressão, uma série de fatores, ela não aceitava mais ir trabalhar, acompanhada e tudo mais, não aceitava, e se colocou em casa 24 horas por dia. Era muito difícil convencê-la até a ir ao supermercado fazer uma compra e tudo. Tinha que caminhar, tinha que fazer uma série de coisas por prescrição médica e tudo, mas havia um movimento de resistência, parte pela depressão. (Gérbera)

Gérbera aproveitou o momento de escuta e relatou o sofrimento por ser a única cuidadora e, ainda, a responsabilidade por responder pelas finanças da tia ao Ministério Público. Fez autoavaliação relacionada à decisão pela inserção de sua tia no CDI.

> *Então é muito difícil passar por isso sozinha no meu caso, e no fim das contas começa a frequentar grupos de apoio e tudo mais, começa a perceber que acontece com quase todas as famílias, porque é sempre uma pessoa que assume, mesmo tendo dez filhos, a idosa vai ficar sob a responsabilidade geralmente de uma filha. Eu acredito que a sua estatística deva ser essa [...]*
>
> *[...] Pelo fato do meu tio ter sido contra, então o Ministério Público resolveu realmente no nosso caso passar pente fino. Se você olhar a prestação de contas que tenho que fazer, mas nunca vi coisa igual, porque já vi outras prestações de contas, o que esse juiz exigiu de mim, desde a primeira vez, é fora do normal, de papel de pão, sabe de comprovante de pão, é desgastante, é demais!*
>
> *Sinto que estou fazendo alguma coisa boa pra tia, sinto que estou fazendo o máximo, o maior tempo que puder uma coisa que é benéfica pra ela, porque foi o consenso entre os médicos, eu e ela, é que a gente ganhasse tempo, desde o diagnóstico, vamos tentar ganhar o maior tempo possível, o maior tempo possível consiga ir trabalhar. A gente vai tentando esticar o tempo, a qualidade de vida o máximo possível, e acho que o Centro-Dia é isso, uma das armas, e pra mim assim foi um achado. (Gérbera)*

Hortênsia, 57 anos, professora aposentada, acredita em Deus, não possui religião, solteira, filha da idosa que frequenta todos os dias da semana o CDI. A *mãe morava com* o filho, irmão de Hortênsia. Após o falecimento dele, apresentou dificuldade com a memória. Logo após a recuperação por fratura no fêmur depois de uma queda, a filha buscou o CDI.

Observamos que um dos fatores desencadeantes para a inserção no CDI foram o luto pelo filho, a demência e, ainda, a presença de conflitos familiares.

> *Foi tudo fora da ordem, e lógico que na nossa cabeça o velho vai antes que o mais jovem, e a cabeça dela piorou muito, muito, e aí, com a queda, piorou, ela fazia caminhada na rua, ela ia para as apresentações sozinha, para a ginástica de rua. Então, tudo mudou de uma hora para outra, tudo mudou, e ela ficou muito mal, e nessa mobilidade mudou muito a vida dela. A gente está compreendendo agora porque a demência e a memória pioraram.*
>
> *Acho que a paciência com o idoso é igual à paciência com criança, a minha mãe guarda muito, a memória dela é boa, ela guarda muitas coisas, que magoam e não têm jeito... é tudo, é chuveiro ligado... é molhado, então qualquer coisinha, é difícil a convivência. A minha relação com a minha mãe é muito difícil. Eu morava mais de 30 anos sozinha, depois vim pra cá. [...] tirou um pouquinho da minha liberdade, um pouquinho não, quase total. (Hortênsia)*

A seguir **Lavanda**, 53 anos, engenheira civil, católica, solteira, filha da idosa que possui doença de Alzheimer e frequenta três dias na semana o CDI. Após o falecimento do pai, a mãe ficava muito sozinha em casa, pois ela e um sobrinho, que residem na mesma casa, trabalham durante o dia. A filha buscou o CDI.

> *[...] Eu coloquei ela na escola (centro-dia) pra não ficar sozinha em casa, porque fiquei com medo de ficar com depressão, porque ela ia ficar sozinha, porque todo mundo trabalha, fica o dia inteiro fora, sai de manhã e volta à noite, e ela não tinha atividade... quer dizer, tinha atividades da casa, mas não tinha mais ninguém, ninguém pra conversar com ela.*
>
> *Então, depois que o meu pai faleceu, aí descobri a doença da minha mãe e a falta do meu pai, então foi tudo de uma vez. No começo, no primeiro ano, achei que ia ficar louca, falei: gente, vou pirar!*
>
> *[...] Não é uma coisa muito barata. Então, não é todo mundo que tem o acesso. Pra mim também não é fácil, porque trabalho e sou assalariada, tenho que me virar em dez. (Lavanda)*

Margarida, 54 anos, pedagoga, espírita e católica, solteira, é filha do idoso que frequenta todos os dias da semana o CDI. Apresenta-se cansada com os cuidados ao seu pai, e buscou o CDI porque trabalha e teve experiências ruins com cuidadoras. Ao mesmo tempo demonstra sentimento de impotência por *não conseguir se dedicar ao pai.*

> *O cuidado fica todo pra mim, infelizmente por questão que eu não consigo, eu até gostaria de ter alguém pra me ajudar no final de semana, mas infelizmente não dá financeiramente, não dá!*
>
> *Eu chorei muito, muito, deu um aperto no coração, me deu... parece que nem eu estava num abandono, me deu uma coisa muito, muito estranha, foi doloroso, foi difícil, mas levei, e conforme eu levei, ele aceitou de boa, ele falou: E se você acha que é o melhor para mim, eu vou! E eu falei:Então tá bom! E aí eu chorei muito, deixei ele lá com aperto no coração, parecia que eu estava deixando o meu filho na escola, então o que eu vejo as mães fazendo quando voltam a trabalhar, eu senti a mesma coisa. Eu senti muito, eu chorei muito. (Margarida)*

Finalmente, **Tulipa**, 56 anos, superior completo em Letras, católica, casada, nora da idosa que frequenta três vezes na semana o CDI. Buscou o CDI para ocupar a sogra e não a deixar sozinha em sua residência, porque todos os familiares trabalham durante o dia.

> *[...] Depois de certa idade ela fica muito sozinha, porque, por exemplo, a filha dela sai de manhã e só volta à noite. [...] Ela gosta de receber as pessoas em casa, a gente sempre vai lá, de quarta-feira todo mundo almoça junto, em família, está junto, ela gosta.*
>
> *Quando o filho faleceu, ficou muito paradona, parecia outra, ficou quieta, parada, não falava nada, bem caidinha. Aí a memória começou a falhar bastante. (Tulipa)*

Todas as participantes eram mulheres e parentes das pessoas idosas. O achado vai ao encontro da literatura, ao citar que o processo de cuidar é assumido em maior número por mulheres (DELALIBERA; BARBOSA; LEAL, 2018; MARCUM *et al.*, 2018).

A partir da fundamentação na fenomenologia social de Alfred Schütz, desvelamos as motivações que levaram os familiares a inserir os idosos no CDI. Assim, a abordagem qualitativa compreende como os participantes atribuem sentido aos acontecimentos e experiências, e ao mesmo tempo reconhecem a função do pesquisador na interpretação das experiências subjetivas dos participantes (LEBOW e STROUD, 2016). Possibilitaram classificar as categorias extraídas das entrevistas das participantes e compreender o fenômeno e alcançar o objetivo do estudo.

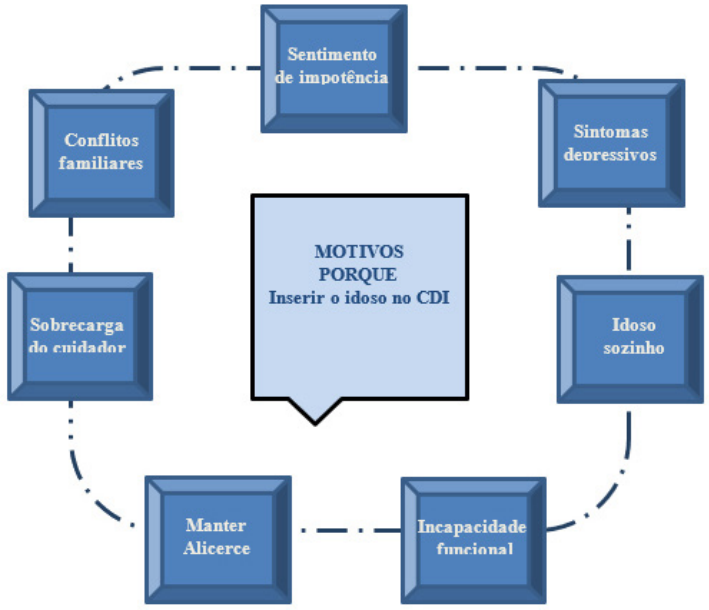
Na leitura cuidadosa dos depoimentos, buscamos compreender o que havia de mais significativo em todos eles, ou seja, a vivência da inserção dos idosos no CDI na perspectiva dos familiares.

Algumas variantes significativas foram percebidas no ser familiar e inserção do idoso no CDI. Ao relatar sentimentos e percepções, foi possível desvelar o significado relacionado à inserção do familiar no CDI.

Com os depoimentos, agrupamos as categorias com as mesmas temáticas e começamos a entender o significado subjetivo que os familiares atribuíram às ações, construindo as categorias do "porque" da inserção no CDI.

A análise resultou em seis categorias motivacionais referentes aos "motivos porque", conforme apresentadas na Figura 1.

Figura 1. Categorias "motivos porque" inserir o idoso no CDI. São Paulo, 2020



Fonte: as autoras

Na análise dos discursos, ressaltamos a intersubjetividade e a relação face a face. Para Schütz, quando se está face a face com alguém, o conhecimento a seu respeito aumenta a cada instante e no entendimento da relação vivida. A intersubjetividade está sendo elaborada na experiência de viver em comum no mundo, na dimensão social, configurando a relação social (WAGNER, 2012).

Para SCHÜTZ (1972), a reflexão é fundamentada na vida social, presente no cotidiano da existência que fez desejar a vivência dos familiares no momento da inserção do idoso no CDI.

Nos discursos de participantes existia a presença de conflitos entre familiares a partir de divergências e brigas, geralmente ocasionadas pelos idosos que apresentam doenças mentais, provocando fadiga ao cuidador e gerando conflitos na família. A doença de Alzheimer ou outro tipo de demência apresentam desafios únicos na maneira de cuidar, porque geram limitações desconhecidas ao idoso e, consequentemente, provocam estresse ao cuidador (CZEKANSKI, 2017).

O surgimento ou o processo das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) e, principalmente, aquelas que afetam a cognição do idoso, causam prejuízos à capacidade funcional e autonomia, indicando necessidade de atuação do cuidador.

A sobrecarga do cuidador foi destacada nos discursos, pois a sobrecarga provoca cansaço e gera sinais e sintomas de doenças físicas e mentais, desequilibrando o estado de saúde do cuidador familiar. O excesso de atividades no cuidado com o idoso pode ocasionar estresse. O peso e a tensão de incumbir novas tarefas e responsabilidades indesejadas, como cuidador do idoso, geram mudanças no papel familiar. Consequentemente, levariam ao estresse do cuidador, principalmente quando é o único dentro da família (MARCUM *et al.*, 2018). A situação pode se agravar mais intensamente quando existe a progressão da demência do idoso, pois a doença acarreta sintomas psicológicos, como agitação, agressividade, depressão e ansiedade (CZEKANSKI, 2017).

Existe ainda, a partir da dependência do idoso, a necessidade de algum familiar assumir os cuidados, isto é, um membro da família torna-se o principal cuidador, que abarca todas as responsabilidades do cuidar, inclusive financeiramente. O fato foi lembrado na fala das participantes. A situação vai ao encontro da afirmação de MARCUM *et al.* (2018), ao citar que o cuidado demanda várias tarefas e papéis, incluindo a assistência ao idoso, ajuda com as finanças, coordenação dos serviços e tomada de decisões aos cuidados fornecidos.

A literatura mostra que o apoio social, prático e emocional, prestado por outros familiares ou amigos, aos cuidadores de pessoas dependentes, geralmente é insuficiente, acarretando nos cuidadores altos índices de sobrecarga.

Isso poderia ocasionar manifestações de maiores níveis de ansiedade, depressão e somatização (DELALIBERA, BARBOSA, LEAL, 2018).

A impotência relacionada ao ato de cuidar emergiu na fala das participantes, e corrobora resultados do estudo de Marques & Mendes (2017). Ao entrevistar cuidadores familiares de idosos em cuidados paliativos, se depararam com falas relacionadas à impotência decorrente do processo de cuidar.

NASCIMENTO & FIGUEIREDO (2019) descreveram que a abdicação de si, o isolamento e as interpretações subjetivas negativas são fatores predisponentes e complicadores de sofrimento psíquico do familiar cuidador.

As participantes demonstraram grande preocupação com os distúrbios emocionais apresentados pelos idosos.

Em decorrência de alguma doença que causaria depressão, diversos idosos ficam isolados e diminuem as relações sociais, levando ao prejuízo no enfrentamento das situações do cotidiano. As pessoas que apresentam demência com frequência não percebem o próprio declínio cognitivo, porém demandam mais cuidados no período da doença. A demência grave pode ser menos estressante ao indivíduo, porém há a exigência maior do cuidador.

WILLIANS *et al.* (2016) referiram que há indivíduos com demência que percebem declínio nas atividades. A situação gera aflição e angústia, levando à dificuldade na comunicação e ao isolamento social.

De acordo com GJERNES (2017), a solidão está presente em idosos com demência que vivem em residência, podendo levar à depressão pelo prejuízo na vida social. O autor destaca que a vida social é vital para o ser humano, portanto, torna-se essencial engajar-se em atividades com outras pessoas para promover o envolvimento social, a comunicação e a oportunidade de construir e manter a identidade social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente à exposição de sete histórias das quais emergiram distintos sentimentos negativos e preocupações, a busca pelo CDI representa a tentativa de aliviar o sofrimento do binômio idoso/cuidador familiar.

O CDI é extensão do cuidado da casa, evitando a institucionalização e preservando a identidade e o conforto do residente. Propicia ao idoso a manutenção de seu vínculo familiar. A responsabilidade dos gestores e de toda a equipe ultrapassa a prestação do cuidado ao idoso, que deve abarcar a integralidade do cuidado do binômio idoso/cuidador familiar. O acalento deverá ser notado por toda a sociedade.

Referências bibliográficas

1. ALTHOFF, C. R. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: ELSEN, I., MARCON, S. S., SILVA, M. R. S. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduem, p. 29-41, 2004.

2. CNAS. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009**. Aprova a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Disponível em <http://www.mds.gov.br/suas/noticias/resolucao_cnas_no109_-_11_11_2009_-tipificacao_de_servicos.pdf>. Acesso em 20 de setembro de 2017.
3. CZEKANSKI, K. The Experience of transitioning to a caregiving role for a family member with Alzheimer's disease or related dementia. **Revista Americana de Enfermagem**, v. 117, p. 24–32, 2017.
4. DIOGO, Maria José D.'Elboux; NERI, Anita Liberalesso; CACHIONI, Meire. Saúde e qualidade de vida na velhice. In: **Coleção velhice e sociedade**. Alínea, 2006.
5. DELALIBERA, M.; BARBOSA, A.; LEAL I. Circunstâncias e consequências do cuidar: caracterização do cuidador familiar em cuidados paliativos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.4, p.1105-1117, 2018.
6. FALCÃO, D. V. S. **Doença de Alzheimer: um estudo sobre as filhas cuidadoras e suas relações familiares**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2006.
7. FALCÃO, D. V. S.; BAPTISTA, M. N. Avaliação psicológica de famílias com idosos. In: FALCÃO, D. V. S. (Org.). **A família e o idoso: desafios da contemporaneidade.** Campinas: Papirus, p. 13-36, 2010.
8. FRATEZI, F. R.; TRONCHIN, D. M. R. Validation of activities developed in day-care centers for elderly: subsidies for assessing the quality. **Enfermería Global**; n.52, p.236-251, 2018.
9. FRIED, L. P.; TANGEN, C. M.; WALSTON, J.; NEWMAN, A. B.; HIRSCH, C.; GOTTDIENER, J.; ***et al***. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**. v.56, n.3, p.146-54, 2001.
10. GJERNES, T. Knitters in a Day Center: the significance of social participation for people with mild to moderate dementia. **Qualitative Health Research**, v. 27, n.14, p. 2233-2243, 2017.
11. JESUS, M. C. P. et al. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 736-741, Jun/2013.
12. JIN, K.; et al. The Critical Need to Promote Research of Aging and Aging-related Diseases to Improve Health and Longevity of the Elderly Population. **Aging and Disease**, v.6, n.1, p. 1-5, 2014.
13. KOJIMA, G. Frailty as a predictor of disabilities among community dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. **Disabil Rehabil**. v. 39 (19), p. 1897-1908, 2017.
14. LEBOW, J.; STROUD, C. B. Avaliação do funcionamento conjugal e familiar: modelos e instrumentos predominantes. In: WALSH, F. **Processos normativos da família diversidade e complexidade.** Porto Alegre: Artmed, p. 501-528, 2016.
15. MARCUM, C. S.; et al. Primary Caregivers in a Network Context. **Journals of Gerontology: Social Sciences cite as: J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**., p. 1-12, 2018.

16. MARQUES, F. D.; MENDES, I. Doença Terminal: A Construção da Integridade Familiar no Cuidador Idoso. **Psychology, Community & Health**, v.6, n.1, p.141–157, 2017.
17. MERIGHI, M. A. B. et al. Mulheres idosas: desvelando suas vivências e necessidades de cuidado. Rev. **Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 2, p. 408-414, 2013.
18. MIRANDA, G.M.D.; Mendes A. C. G.; Silva A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 19 (3), p. 507-19, 2016.
19. NASCIMENTO, H. G. FIGUEIREDO, A. E. B. Demência, familiares cuidadores e serviços de saúde: o cuidado de si e do outro. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 24, n.4, p.1381-1392, 2019.
20. NAVARRO, F. M.; MARCON, S. S. Convivência familiar e independência para atividades de vida diária entre idosos de um centro-dia. **Cogitare Enferm**, v.11, n.3, p.211-217, 2006.
21. NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia.** Campinas: Alínea, 2014.
22. NERI, A. L.; VIEIRA, L. A. M. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol,** v. 16, n. 3, p. 419-432, set. 2013.
23. NEUMANN, L. T. V.; ALBERT, S. M. Aging in Brazil. **The Gerontologist**, v. 58, n. 4, p. 611-617, 2018.
24. PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO. Lei 15.809. **Programa Social Centro Dia do Idoso.** São Paulo, 2013.
25. SCHÜTZ, A. **Fenomenologia del mundo social**. Buenos Aires: Paidós, 1972.
26. TORRES, T. L; CAMARGO, B. V; BOULSFIELD, A. B; SILVA, A. O. Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 20 n.12, p. 3621-3630, 2015.
27. WAGNER, H. T. R. Apresentação. In: SCHUTZ, Alfred. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2012.
28. WILLIAMS, C. et al. Stress in Persons with Dementia: Benefits of a Memory Center Day Program. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 30, p. 531–538, 2016.

Casa segura para abrigo do corpo e da alma

Monica Rodrigues Perracini, Maria Luisa Trindade Bestetti, Maria do Carmo Correia de Lima

Introdução

O que é uma casa segura para uma pessoa idosa?

Frequentemente uma casa segura está associada à preocupação de evitar invasões e roubos. Quase imediatamente, se pensa em grades, trancas, câmeras de segurança e alarmes. Certamente, a casa segura deve proporcionar a sensação de segurança. A violência nas grandes cidades condena muitas pessoas idosas a se tornar prisioneiras nas próprias casas, por sentirem a ameaça iminente da criminalidade em seu entorno. No entanto, outra fonte de insegurança em casa são os acidentes domésticos, como incêndios, queimaduras, explosões, intoxicações, choques elétricos e quedas. Uma casa segura é ainda aquela que proporciona menor risco de acidentes, melhor acessibilidade e maior funcionalidade.

As alterações próprias da idade e consequências negativas de doenças crônicas podem gerar, em maior ou menor grau, incapacidades sensoriais, físicas ou cognitivas. No entanto, é importante destacar que nem todos envelhecem da mesma forma. Ser e fazer aquilo que é importante e significativo é resultado da interação entre a capacidade intrínseca (reserva fisiológica), ambiente e aspectos psicológicos e existenciais. Portanto, ter limitações funcionais na velhice não é necessariamente uma regra. Além disso, a presença de determinadas construções dentro de casa, como degraus e escadas, não pode ser considerada sempre barreira para todos os idosos. O exercício de subir e descer escadas pode ser muito bem aproveitado, desde que a escada tenha dimensionamento correto, corrimãos adequados, boa iluminação e piso não escorregadio. Vencer obstáculos no dia a dia seria excelente treino funcional desde que esteja adequado às capacidades de cada um. Uma casa segura tem caraterísticas que devem ser individualizadas.

Entretanto, há aspectos genéricos que definem de forma mais ampla o que torna uma casa mais segura para pessoas idosas. A segurança não pode estar dissociada da condição de autonomia, privacidade, senso de pertencimento e funcionalidade. A **autonomia** é a condição para que os desejos e as necessidades de uma pessoa sejam satisfeitos por ela mesma, mantendo a capacidade de agir e decidir sobre como estabelecer as rotinas. Muitas vezes, até por excesso de zelo, familiares limitam as ações dentro da moradia por temerem acidentes, gerando a sensação de inutilidade e dependência.

Pessoas idosas têm grande preocupação ao perceberem que estão sendo alijadas do processo de decisão e cerceadas do direito de escolha. A casa é o local no qual as escolhas e propósitos são imperiosos. Idosos com diferentes níveis de dependência podem continuar a exercer a autonomia. A casa

segura ofereceria condições para os idosos manterem a rotina, exercendo a autonomia e otimizando capacidades por meio de ambientes adaptados, com o uso de equipamentos assistivos e de tecnologia.

A **privacidade** é condição geralmente negligenciada no caso de pessoas idosas com algum grau de dependência, pois são geralmente supervisionadas com constância nas iniciativas e atividades. A manutenção da privacidade não se resume apenas aos momentos da higiene íntima ou repouso. É possível manter hábitos antigos se houver ajustes proporcionais às necessidades.

Para muitos adultos mais velhos que moram sós, intervenções e questionamentos sobre as ações criam a sensação de vigilância que os pressionam emocionalmente, gerando desgastes para o idoso e família. Hoje, é cada vez mais comum a instalação de câmeras de segurança em vários cômodos da casa para que os filhos monitorem os pais, particularmente quando há presença de cuidadores pagos que prestam cuidados a idosos com limitações físicas e mentais.

Nesse caso, a discussão sobre privacidade é ainda mais importante, e cuidados extras devem ser tomados para a privacidade e o desejo dos idosos serem respeitados. A moradia pode oferecer dispositivos de segurança que reduzem riscos, possibilitando relacionamentos mais respeitosos.

O **pertencimento** é a sensação subjetiva de estar vinculado a um lugar que define parte da sua história e trajetória. O pertencimento se constrói em um período de tempo e com elementos da memória que estabelecem conexão com seu lugar de viver e, portanto, deve ser respeitado e reconhecido como fundamental para o bem-estar de um idoso. Rupturas com objetos e pessoas podem determinar a frustração que ameaça esse bem-estar, tornando a perspectiva de vida repleta de incertezas. O ambiente físico é carregado de subjetividades e molda a identidade. A casa segura é aquela que garante essa identidade.

A **funcionalidade**, uso das capacidades e habilidades no desempenho de atividades cotidianas, seria otimizada por meio de facilitadores ambientais, tanto do ambiente físico construído quanto do ambiente sensorial e subjetivo. O grau de funcionalidade não é constante na vida e não diz respeito apenas às capacidades básicas, como comer, tomar banho, se vestir e andar. Trata-se da possibilidade de aprender coisas novas, de se relacionar com outras pessoas e contribuir para a própria existência, família e comunidade. Uma casa segura deve proporcionar meios de comunicação com a família, amigos e comunidade. A possibilidade de explorar a convivência no entorno de onde se mora é fundamental para uma casa segura.

Com autonomia, privacidade, senso de pertencimento e funcionalidade, uma casa segura oferece conforto e acolhimento. Não somente o conforto de uma boa cama e cadeira, muitas vezes apenas a garantia que se tem em

distintas instituições para idosos. Há ainda o conforto da casa ventilada e bem iluminada, com aproveitamento do sol germicida e da exaustão de odores indesejados. Pisos que não escorregam e cores que estimulem o lazer e o descanso. O conforto e o bem-estar que trazem a acolhedora casa dependem de dar oportunidade ao convívio social diário, no qual somos confortados nas alegrias e tristezas. O que representa uma casa segura para o bem-estar de um idoso pode ser garantido por pequenas intervenções que possibilitem autonomia, privacidade, senso de pertencimento e conforto, além da prevenção de acidentes domésticos.

Quando se fala que a casa segura gera acolhimento para o corpo e para a alma, não é mera coletânea de cômodos e pertences, mas na verdade parte do que se define como pessoa.

Quais são os elementos que determinam a segurança na casa?

A segurança de uma casa é sempre medida na relação **pessoa-ambiente**. Os desejos, as preferências e as necessidades do morador idoso devem ser avaliados. É primordial conhecer quem é a pessoa idosa, sua trajetória e condições de saúde. Em seguida, entender em que medida o ambiente interno e externo (fora de casa, quintal, vizinhança) é propício para atender essas necessidades e desejos, e com qual suporte pode contar, não apenas de família e/ou amigos, mas o suporte de produtos e serviços.

Quatro domínios do funcionamento do corpo são importantes para se estabelecer a relação pessoa-ambiente:

- **Cognição**: capacidade mental de compreender e resolver adequadamente problemas do cotidiano;
- **Humor/comportamento**: motivação necessária para atividades e participação social. Inclui o comportamento do indivíduo, afetado pelas demais funções mentais, como senso-percepção, pensamento e consciência;
- **Mobilidade**: capacidade de deslocamento e manipulação do meio (objetos). A mobilidade depende de quatro subsistemas funcionais: capacidade aeróbica e muscular, alcance/preensão/pinça, relacionado à função dos membros superiores e à marcha, manutenção e troca de postura (transferências, como levantar e sentar). A continência esfincteriana é considerada subdomínio da mobilidade, pois a ausência (incontinência esfincteriana) interfere na mobilidade e restringe a participação social.
- **Comunicação**: capacidade de estabelecer relacionamento com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias e sentimentos. Depende de três subsistemas funcionais: visão, audição e produção/motricidade orofacial. Esta última é representada pela voz, fala e mastigação/deglutição.

A tabela abaixo exemplifica a relação entre domínios, condições de saúde e estratégias para uma casa segura.

Domínio funcional	Condições de saúde	Estratégias para casa segura
Cognição	Comprometimento cognitivo leve (CCL) Demências	• Organização do espaço com sinalização que facilite o reconhecimento e a familiarização intuitiva. Idosos com problemas cognitivos em geral têm dificuldades viso-espaciais e de julgamento • Materiais, roupas, utensílios divididos por categorias e frequência de uso • Lembretes visuais ou sonoros; • Meios e aplicativos que ajudam a monitorar e organizar a rotina com os cuidados pessoais e com a saúde • Evitar excesso de ruídos sonoros e estímulos visuais que possam comprometer a atenção ou causar confusão
Humor e comportamento	Depressão Ansiedade Solidão	• Uso de cor nos ambientes • Boa iluminação natural (estimular o ritmo circadiano e o ciclo vigília-sono) • Uso de aromas • Meios e aplicativos de interação pessoal • Presença de plantas e animais de estimação (quando possível) • Meios de comunicação à disposição • Pertences que tragam memória afetiva

Domínio funcional	Condições de saúde	Estratégias para casa segura
Mobilidade e atividades do dia a dia	Inúmeras condições podem comprometer a mobilidade, como AVE (derrame), Doença de Parkinson, neuropatias, fraturas, problemas reumatológicos; idosos podem ser dependentes de dispositivos (bengalas, andadores, cadeiras de roda) e/ou dependentes de ajuda pessoal	• Bom uso da ergonomia (tanto para o ambiente construído quanto para o mobiliário) • Adequação dos espaços para uso de dispositivos de auxílio à marcha • Uso de tecnologia para otimizar atividades de forma segura com o maior grau de independência possível • Mobiliário e utensílios que amenizem a fadiga e aumentem a tolerância a atividades; bancos em locais estratégicos, por exemplo, na entrada da casa e no jardim
Comunicação/ interação	Comprometimentos visual, auditivo e de linguagem	• Acessibilidade, mobiliário e equipamentos adequados para amplificar percepções sensoriais e evitar excesso de estímulos e ruídos • Arquitetura inclusiva para promover maior participação social dentro dos espaços da casa, pertencimento

A ergonomia (*Human Factors*) é o conhecimento sobre habilidades e limitações humanas e outras características importantes para o design de produtos, sistemas, atividades e ambientes seguros, confortáveis, fáceis de usar, eficientes e funcionais. O design de uma casa segura inclui uma boa concepção ergonômica. Características de boa ergonomia devem ser levadas em consideração:

- Antropometria: considera aspectos como altura, peso, comprimento dos membros, postura e força. Altura do vaso sanitário, cadeiras, sofás, prateleiras nos armários, disposição de barras de segurança, corrimãos, interruptores, são fundamentais para garantir segurança, prevenir lesões por movimento repetitivo e otimizar a função. Por exemplo, a postura fletida comum entre os idosos diminui a capacidade de extensão da cabeça e do tronco (diminuindo a capacidade de olhar para cima), diminui o alcance dos braços e altera as medidas antropométricas "padrão". Medidas de barras de segurança devem levar em consideração essa possível alteração e não apenas ser medida padrão para todos os idosos. Cadeiras ou outros mobiliários que não estão adequados podem causar acidentes e lesões, como hematomas e equimoses, lacerações e até fraturas (como quedas na posição sentada).
- Biomecânica: considera ângulos e vetores de força dos membros (articulações) e deve levar em conta a diminuição de amplitude de

movimento devido à dor, fraqueza muscular, limitação articular ou edema crônico. Essas restrições devem ser compensadas ou amenizadas por meio da adaptação do ambiente, mobiliário e dispositivos.

- Percepção: considera como as informações são interpretadas e usadas para a ação, como a identificação da posição e movimento de objetos, esquema corporal, lateralidade, reconhecimento de formas, percepção de profundidade, diferenciação de figura-fundo etc.
- Motor: tolerância para atividades (fadiga), coordenação motora, controle postural (equilíbrio), lateralidade, integração bilateral, apraxias (incapacidade de execução e controle de certos movimentos), integração visual e motora.

A iluminação é outro aspecto fundamental. Em atividades que exigem mais atenção, especialmente nas áreas de produção, lavagem e leitura, a luz deve ser direta, mas sem ofuscar em superfícies brilhantes, a ponto de criar pontos cegos que podem gerar acidentes. A luz natural é preferível, mas nem sempre será suficiente e, portanto, o sistema de iluminação artificial deve ser utilizado de modo equilibrado.

As luminárias de teto devem possibilitar a iluminação geral, mas são úteis alguns pontos auxiliares, com abajures e pontos nas paredes, considerando a eventual necessidade de trocar lâmpadas. Os revestimentos das paredes, tetos e pisos são fundamentais para se avaliar a intensidade de luz necessária, pois são superfícies que refletem a luz emitida pelas lâmpadas.

O conforto perpassa igualmente a escolha dos revestimentos têxteis úteis para o conforto acústico, térmico e sensação de acolhimento. A escolha de texturas, cores e materiais deve atender à facilidade de manutenção, aproveitamento da luz e prazer tátil.

A organização e manutenção são aspectos igualmente relevantes. Portas de armários que ficam abertas, especialmente em lugares altos, como fios atravessados em extensões que alimentam eletrodomésticos diversos e objetos que reduzem as circulações, como vasos e mesas de centro, podem causar quedas com consequências muito graves.

Tapetes soltos, conhecidos vilões das quedas, devem estar posicionados sem o risco de enrolar ou deslizar, sendo mantidos desde que estáveis. Tacos soltos e desníveis causados por má manutenção do piso devem ser restaurados. Móveis instáveis, como pequenas mesinhas ou aparadores, devem garantir que não sejam usados como apoio, outra armadilha em situações de desequilíbrio.

Como o Espaço de Vida se relaciona com a Casa Segura?

O comprometimento da autonomia e/ou da independência pode restringir a participação social dos idosos, diminuindo a frequência com que saem

de casa, restringindo o espaço de vida, constructo utilizado para estimar a magnitude ou a extensão da mobilidade em ambientes dentro e fora de casa (cômodo da residência além de onde dorme; área externa da residência; vizinhança, comunidade de serviços; cidade em que habita e outras cidades), independentemente de como se chega – de forma independente, auxílio de dispositivo ou assistência pessoal.

É fundamental avaliar quais zonas e espaços de mobilidade estão comprometidas/restritas e com que magnitude. Quais as barreiras que impedem a mobilidade? Por qual motivo (piso escorregadio, pouca iluminação, mobiliário de risco, degraus altos, ausência de corrimão, não acessível aos outros espaços da moradia, falta de suporte pessoal, dispositivo inadequado, déficit/comprometimento físico...)?

A casa/moradia não deve ser pensada sem seu entorno. Na relação do idoso com a comunidade as necessidades serão supridas. A restrição do espaço de vida pode trazer consequências negativas à saúde dos idosos, indicar perdas nos papéis sociais decorrentes de oportunidades para atividades de valor produtivas, como ajudar os outros, participação e protagonismo na sociedade.

As restrições mais comuns à participação dos idosos envolvem a mobilidade fora de casa devido à presença de barreiras ambientais, como má conservação das calçadas, tempo de travessia curto das faixas de pedestres, má iluminação, sinalização precária, pouca acessibilidade, entre outros.

Como evitar os principais acidentes domésticos?

Incêndios e queimaduras

São a segunda causa de morte decorrente de acidentes domésticos em pessoas idosas. Podem estar associados ao uso de cigarros, bebidas alcóolicas, medicamentos que deprimem a função do sistema nervoso central (em especial que comprometem a atenção), problemas visuais e cognitivos. Além disso, idosos com demência têm 60% maior risco de serem hospitalizados por queimaduras. E a extensão das queimaduras é maior, provavelmente devido à ausência de julgamento de risco e à capacidade de responder prontamente a situações de perigo.

As queimaduras ocorrem com maior frequência em casa (79% dos casos), e o mecanismo mais comum é o escaldar com água quente, outros líquidos e comidas. (Harvey, Mitchell, Brodaty, Draper, & Close, 2016). Cozinhar é a atividade mais comumente relacionada a queimaduras, quer seja por fogo direto, líquidos em ebulição ou objetos quentes. Dificuldade em regular a temperatura pode igualmente causar queimaduras leves durante o banho ou uso de duchas higiênicas. Na Austrália (*New South Wales*), por exemplo, há uma norma que torneiras com água quente não devem exceder 43ºC.

Adaptações ambientais são importantes para evitar queimaduras e incêndios.

Na cozinha:

- Fogões elétricos em geral apresentam sinais luminosos de alta temperatura e alertam para o risco de queimadura. Devem ser preferíveis aos fogões a gás. Fogões a gás podem gerar incêndios e explosões.
- Uso de chaleiras elétricas que desligam automaticamente é mais indicado do que as de uso em fogão.
- Instalar *timers* com avisos sonoros e visuais perto do fogão;
- Evitar uso de torneiras elétricas que esquentam rapidamente ao serem manipuladas ou instalar misturadores com termostato que controlam a temperatura.
- Instalar detectores de fumaça em todos os ambientes. O *U.S. Fire Administration,* em seu manual para evitar incêndios em pessoas idosas, recomenda que esses detectores estejam todos interconectados, de forma que se um deles detectar fumaça todos disparam ao mesmo tempo. Isso fornece um alarme mais eficiente e maior tempo para evacuação da casa, mesmo para pessoas com dificuldade de locomoção. Prefira detectores de fumaça com sinais sonoros e luminosos.

No quarto/sala:

- Usar estratégias de conforto térmico em ambientes construídos para extremos de temperatura (dias frios e muito quentes)
- Instalar aparelhos de aquecimento na parede para evitar uso de aquecedores elétricos portáteis
- Instalar ventiladores de teto
- Sistemas de detectores de fumaça têm dispositivos que fazem vibrar colchões e travesseiros para sinalizar incêndios durante a noite
- Preferir velas elétricas ao invés das convencionais

No banheiro:

- Chuveiro e duchas higiênicas com uso de misturador com termostato que permita a fácil regulagem e controle de temperatura, com trava de segurança para altas temperaturas. O volume de água misturada é controlado por um registro integrado ao aparelho, o que não interfere na temperatura
- Instalar recursos de aquecimento do ambiente (piso aquecido) para evitar uso de aquecedores elétricos no banheiro

Caixa de eletricidade (caixa de energia com circuitos e disjuntores) em casas antigas muitas vezes está desatualizada, e não comporta novos equipamentos, podendo causar incêndios. A revisão/manutenção da caixa de energia é fundamental para evitar incêndios. Não sobrecarregar os circuitos com muitos equipamentos na mesma tomada é bastante aconselhável. Casas seguras têm mais tomadas por ambiente.

Cortes e abrasões

Os cortes e abrasões, em geral, são decorrentes de quedas. No entanto, é possível que se devam à presença de quinas em mobiliários pontiagudos (mesas, aparadores) e maçanetas de portas. Idosos podem ter desequilíbrio e desorientação espacial, esbarrando em móveis ao caminhar pela casa. Além disso, muitas casas não têm o vão de porta adequado para passagem com cadeira de rodas.

- Retire os móveis que se encontram na passagem ou instale protetores de quina de borracha ou silicone
- Evite materiais cortantes ou que com o tempo possam lascar e causar ferimentos, como tampos de vidro, mármore, etc
- Portas devem ter vão livre de 90 cm para acomodar com folga idosos que usam cadeira de rodas. São comuns lesões de pele nas regiões do cotovelo e antebraço por vãos de porta estreitos

Quedas

As causas das quedas são multifatoriais e decorrem, em geral, da combinação de fatores intrínsecos (problemas de equilíbrio e marcha, uso inadequado de medicamentos, problemas visuais e somatossensoriais, etc). No entanto, o ambiente pode conter riscos que potencializam a ocorrência de uma queda, especialmente para os idosos com alto risco de cair, em particular com problemas neurológicos.

De fato, 55% das lesões decorrentes de quedas ocorrem dentro de casa, e as quedas perto de casa representam 23% (calçadas e meio-fio), em geral em trajetos conhecidos. Os outros 22% dos casos ocorrem em geral em ambientes construídos, públicos ou privados (bancos, supermercados etc). Cerca de 30% a 40% das causas das quedas estão de alguma forma relacionadas ao ambiente e à prevalência de riscos ambientais dentro de casa. Perto de 80% das casas dos idosos têm pelo menos um risco ambiental e cerca de 40% contêm cinco ou mais riscos.

- *Pisos e tapetes:* além do banheiro, cozinha e área de serviço, exige-se o cuidado em relação a pisos escorregadios, em função do chão molhado (respingos e gorduras). Verificar o coeficiente de atrito do piso antes de fazer a instalação. Para áreas de piso molhado, como banheiro, cozinha e quintal, é recomendado estar entre 0.4 e 0.7. Instale tapetes antiderrapantes dentro do box ou considere usar pisos com maior coeficiente de atrito. Evitar pisos muito desenhados ou que reflitam muito a luz, pois podem causar confusão visual ou ofuscamento. Tapetes podem ser usados desde que não escorreguem (instalar antiderrapantes), façam facilmente rugas e/ou orelhas.
- *Degraus e escadas:* desníveis devem ser evitados, mas caso existam é importante as bordas serem sinalizadas, e caso necessário, a instalação

de barra vertical. Escadas e degraus devem ser bem iluminados. Escadas devem ter corrimãos dos dois lados e avançar cerca de 30cm após o término do último degrau. Corrimão deve seguir as normas da ABNT (NBR9050).

- *Mobiliário:*
  - ✓ *Armários*: devem estar organizados de forma que idosos consigam acessar objetos sem ter que subir em banquinhos ou escadinhas e sem curvar-se. Prateleiras devem estar a 1,60m do chão. Caso estejam posicionados acima das bancadas, a distância diminui para 1,40m. Onde há louças e pequenos utensílios para uso constante, portas com vidro na altura dos olhos são convenientes, de modo a exigir menos esforço de alcance e rápida visualização do que está armazenado. Micro-ondas fica à altura dos olhos até à altura de balcão, em geral ao redor de 90cm, estando com apoio próximo para não exigir o porte de pratos. Torneiras devem ser fáceis de acionar, sendo que há modelos com mangueiras que facilitam o processo de lavagem de louças. Em armários de quarto, as roupas devem estar ao alcance, em prateleiras e cabideiros em geral com até 1,60m.
  - ✓ *Sofás e cadeiras*: os assentos devem ter altura que não exija muito esforço para erguer-se, sendo que braços auxiliares sempre serão importantes para apoio nessa transição. Espumas do assento do sofá devem ser firmes e os tecidos não escorregadios. No geral, assentos devem estar entre 45-48cm do chão, mas em caso de idosos com dificuldades para levantar, assentos de até 50cm de altura podem ajudar. A presença de braços de cadeiras que avancem o assento é recomendada.
  - ✓ *Box e barras de segurança*: instalação de barras de segurança dentro do box (sempre) e ao lado do vaso sanitário, caso o idoso tenha dificuldade de se levantar. Barras de segurança são recomendadas pelo *U.S. Centers for Disease Control and Prevention*. Recomenda-se que não se use box de vidro ou acrílico, pois podem romper-se em movimentos bruscos, como uma queda.
  - ✓ *Cama:* deve ter altura que permita ao idoso posicionar os pés no chão com segurança, e ao mesmo tempo facilite se levantar. Camas muito baixas exigem que os idosos se segurem no criado-mudo ou cabeceiras, e camas muito altas podem fazer o idoso escorregar e cair sentado. Camas com regulagem de altura e de encosto podem ser mais confortáveis, mas não devem ter aparência de camas hospitalares. Os pés da cama não devem avançar sobre o limite do colchão, evitando que o idoso tropece. Lembrar que o dormitório é o lugar da intimidade e do recolhimento, e deve propiciar momentos adequados de repouso.
- *Iluminação*: presença de luz noturna, facilidade de acesso a interruptores na entrada de todos os ambientes. Evitar uso de luzes indiretas que façam muita sombra, em especial nos trajetos entre os ambientes. Amenizar a

diferença de luminosidade na transição do ambiente de fora e dentro de casa. Use sempre que possível o acendimento de luzes por meio de sensores de movimento. Luminárias sobre a bancada da cozinha sempre evitarão erros e acidentes com facas e outros objetos cortantes.

- Áreas de serviço: para pendurar roupas lavadas há sistemas que flexibilizam a altura do varal por partes, diminuindo o peso e facilitando o procedimento de pendurar e retirar, alguns com acionamento elétrico. Máquinas de lavar devem ser preferencialmente de abertura frontal, mas colocadas em altura confortável ao nível dos olhos, em geral a 90cm.
- *Entrada da casa, quintal, garagem*: a entrada da casa ou do prédio é importante espaço para prevenir quedas e garantir livre e segura circulação e intersecção com o ambiente interno e externo. A soleira da porta de entrada deve ter no máximo 25 milímetros. Caso haja degraus, a instalação de corrimãos ou barras horizontais é fundamental. A presença de rampa para acesso de cadeiras de rodas deve seguir as normas da ABNT 9050. Bancos na entrada e no jardim devem ser considerados, uma vez que a fadiga é um dos componentes importantes em idosos fragilizados. Quintal com ou sem jardim deve conter mecanismo adequado de escoamento da água para evitar poças. Canteiros com plantas devem permitir larguras do passeio que comportem pessoas idosas com bengalas, andadores e cadeiras de rodas, acompanhados de outra pessoa ao seu lado (em torno de 1,50m[1]).

Segurança e *smart homes*

Atualmente há o desenvolvimento de várias *smart techonologies* para lidar com questões de segurança em casa, particularmente para idosos que moram sozinhos e têm algum grau de declínio cognitivo ou dificuldade de mobilidade.

Um dispositivo em fase de *beta testing* pela *Inirv React* conecta o fogão ao celular. Quando não há movimento ao redor do fogão por determinado tempo o dispositivo sinaliza para o celular e desliga o fogão, evitando com isso acidentes, especialmente em idosos com problemas de memória. Outro dispositivo similar é o burn allert (https://burneralert.com/), que dá avisos visuais e sonoros em períodos de tempo estipulados de que existe uma boca do fogão aceso.

Avisos podem ser dados em determinados horários do dia para lembra-los não apenas de tomar remédios e ir a consultas, mas igualmente de atividades como vasculhar a geladeira e jogar fora produtos perecíveis, pôr o lixo na área de serviço ou na calçada (https://smpltec.com/reminder-rosie).

Para idosos com problemas de perambulação e que querem sair de casa

[1] Existem variações entre os países sobre a variação de larguras de passeios acessíveis, variando de 2 metros (Bélgica), 1,80 metros (Alemanha) a 1,22 metros (EUA). Consideramos 1,50 metros, tendo em vista que uma pessoa com bengala ou muletas precisa de no mínimo 90cm de largura. Fonte: Raschko, 1991.

a qualquer custo, existem dispositivos que falam com o idoso quando se aproxima da porta de entrada/saída usando mensagem gravada pelo cuidador - *Motion Activated Voice Reminder*, como o *Defender Memo Minder MKII* (https://www.alzproducts.co.uk/memo-minder-mkii).

Monitoramento de atividades em casa, como abrir e fechar de geladeira, usar a máquina de lavar pratos e entrar e sair do banheiro durante a noite podem ser monitorados e conectados a *smart phones* de cuidadores familiares, como a disponibilização de vídeo chatting e fotos para aumentar o grau de interação com idosos que moram sozinhos (https://www.grandcare.com/family-caregiving/).

Dispositivos de monitoramento podem ser usados para evitar roubos e intrusões e, como mencionado, padrões de atividades fora do usual. Alguns dispositivos de controle e saída de abertura de portas e janelas, controle de deslocamento (padrões de movimentação) dentro de casa, segurança noturna (alerta quando a cama permanecer vaga por longo período durante a noite), controle de voz e respostas de emergência estão disponíveis no Brasil com conexão por meio de aplicativos (https://international.alarm.com/pt/bem-estar).

Dispositivos de autocuidado, como o bidet inteligente (Swash 1400, luxury bidet seat), que ajudam na higiene íntima após o uso do vaso sanitário, proporcionando chuveirinho de água quente e secador acoplados ao vaso sanitário (https://www.brondell.com/swash-1400-bidet-toilet-seat/).

Para detecção de quedas existe hoje ampla gama de dispositivos que vão desde sistemas simples de teleassistência, com botões de emergência que ajudam quando idosos moram sozinhos ou permanecem parte do dia desacompanhados (https://tecnosenior.com) (https://www.telehelp.com.br/), a sistemas mais complexos acoplados a *wearables* e pisos inteligentes que detectam quando o idoso caiu e repousa no chão sem conseguir se levantar (http://sensifall.com/), ou dispositivos de infravermelho acoplados a sensores de movimento wireless e smart phones que avisam se o idoso foi ao banheiro durante a noite, mas não voltou para a cama (p.ex, *eLsa Activity Sensing*) (https://maricare.com).

Considerações finais

Adaptações ambientais e uso de dispositivos para uma casa segura dependem de ampla gama de ações e processos. Requerem a identificação das adaptações e produtos necessários para se alinhar ao conceito pessoa-ambiente, seleção de produtos e materiais, identificação de instaladores qualificados, certificação de que as adaptações foram feitas de forma adequada e disponibilidade de recursos para financiamento. São muitas etapas a serem efetivadas e, em geral, os serviços são fragmentados, dependendo de vários profissionais. Novas moradias para idosos têm a oportunidade de ser concebidas de forma segura e inovadora, usando premissas, do desenvolvimento

do projeto até à execução. Políticas públicas e privadas devem ser estimuladas, buscando conectar as necessidades dos idosos e os meios para instituir intervenções para uma casa segura.

Referências bibliográficas

1. Almeida Prado, A. R., & Perracini, M. R. (2007). A construção de ambientes favoráveis aos idosos. . In A. L. Neri (Ed.), Qualidade de vida na velhice: enfoque multidiciplinar. (pp. 221-229). Campinas: Editora Alínea.
2. Baker, P. S., et al. (2003). Measuring life-space mobility in community-dwelling older adults. Journal of the American Geriatrics Society, 51 p.1610–1614.
3. Ehrlich, A. R. (2006). Preventing burns in older patients. *Am Fam Physician, 74*(10), 1688 -1693.
4. FEMA. (2018). Fire Safety for Older Adults. FA-221. Retrieved from https://www.usfa.fema.gov/prevention/outreach/older_adults.html.
5. Harvey, L., Mitchell, R., Brodaty, H., Draper, B., & Close, J. (2016). Dementia: A risk factor for burns in the elderly. Burns, 42(2), 282-290. doi:10.1016/j.burns.2015.10.023.
6. Jacobs, K. & Bettencourt, C.M. (1995). Ergonomics for therapists. Butterworth-Heinemann (Newton).
7. Peel, C., et al. (2005). Assessing mobility in older adults: The UAB study of aging life-space assessment. Physical Therapy, 85, 1008–1119.
8. Perracini, M.R. & Fló, C. (2019). Funcionalidade e Envelhecimento. Guanabara Koogan (Rio de Janeiro), p.541.
9. Perracini, M.R. (2016). Adaptação Ambiental In E. Viana de Freitas & L. Py (Eds.), Tratado de Geriatria e Gerontologia (5a. edição ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
10. Pinto, M. R., De Medici, S., Van Sant, C., Bianchi, A., Zlotnicki, A., & Napoli, C. (2000). Ergonomics, gerontechnology, and design for the home-environment. Appl Ergon, 31(3), 317-322.
11. Pynoos, J., Steinman, B. A., & Nguyen, A. Q. (2010). Environmental assessment and modification as fall-prevention strategies for older adults. *Clin Geriatr Med, 26*(4), 633-644.
12. Rantakokko, M., et al. (2016). Changes in life-space mobility and quality of life among community-dwelling older people: a two-year follow-up study. Qual Life Res, 25, 1189-1197.
13. Raschko, Bettyann (1991). Housing interiors fo the disabled and elderly. Chapman & Hall (New York), p.360.
14. Webber, S.C. et al (2010). Mobility in Older Adults: A Comprehensive Framework. The Gerontologist Mobility in Older Adults: A Comprehensive Framework, 50(4), 443-450.
15. WHO. (2015). World report on ageing and health. Retrieved from http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/.

Condomínio do Futuro: Propósito, Sociabilização, Saúde e Qualidade de Vida

Edgard Borsoi Viana

Estamos vivendo profundas transformações sociais. Nossos hábitos mudaram, nossa forma de se relacionar com nossa família, com nossos amigos, com quem amamos, nossa forma de trabalhar, como moramos, como nos exercitamos, como nos alimentamos, como vemos o mundo e a nós mesmo. De todas as transformações sociais, uma das mais importantes é a longevidade que acontece no Brasil e em todo o mundo.

Felizmente, a crescente consciência que estamos adquirindo nesta área pelas inúmeras discussões, debates, fóruns, estudos e conversas entre amigos têm levado à importantes reflexões. Hoje, mais do que nunca, temos continuadamente feito as seguintes perguntas:

- O que está mudando no mundo e no Brasil?
- Como isto me afeta?
- O que é importante para mim?
- O que realmente me faz feliz?
- Qual é o meu propósito de vida?
- Como me preparo para viver melhor?

Neste artigo, vamos resumir algumas das transformações sociais que estamos passando, principalmente focando a longevidade, o mercado que foi criado neste segmento e seus impactos. Também destacamos a moradia apropriada para a nossa fase de vida mais longa, seus naturais desafios dentro do contexto atual e o **Condomínio do Futuro**.

Nas palestras, apresentações e conversas entre amigos que tenho promovido e participado sobre longevidade e o que será o **Condomínio do Futuro**, costumo mostrar e falar logo de início sobre a primeira página de um jornal de 1940, o qual relata que "um ônibus, desgovernado, invadiu uma casa e matou uma velhinha de 42 anos"...

Figura 1

JORNAL

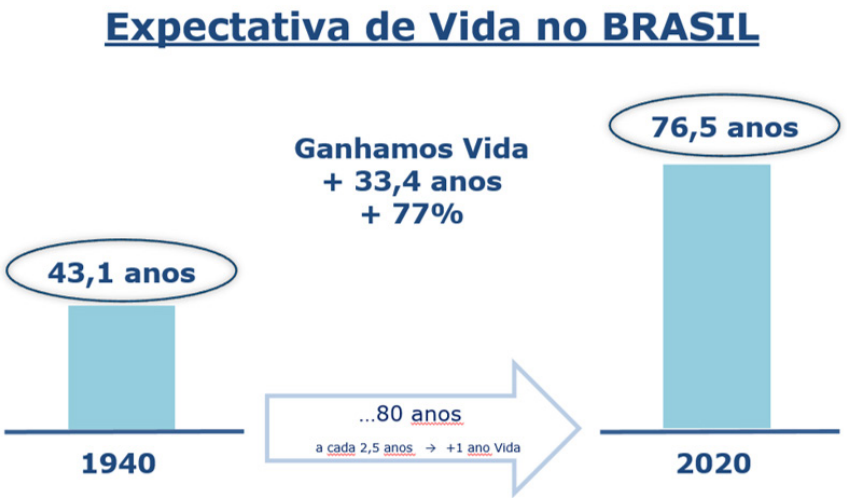
Compra dos navios pelo Amaz

Onibus entrou na casa humilde e foi apanhar a velhinha de 42 anos

Hoje, eu pergunto: **Qual é a idade de uma velhinha?**

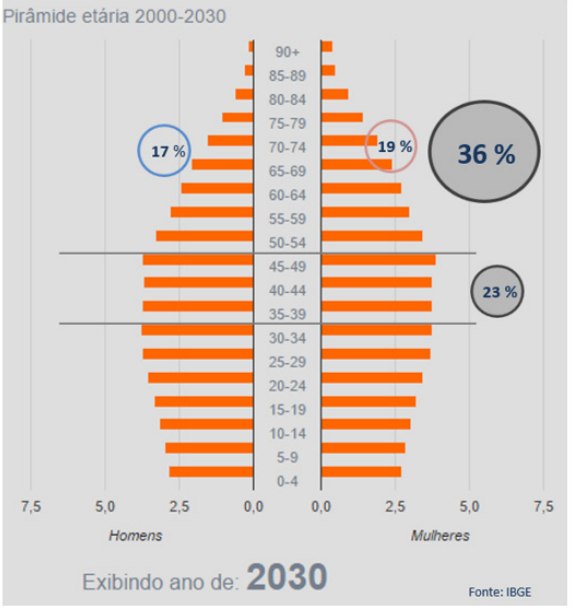
Os dados nos ajudam a entender a mudança da nossa visão sobre o envelhecimento. No Brasil, a expectativa de vida em 1940 era de 43.1 anos e passou para 76.5 anos em 2020, segundo o IBGE. Portanto, em 80 anos, a cada dois anos e meio, ganhamos em média um ano a mais de expectativa de vida.

Gráfico 1



E... o ganho de expectativa de vida não vai parar. No Brasil, em 2017, pouco mais de 25% dos habitantes tinham acima de 50 anos. Em 2030, 36% terão mais de 50 anos, segundo as projeções do IBGE.

Gráfico 2. **50 Mais: Aumento de 46% em 15 anos**



No Estado de São Paulo, a população de pessoas na faixa etária 50 mais vai aumentar 46% em apenas 15 anos – de 2019 a 2034 – passando de 12.5 milhões para 18.2 milhões de habitantes. Junto com o envelhecimento da população, acompanharão este fato outras significativas transformações sociais. Na política, por exemplo, a participação dos 50 mais representará 44% dos eleitores votantes, podendo - neste caso - decidir o destino de uma eleição. E mais: ações públicas serão necessárias para atender as necessidades dos longevos.

Na força de trabalho, economicamente ativos, o Brasil terá 46% de 50 mais, o que obrigará as empresas a criarem programas específicos de contratação e alongamento de carreiras (**tabela 1**). Outro um impacto social relevante é a redução do número de filhos por casal que vem ocorrendo há décadas no Brasil. A população em geral só não reduz pela longevidade. A **tabela 1** abaixo mostra o crescimento de 46% dos 50 mais versus apenas 9% da população em geral no Estado de São Paulo.

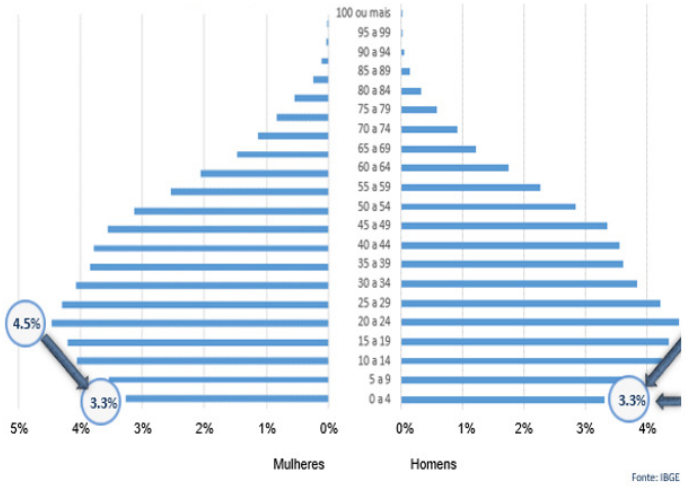
A tendência de redução do número de jovens e crianças é observada no **gráfico 3** que mostra, como exemplo, a população da cidade de Franca, interior do Estado de São Paulo. Em 2010, a população da faixa etária com maior densidade populacional, a de 20 a 24 anos, representava aproximadamente 9,0% (4,5% homens + 4,5% mulheres) e a de recém-nascidos e crianças de 0 a 4 anos representava 6,6% (3,3% homens + 3,3% mulheres), ocorrendo uma redução de 27%. Em 2021, a população total de Franca é estimada em aproximadamente 355 mil habitantes. Desse total, 95 mil pessoas têm mais de 50 anos, segundo o IBGE. No Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, já existem mais pessoas com mais de 60 anos do que adolescentes de até 14 anos.

Tabela 1

	2019		2034
População Total	45.9 MM	+9%	50.1 MM
População +50	12.5 MM	+46%	18.2 MM
	27%		36%
Eleitores +50 (>16 anos)	34%	+30%	44%
Pop Econ. Ativa +50 (>18 anos)	36%		46%
Investidores +50 (>35 anos)	54%		63%

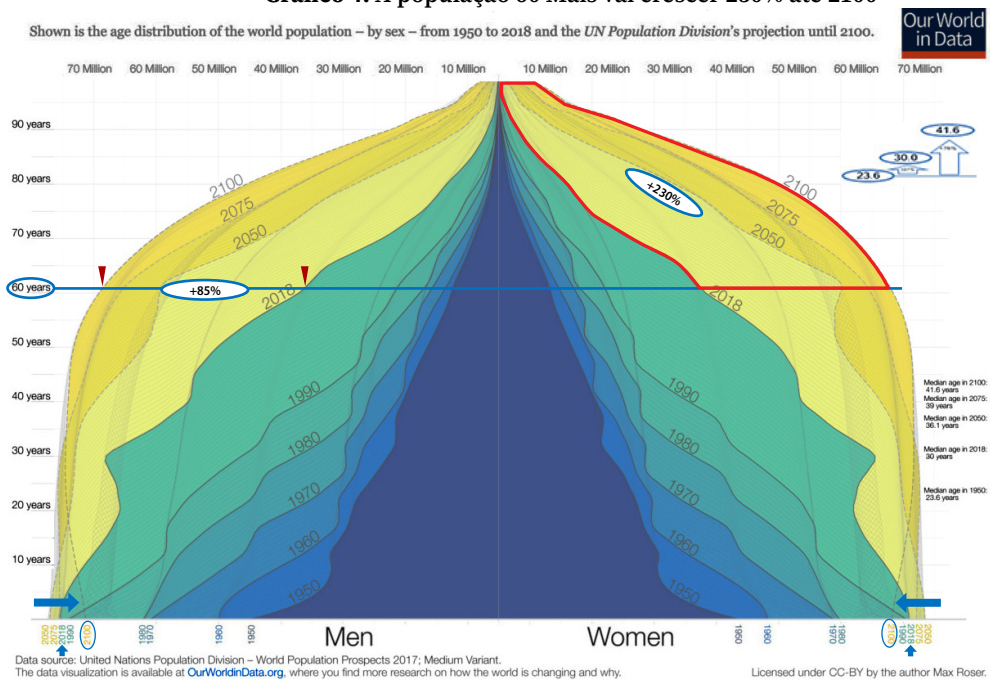
Obs.: **População Total do estado de SP cresce 9%** no período versus 46% de crescimento do grupo +50
Fonte: IBGE

Gráfico 3. População Franca – IBGE 2010



Em diferente escala, no mundo em geral, ocorrerão as mesmas tendências detalhadas acima e que estão ocorrendo no Brasil. O **gráfico 4** mostra um estudo da ONU e a evolução das pirâmides etárias de 1950 e as projeções até 2100, onde o crescimento da média de idade no mundo saiu de 23.6 anos para 41.6 anos. As pessoas com 60 anos especificamente crescerão 85% de 2018 a 2100 e a população 60 mais crescerá 230%. Por outro lado, na base da faixa etária, apresentará uma redução em 2100.

Gráfico 4. A população 60 Mais vai crescer 230% até 2100



Fonte: ONU - Divisão sobre Estudos Populacionais - https://www.visualcapitalist.com/world.population-pyramid-1950-2100/

Mercado grisalho – 50 mais

O chamado Mercado Grisalho vem chamando atenção pelo seu grande potencial no mundo todo, tanto que umas das universidades mais respeitadas no mundo e fortemente dedicada às pesquisas, o MIT – *Massachusetts Institute of Technology* - criou o AGELAB para estudar as tendências e comportamentos de consumo especificamente dos "grisalhos".

No Brasil, o potencial do Mercado Grisalho é da ordem de R$ 1.8 a 2.1 trilhões ao ano, equivalente a aproximadamente maior que 30% do PIB nacional. Se fosse possível separar o Brasil 50 mais, estaríamos entre as cinco maiores economias 50 mais do mundo.

No Estado de São Paulo, as classes A e B-1 que possuem predominância dos 50 mais como líderes familiares, têm uma renda estimada de R$ 34 bilhões/mês, tratando-se de um grupo de pessoas com patrimônio constituído e forte poder de consumo em suas classes econômicas, que buscam soluções para suas atuais necessidades. O grupo de brasileiros 50 mais tem um *ticket* médio de consumo em datas marcantes, como Natal, que varia para mais de +15% a +75% quando comparado com o gasto médio dos mais jovens.

Este grupo de pessoas está preocupado com o envelhecimento e com a busca de propósito de vida. Isto aponta para várias oportunidades na experiência de compra dentro de lojas, como seções especiais para idosos, acesso adaptado, altura e exposição adequada, área de encontro e descanso, funcionários para apoio e atendimento preferencial em lojas físicas.

O consumidor maduro também é cliente de lojas *online*. Sete em cada 10 idosos já fizeram compras na web, de acordo com um mapeamento dos hábitos de compra da população acima de 60 anos em oito estados brasileiros, realizada pela Sociedade Brasileira de Varejo e Consumo (SBVC). O setor de academias também está de olho neste público. Em São Paulo, 65% delas oferecem atividades específicas para os idosos, segundo a Associação Brasileira de Academias.

Na internet, diversas iniciativas estão focadas nos longevos e suas necessidades. Como destaque podemos mencionar o portal Plenae www.plenae.com criado pelo empresário octogenário Abilio Diniz. A plataforma dissemina conhecimentos e práticas para envelhecer com uma vida plena, com saúde, disposição e qualidade de vida. Tem como base seis pilares: corpo, mente, espírito, relações, contexto e propósito.

As marcas de luxo como Lancôme, Celine e Fenty, da Rihanna, também apostam neste público. Tanto que estão divulgando seus produtos por meio de modelos com mais de 60 anos de idade. Da mesma forma, gigantes no setor de tecnologia no mundo como a Amazon e a PayPal, por exemplo, investem dezenas de milhões de dólares em pesquisas para ajudarem no processo natural de envelhecimento das células e nas causas das doenças mais comuns na maturidade.

Transformações Sociais e a Busca por Soluções de Moradia

As transformações sociais, as pandemias, pestes e o crescimento populacional sempre provocaram reflexões e a busca por modelos de melhores moradias. Um exemplo foi criado pelo gênio, cientista, artista e engenheiro Leonardo da Vinci, na "*Città Ideale*" no final do século 15, quando a população europeia sofria fortemente com o impacto da peste negra. A **figura 2** mostra a reprodução da maquete criada por da Vinci e apresentada em uma exposição sobre suas obras que percorreu o mundo e veio ao Brasil.

Figura 2. Maquete da *Città Ideale* - Leonardo da Vinci

Em 2021, a longevidade, a pandemia causada pela COVID-19 e as transformações sociais mencionadas impactaram diretamente na busca de alternativas por moradia em todas as pessoas e em especial para os 50 mais. A longevidade é uma realidade. Portanto, vivemos e viveremos muito mais. Agora precisamos de soluções, afinal:

- Vivemos muito mais;
- É a fase mais longa de nossa vida;
- Existe uma redução no número de filhos;
- Os pais com média de idade mais elevada decidem ter filhos; se os têm, com isto precisam cuidar dos seus bebês, não podendo dar tanta atenção aos seus próprios pais, agora avós;
- O casal trabalha fora de casa para ajudar nas despesas, manter a independência de cada membro familiar;
- As moradias, em sua maioria, estão cada vez menores.

Portanto, os 50 mais estão cada vez mais conscientes que não existem mais espaço para os pais morarem com seus filhos. Inclusive, a grande maioria pelo seu vigor físico, intelectual e financeiro deseja manter a sua independência. Logo os idosos terão que conviver e morar com outros idosos para não ficarem sozinhos.

Estas transformações sociais provocam novas reflexões e questionamentos para os 50 mais:

- Daqui para frente, o que importa?
- Onde vou morar e quais são as minhas opções?
- O que vem no futuro para moradia?

Buscando trazer "luz" para as reflexões acima e suportar os 50 mais em suas respostas individuais, estudamos há mais de 10 anos os diversos conceitos de moradia para 50 mais. Além disso, visitamos e estudamos diversas ILPIs (Instituições de Longa Permanência para Idosos), no Brasil, realizando visitas técnicas no Residencial Israelita Albert Einstein & UNIBES - Lar Golda Meir na Vila Mariana(SP), na Sociedade Beneficente Alemã (SP), ex Residencial Santa Catarina, hoje Cora; Lar dos Velhinhos de Piracicaba, AGERIP - Associação Geriátrica de São José do Rio Preto; nas Vilas Dignidades do Estado de São Paulo e nas Repúblicas de Santos para idosos. Estudamos também soluções deste tipo na Flórida (Estados Unidos); em Quebec, no Canadá; Holanda, Alemanha e Espanha. Algumas estão detalhadas neste livro. Além disso, entrevistamos moradores e gestores de várias dessas moradias.

Portanto, como resumo...

Daqui para frente, o que importa?

Dentro do processo de evolução natural da idade e do desenvolvimento de nossas consciências, passamos a nos importar mais com o bem comum.

Figura 3. O que importa?

Logo, o local ideal para nossa moradia deverá propiciar condições e facilidades para as pessoas fazerem novos amigos e criarem uma boa integração com a sociedade ao redor ao longo de todas as idades, tornando o local e o acesso multigeracional.

Onde vou morar e quais são as minhas opções?

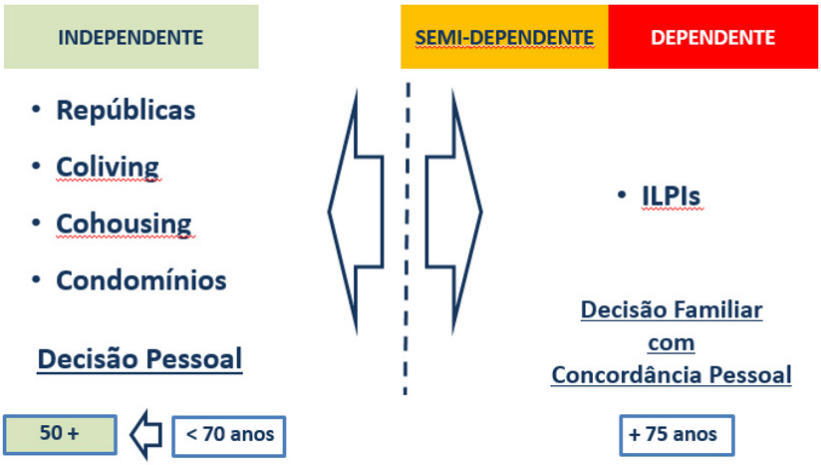
Para que ocorra uma decisão pessoal em sua integralidade, é importante que esta decisão de onde vou morar seja tomada o mais cedo possível,

preferencialmente planejada na faixa dos 50 anos ou antes. Tomando-se a decisão numa fase onde se esteja independente e ativo, o leque de opções apresenta várias opções: Repúblicas, *Coliving*, *Cohousing* e Condomínios. Desta forma, poderá estabelecer convívios sociais por meio de uma nova teia de amigos na qual o novo morador estará inserido. Isso torna muito mais tranquilo o processo de envelhecimento.

A partir dos 75 anos, a pessoa já começa a ter mais dificuldades para estabelecer novos amigos e nos casos em que se torna semi-dependente ou dependente, a decisão passa para a família, eventualmente se buscando uma concordância pessoal.

A quem pertence a decisão de onde vou morar?

Figura 4



São muitas as opções quando estamos bem e conscientes para escolher a melhor solução às nossas demandas. Cada um deve buscar o que melhor lhe atende e se alinha com seus objetivos de vida.

O que vem no futuro para moradia?

É fundamental que o projeto adequado aborde todos os pontos acima mencionados. Combinado com muita inovação, é possível sair do lugar comum e criar o **Condomínio do Futuro**. O **Condomínio do Futuro** já está a caminho e podemos resumi-lo em dois grandes blocos de fatores relevantes: **Essenciais** e **Brilho**.

Figura 5

Essencial - Saúde

O **Condomínio do Futuro** contará com o suporte adequado à saúde para abordar e atender as necessidades do processo de envelhecimento, focando-se nas atividades preventivas e equipado para eventos emergenciais. Vai reunir de forma presencial ou remota:

- Unidade Ambulatorial
- Pronto Atendimento
- Centro de Diagnósticos e Análises Clínicas
- Consultórios
- Fisioterapias e T.O. em geral
- Enfermagem e Cuidadores – como ponto de apoio e suporte conforme necessário

Essencial - Moradia

Vamos dar atenção especial para que o Condomínio tenha unidades com boa luminosidade, que estejam bem localizadas, facilitando e permitindo caminhadas e atividades físicas com absoluta segurança, espaço para áreas verdes, hortas e convivência dos pets que se tornaram amigos inseparáveis dos idosos e sejam construídas próximas de lagos ou represas.

Terá mais de 10 opções de tamanho e modelos de unidades, casas, vilas e apartamentos, com unidades que variam de 37m^2 a 160m^2. Isto permitirá que as pessoas escolham a melhor opção de acordo com sua capacidade econômica e ideal de vida.

Algumas unidades adotarão o conceito das vilas urbanas europeias que são estrategicamente localizadas, facilitando a locomoção a pé, estando próximas ao clube e diversas atividades do condomínio para aumentar a integração com a comunidade.

Figura 6. Exemplos de Apartamentos

Figura 7. Exemplos de Casas

Essencial - Custos

Hoje, a classe média tem poucas opções que atendam às necessidades dos 50 mais independentes. Usualmente temos mais opções de ILPIs a um custo significativamente acima do que é possível para o orçamento da classe média.

Para ser compatível com o orçamento da classe média, é relevante que o custo geral seja acessível nos dois parâmetros: no custo de aquisição e no custo recorrente mensal. O condomínio terá os mesmos custos, em R$/m^2 de uma unidade de classe média usada e localizada nos bairros de classe média das grandes cidades do País. Com isso, as pessoas que já possuem ou locam seus imóveis possam tranquilamente adquirir ou locar seu novo imóvel, mas agora se mantendo em um condomínio que lhe ofereça infraestrutura adequada aos 50 mais, sem a necessidade de comprometer seus orçamentos atuais.

Essencial - Segurança

O conceito de segurança para o **Condomínio do Futuro** é amplo. Passa pela adequada segurança física em si dos moradores, a segurança dos ambientes, passeios, residências, todas as dependências do condomínio com acessibilidade e se estende até a segurança que a tecnologia possa oferecer para dar conforto e tranquilidade aos moradores que optarem por morar sozinho em suas residências. Caso haja uma queda ou ocorra um mal súbito, eles recebam o suporte necessário no mais curto espaço de tempo.

Sobre a segurança física, o condomínio é fechado. Assim, os moradores podem caminhar tranquilamente pelas ruas internas e viver em suas residências sem as ameaças e a crescente onda de violência urbana das cidades médias e grandes.

É fundamental que todo o condomínio seja acessível para facilitar os moradores a caminharem em suas dependências sem as armadilhas nas calçadas das cidades e nas moradias que não adotam este tipo cuidado.

Utilizaremos as tecnologias já existentes voltada para a segurança. O condomínio terá a implantação de uma central de monitoramento nas residências com vários recursos eletrônicos para rápido atendimento em caso de emergência. Exemplo: se uma pessoa sofre uma queda, esta ocorrência será identificada por meio de um sensor (não é necessário a pessoa usar ou portar) que identifica a rápida variação na altura da cabeça. Imediatamente, um alarme é disparado na central de controle. A central entra em contato com a residência. Se a pessoa não responder, um paramédico e um segurança são deslocados para a residência da pessoa que sofreu a eventual queda. As fechaduras são digitais e, por meio de um código, válido por um curto espaço de tempo, similar aos usados nas contas bancárias, transferido pela central de controle ao segurança, é possível abrir a porta apenas naquele momento a fim de prestar o socorro rapidamente.

Outra situação: Quando o morador está dormindo, levanta e põe um pé para fora da cama, um sensor de presença é acionado para acender uma luz de conforto que vai ajudar a direcioná-lo ao banheiro. São tecnologias que estão disponíveis para garantir a segurança da pessoa idosa dentro da sua própria residência.

Também é possível oferecer outros recursos eletrônicos. Exemplo: um mini robô pode ser programado para lembrar dos horários de remédios, aula de fisioterapia, além de monitorar a temperatura da residência. Estes recursos integram o morador idoso junto com a família, seus amigos, fontes de conhecimento e ao condomínio.

Está em estudo também oferecer um sistema de transporte autônomo. Por meio de um aplicativo simples, é possível pedir para que um veículo elétrico autônomo seja acionado e busque quem saiu para uma caminhada e não conseguiu voltar sozinho. Este sistema já está operando em condomínios nos Estados Unidos.

Figura 8. Automação para Segurança

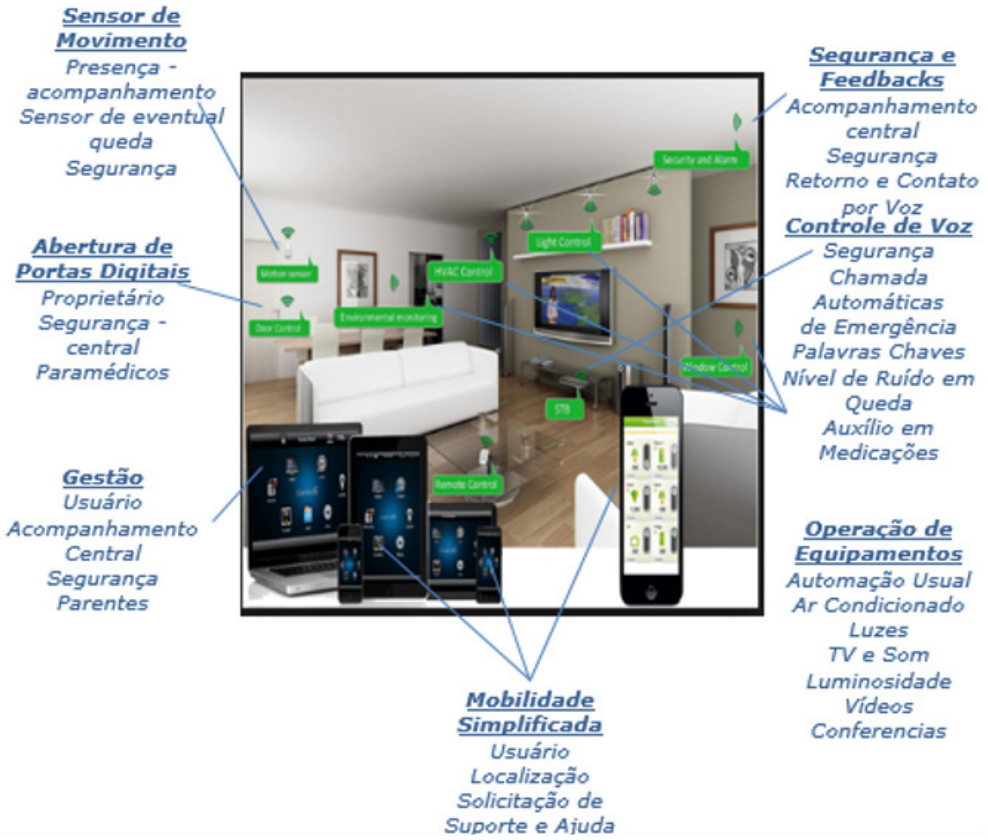


Figura 9. Transporte Autônomo

Brilho - Sociabilização

Esta é a parte mais importante para o **Condomínio do Futuro**.

Vários estudos mostram que é fundamental para uma Qualidade de Vida de Excelência e uma boa saúde que o público da maturidade conte com amigos e mantenha contatos com a sociedade. No **Condomínio do Futuro**, haverá um Instituto para coordenar e facilitar as novas conexões dos moradores com seus vizinhos e com a comunidade do entorno nas áreas de interesse de cada um dos moradores.

O Instituto contará também com auditório para apresentações, conferências e clube com piscina coberta e aquecida, prática de exercícios físicos assistidos, quadras poliesportivas, salão de jogos, salas para atividades culturais e sociais. Haverá uma pousada para atender a demanda de familiares e amigos que queiram se hospedar e permanecer no condomínio com total liberdade, aberta também ao público em geral, além de restaurantes e mini shopping.

Brilho – Propósito de Vida

Para quem se interessar, o Instituto irá mapear o capital Intelectual e áreas de interesse dos moradores a fim de criar as condições necessárias para que haja o compartilhamento do capital intelectual desses moradores com outros moradores, com pequenas e médias empresas da região para que ambos, moradores e a sociedade local, se beneficiem. Da mesma forma, poderá ser criado canais de comunicação entre os idosos e jovens carentes da comunidade do lugar por meio de atividades culturais e ensino profissionalizante. A interação entre os dois extremos da vida é benéfica tanto para os idosos como para os jovens. Teremos ainda um espaço de *coworking* com salas que podem ser alugadas de acordo com a demandas dos moradores, onde se possa dar continuidade as atividades profissionais.

Para concluir gostaria de deixar aos leitores três frases de Arthur Schopenhauer no livro **"A Arte de Envelhecer",** que ilustram e definem a essência do **Condomínio do Futuro**:

É preciso buscar a estética da existência, o belo do existir!

Precisamos compreender a beleza do tempo existente.

Velhice é a plenitude da existência!

Referências Bibliográficas

1. www.metropoles.com/saude/expectativa-de-vida-humana-pode-chegar-a-130-anos-nesteseculo
2. www.visualcapitalist.com/world-population-pyramid-1950-2100 Divisão de estudos Populacionais (ONU)
3. www.kantarworldpanel.com
4. https://web.mit.edu/ MIT – Massachusetts Institute of Technology
5. www.ibge.gov.br/
6. www.crunchbase.com/
7. https://osegredo.com.br/professores-da-unicamp-criam-vila-para-envelhecerem-juntos/
8. ONU https://brasil.un.org/pt-br
9. www.plenae.com
10. www.institutodankemo.com.br
11. Harvard Business Review (artigos acadêmicos)
12. BCG The Boston Consulting Group (BCG)
13. ilocomotiva.com.br (Instituto de Pesquisa)
14. FDCLongevidade –Trend Book Volume 2 –Nov. 2020
15. **Mortais** - Atul Gawande - Editora Objetiva 1ª edição (3 junho 2015)
16. **Habitação e Cidade para envelhecimento digno -** Portal do Envelhecimento
17. Organização: Maria Luisa Trindade Bestetti e Bibiana Graeff
18. **A arte de envelhecer** - Maria Teresa Toríbio Brittes Lemos
19. Editora Ideias e Letras - 1ª edição (9 dezembro 2004)
20. **O Grande Arcano** - Eliphas Levi - Editora Pensamento (2021)
21. **Vida - Um presente do universo -** Gill Edwards - Editora Cultrix (2011)
22. **É tempo de cuidar. Eles envelheceram. E agora?** - Marta Pessoa - Editora Batel (2019)
23. **Ansiedade. Como enfrentar o mal do século** - Augusto Cury - Editora Benvirá (2013)
24. **Liberdade, Felicidade & Foda-se** – Mirian Goldenberg – Editora Planeta (2019)
25. **Manobrando as energias do amor** - Robert Happe – Editora Bússola (2017)
26. **Revolucione sua qualidade de vida** - Augusto Cury - Editora Sextante (2011)
27. **A Entropia e a busca da posição-Deus** - Fernando Pitanga Távora Editora IBLC (1992)
28. **New Aging** (**Menina da Nova Era**) - Matthias Hollwich - Penguin Books (2016)
29. **O que o dinheiro não compra** – **Os limites morais do mercado**
30. Michael J. Sandel - Editora Civilização Brasileira (2012)

Senior Design: novo olhar do morar

Flavia Ranieri

Introdução

Que a população está envelhecendo é um fato, exaustivamente tratado. Mas devemos falar sobre números. Não somente o perfil etário da população está mudando, mas ainda os arranjos domiciliares. De acordo com o IBGE, o número de pessoas morando sozinhas pulou de 10,4% em 2005 para 14,6% em 2015.[1] Com um olhar específico para a população idosa, em 2015 15,7% moravam sozinhas, e 35,8% correspondiam a um casal morando sozinho. Dados que levam ao impressionante número de 51,5%[1] das pessoas idosas morando em situação de risco maior no que diz respeito a enfermidades, autocuidado, segurança física e insuficiência econômica.[2] Por outro lado, morar sozinho traz a sensação de liberdade, não apenas para a pessoa idosa, mas para a sua família.[3] Não mudar a forma de morar escolhida na vida adulta carrega o símbolo da independência e autonomia. Por isso, os números são sensivelmente importantes. Precisamos pensar na moradia dessas pessoas. Não vamos questionar se estão envelhecendo, mas como.

Desenvolvimento

O envelhecer na própria casa, conhecido como "aging in place", pode ser considerado um fenômeno, meta ou mesmo um processo,[4] dependendo do ponto de vista. Inúmeros estudos mostram as vantagens sociais, psicológicas, emocionais e até mesmo financeiras[4] de se optar por permanecer em sua casa. E não é para menos. Morar em um local onde se carrega a história, espaços, móveis ou objetos, faz com que se reconheça no ambiente. Um dos maiores medos enfrentados na velhice é a perda da identidade.

"Na velhice, a casa, a rua, o bairro constituem-se como principais (senão os únicos) referenciais de sua construção identitária e de seu posicionamento enquanto ser social".[5]

A casa faz parte de um contexto maior, começando em uma escala pequena, como o refúgio do quarto, passando pelo convívio social com os vizinhos e comerciantes do bairro até a escala macro de localização de referência na própria cidade. Por isso, o impacto de ter que sair de casa é tão grande.

Então, por que os idosos saem de casa e se mudam? Normalmente algo acontece. Uma queda, um acidente, um esquecimento. Os filhos ficam preocupados forçando uma mudança, ou mesmo os próprios idosos se sentem inseguros e começam a cogitar a possibilidade. A questão da segurança é sempre uma das primeiras a serem levadas em consideração. Diversas vezes o idoso ainda é independente e tem autonomia, mas se vê em situação de

vulnerabilidade. A perda da capacidade de alguma atividade básica da vida diária pode ser um fator que o encaminhe à decisão.[6]

"Minha mãe morava sozinha e caiu no banheiro. Agora tenho receio de deixá-la sozinha". "É tão difícil me levantar da poltrona que só o faço quando realmente preciso". "Depois que esqueci a panela no fogão, confiro várias vezes se desliguei o gás antes de sair da cozinha". Quantas vezes escutamos frases como essas? As perdas enfrentadas e as limitações nas atividades em casa fazem com que as pessoas pensem em alternativas de ajuda e suporte. Como o envelhecimento, tomar a decisão de sair de casa é um processo. Algumas vezes radical e traumático em função de evento específico, mas com frequência longo e bem amadurecido.

Como prolongar a independência e autonomia em casa é uma das primeiras preocupações. Em distintas moradias a primeira coisa a se fazer é colocar uma pessoa para morar com o idoso, e surgem três pontos: sensação de invasão de privacidade, o custo e a disponibilidade de profissionais de auxílio. Lembro-me muito bem da minha avó se referindo à sua cuidadora como sua sombra. Queixava-se que ela sempre estava por perto e nunca a deixava sozinha. Eu a entendo. Colocando-me no lugar dela, deve ser algo sufocante de certa forma. Além de caro; contando troca de turnos, folguistas e impostos; com a inversão da pirâmide etária simplesmente não haverá pessoas suficientes para cuidar de todos os idosos que irão morar sozinhos em casa.

Mas como fazer? No nosso caso, ela já havia caído e sido hospitalizada, e todos da família tínhamos receio. Ela fazia parte dos 51,5% de idosos que moravam sozinhos. Como ajudar? Naquela época ainda não havia estudado Gerontologia nem havia me embrenhado nos campos do envelhecimento. Aplicamos a norma da ABNT de acessibilidade, a NBR9050,[7] literalmente. E foi então que percebi que projetar para o idoso era bem mais que seguir normas.

Hoje, depois de alguns anos de estudo e prática na área, percebo que uma das grandes saídas e soluções é tirar partido da tecnologia. Não de forma fria, nos esquecendo do contato humano, que nunca poderá e deverá ser substituído; mas para tarefas sutis e pequenas em que o idoso pode reconquistar sua independência e o cuidador reduzirá o estresse e o grau de preocupação. A sociedade só tem a ganhar. E entrando no tema encontrei a Gerontecnologia.

O que acho interessante na Gerontecnologia é que não estuda a tecnologia para os idosos como um fim em si, mas forma real e prática de usá-la para melhorar a qualidade de vida do idoso a partir da tecnologia.[8] Ou seja, o aumento da qualidade de vida é o fim buscado e não o uso da tecnologia gratuitamente. Colocar a pessoa em primeiro plano e não a tecnologia faz toda a diferença.

Primeiramente, a tecnologia não se restringe apenas a aparelhos eletroeletrônicos. Ela pode ser usada de várias formas e em todos os contextos

dos pilares do envelhecimento saudável: segurança, participação social, aprendizado continuado e saúde.[9]

Trarei em exemplos práticos como se consegue aplicar todos os conceitos no projeto de uma moradia.

A porta de entrada pode ser um grande desafio. Esquecer a chave, não escutar a campainha, não conseguir abrir a porta com sacolas na mão ou mesmo se sentir inseguro pela pessoa que está do outro lado. Neste projeto usei uma campainha com alto-falante e câmera. Quando o visitante toca, o usuário recebe um aviso no celular, tablet, *AppleWatch* ou computador. Ou seja, mesmo se estiver distante ou fora de casa, sabe quem está na porta. Pelo aplicativo de automação também pode abrir a porta.

Foto: Marcelo Pires – Alarm.BR / Estúdio da Longevidade – CasaCor SP 2018

Foto: Marcelo Pires – Alarm.BR / Estídio da Longevidade – CasaCor SP 2018

Nesta porta, o local da chave não fica abaixo da maçaneta, mas na própria peça. Facilita a visualização do encaixe. Um sensor de movimento que acende uma luz focada nesse ponto pode ser de grande ajuda. Também existem no mercado peças que podem ser abertas com tag oou mesmo com reconhecimento facial, o que facilita ainda mais. A única não indicada é a fechadura com biometria. Em função de alterações na pele e mesmo pela passagem do tempo, a digital da pessoa idosa pode se apresentar falha e não ser reconhecida pelo equipamento.

A *Amazon* possui um modelo de campainha que conecta com seu sistema de inteligência artificial, a *Alexa*. O próprio sistema pode avisar que há alguém na porta. Se a fechadura for conectada, é possível abrir a porta com um simples comando de voz. Os assistentes de voz são cada vez mais vistos e ficam mais acessíveis financeiramente. A facilidade de comandos pela voz faz com que o processo seja mais intuitivo e não exista a exigência de intimidade com o uso de novas tecnologias. Como a *Alexa*, há outros, como o *Google Home* da *Google*, o *Cortana* ou a *Siri* da *Apple*. A briga entre as grandes marcas faz com que haja corrida por soluções e facilidades.

Um idoso com Doença de Alzheimer que tenha o perfil de andarilho ou perambulador pode ser grande preocupação para a família. Com receio que saia de casa e se perca, optam por trancar as portas ou em constante vigília.

Geram estresse para ambas as partes, mas podem ser reduzidas usando como artifício a camuflagem. Ou seja, a porta pintada da mesma cor da parede e sem maçaneta, apenas com a fechadura eletrônica, é possível tirar partido da tecnologia para a intervenção não ser invasiva, com menos frustração no idoso.

Foto: Marcelo Pires – Alarm.BR/CasaCor SP 2019

Não falarei de "solução perfeita". Simplesmente porque as pessoas são diferentes e têm exigências distintas. Sempre se pergunte se a solução apresentada pela tecnologia realmente resolverá o problema. Centre-se na pessoa, não no equipamento.

Seguimos para a sala de estar. Hoje é comum o ambiente ser o mesmo onde está a televisão e junto à sala de jantar. Precisamos tratá-la como ambiente só. A dimensão dos móveis e a ergonomia entram diretamente no quesito conforto e segurança. Assentos bem baixos dificultam o movimento de levantar-se, sendo grande o risco de queda. Mas como definir dimensões-padrão para pessoas com corpos completamente diferentes?

Algumas coisas podem ajudar. Depois de observar como os idosos adaptavam o sofá para ficarem mais confortáveis, desenhei este modelo com a designer Mariana Quinelato.

Foto: Luiz Franco / Smart Loft – Longevidade ExpoForum 2019

Ele é mais curto, não tão profundo quanto os encontrados no mercado tradicional. Mesmo assim é possível ajustar a profundidade do assento no uso das almofadas soltas. O assento em tom mais escuro tem altura tradicional e funciona bem para as pessoas mais baixas. No entanto, se o idoso é mais alto pode usar uma almofada de assento extra, aqui em tom rosa claro, guardada em uma prateleira na estrutura abaixo do assento. As espumas são mais firmes e objetos afetivos ou decorativos podem ser colocados na prateleira inferior.

O braço tem a espessura precisa para uma pegada firme da mão, e o tecido possui tecnologia embutida na composição ainda no fio, com tratamento retardante de chamas, bactericida e repelente a líquidos, um dos grandes desafios no desenvolvimento de novas tecnologias em tecidos. A incontinência urinária é questão séria, tratada na Geriatria. Os móveis são os primeiros afetados no que se refere ao ambiente da moradia. O ideal seria usar tecidos impermeáveis, as costuras longe da área de contato com a urina, pois ela gera cheiro desagradável a urina impregnada não apens no tecido, mas na espuma da almofada.

Ainda nesse ambiente trataremos de um outro tema. A perda gradual de audição faz com que diversos usuários assistam à televisão em altura acima do normal. Minha mãe me contou sobre a reclamação constantes dos seus vizinhos. Uma solução usada no mobiliário corporativo e que poderia ser incorporada ao mobiliário residencial são caixas de som embutidas no sofá ou poltrona. Ou mesmo uma caixa de som com bluetooth conectada à TV e apoiada na mesa lateral. Entradas USBs para carregar o celular já são realidade em diversos móveis, e usei o artifício em uma mesa de cabeceira que mostrarei mais à frente. Várias tecnologias já existem e estão no mercado. Talvez não tenham sido desenvolvidas para esse fim, mas se encaixam muito bem na criação de soluções.

A cozinha, por trabalhar com elementos como água e fogo, precisa de atenção especial para evitar acidentes. Nela há diversas atividades que requerem habilidades motoras e o cognitivo em alerta.

Mantimentos e objetos devem estar em alturas fáceis de pegar. No armário usei prateleira articulada que trazia para altura mais acessível objetos que antes ficavam no alto.

Foto: JorgeHynd / Estúdio da Longevidade – CasaCor SP 2018

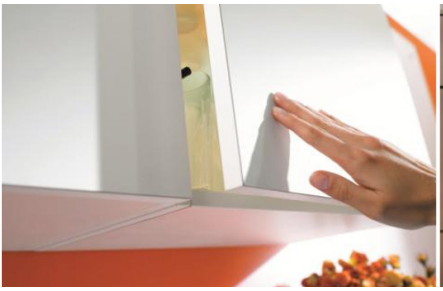
Outra solução adotada foi o uso de gavetas elétricas. Com um simples toque de quadril ou pé abrem sem demandar grandes esforços. Ao invés de armários, com portas, nas partes inferioresforam usadas gavetas com separadores de objetos.

Assim é possível ter acesso visual a todos os itens sem precisar se abaixar ou se contorcer ara pegar objetos no fundo do armário. Iluminação embutida é outro diferencial importante a ser incorporado, e ajuda quando há perda da visão. Talvez um detalhe sem importância, mas conseguimos prevenir o corte acidental com facas, por exemplo, bem comum quando os talheres estão todos misturados, são da mesma cor e ainda está escuro.

Foto: Blum

Foto: Blum

As empresas de ferragens para armários já entenderam que o mercado é promissor. Conseguimos encontrar várias soluções como as da Blum, com distintas aberturas e organização de objetos.



Fotos: Blum

Na cozinha deste projeto usei um fogão por indução. Há resistências, pois exigem panelas adequadas e o tempo de cozimento é ligeiramente mais rápido. Mas a grande vantagem é que pode ser conectado ao sistema de automação e ao sensor de fumaça. Quantas vezes os idosos esquecem a panela no fogão? Não tenho números reais, mas pelos relatos ouvidos são várias. Caso a panela seja esquecida, a fumaça será detectada e desligado automaticamente o fogão, evitando acidente maior e até mesmo incêndio.

Devemosnos lembrar que o olfato é um dos sentidos que sofre perda. O sensor de fumaça, ao ser acionado, enviaria um aviso ao celular do morador ou mesmo de um parente próximo. Por meio de uma câmera podemos checar se a situação está sob controle ou se é preciso chamar ajuda.

Agora precisamos falar sobre as câmeras. Elas causam certo desconforto porque sentimos a privacidade invadida. Colocar uma em casa parece totalmente sem propósito. Questões éticas estão envolvidas e devem sempre ser discutidas. Escolhi um modelo ligado apenas em momentos de emergência. Há modelos que conseguem criar máscaras de privacidade, por exemplo, não mostrando a cama ou o vaso sanitário. Em um projeto que fiz para uma ILPI a empresa responsável pela automação colocou uma câmera nas áreas comuns que consegue detectar quedas. O interessante é que a tecnologia foi desenvolvida inicialmente para detectar se os funcionários de uma indústria estavam usando o capacete de segurança. Podemos ter um novo olhar sobre soluções que já existem no mercado. Uma solução mais recente é uma manta formada de vários sensores e que deve ser instalada sob o piso. Ela consegue detectar quedas, instabilidade no caminhar e rotinas do usuário e avisar também pelo sistema de automação em celulares ou central de controle. A marca alemã, SensFloor ainda não está no Brasil, mas vale acompanhar seus avanços.

Na área de serviço adotei a solução da prateleira elétrica, como alternativa para alcançar os itens mais altos.

Foto: Jorge Hynd / Estúdio da Longevidade – CasaCor SP 2018

Sempre que vou a alguma loja observo objetos do dia a dia que podem ser úteis. Máquinas de lavar roupas são de empresas diferentes, mas há soluções superinteressantes. A primeira que usei em um projeto é mais alta, fácil para pegar as roupas. Ela acende uma luz interna ajudando a visualizar os itens sem precisar abri-la.

Foto: Rafael Renzo / Estúdio da Longevidade – CasaCor SP 2018

O segundo modelo possui abertura menor na tampa da frente. Se a pessoa se esquecer de colocar uma peça basta abrir a porta sem precisar esperar nova leva de roupas.

Foto: Samsung

Outra solução interessante é o varal conectado ao sistema de automação. Ele pode ser comandado por voz ou por controle remoto. Facilita muito a ação de subir o varal com as roupas molhadas pesadas e mesmo descê-lo quando está cheio.

Seguimos para o quarto, onde ocorrem diferentes acidentes. Penso nos problemas antes de propor soluções. Acordar à noite, no escuro, para ir ao banheiro, abaixar-se para ligar o celular na tomada, levantar-se da cama ou mesmo acordar na hora certa. Vamos ver as soluções.

Foto: Rafael Renzo / Estúdio da Longevidade – CasaCor SP 2018

Um sensor de movimento ao lado da cama acende as luzes balizadoras assim que detecta que a pessoa se levantou no período noturno. O mais relevante é conseguir diferenciar um ser humano de um animal, como cachorro ou gato. Evitam-se acendimentos inúteis. Para desligar a luz quando voltar à cama basta um comando de voz para a Alexa. Outra opção seria usar um sensor no colchão. Ele poderia ser conectado ao sistema de automação. Se o idoso normalmente precisa de ajuda ou deve ser supervisionado, o sistema enviaria um aviso ao cuidador, alertando que se levantou.

Era uma das queixas que ouvi por parte dos familiares - o cuidador dormia e não via quando o idoso ia ao banheiro à noite, aumentando o risco de queda.

Vários fatores influenciam a regulamentação do ciclo circadiano. Mas os que mais o controlam são a temperatura e a diferença de luz durante o dia.[10] Um termostato foi instalado e conseguia controlar a temperatura ambiente todo o dia, deixando o espaço sempre confortável. Para ajudar a controlar a mudança de luz natural e artificial, para haver sempre uma rotina, existem duas ferramentas propícias.

Uma é a automação das persianas, levantando-as no horário mais adequado; outra é a automação da temperatura de cor da lâmpada. A luz natural muda de cor conforme o dia passa, começando com temperatura de cor mais esbranquiçada e amarelando no dia. Atualmente conseguimos fazer a mudança ajustando as lâmpadas próprias com a programação do sistema de automação.

Na mesa de cabeceira desenhada, as entradas USBs e tomadas ficam no tampo, facilitando a vida do idoso, que não precisa mais se abaixar. Outro detalhe é o tampo com a borda do tipo bandeja, para evitar que os objetos caiam e rolem para o chão. A borda arredondada na frente reduz danos no caso de queda.

Foto: Luiz Franco / Smart Loft – Longevidade ExpoForum 2019 / Acervo pessoal

A cama é outro item fundamental. A dificuldade de alguns idosos para se levantar e como procuravam apoio no momento de sentar me inspiraram a desenhar este modelo. Ela possui uma alça lateral que dá suporte quando se faz os dois movimentos.

Ainda no quarto há o armário. As maiores dificuldades são alcançar as roupas no cabideiro, enxergar corretamente as cores das roupas e abrir as gavetas. Nessa peça optei pelas portas de vidro justamente para facilitar a visualização das peças. Quando se fala da Doença de Alzheimer costuma-se dizer que se não se vê, o objeto não existe. Acrescentei luzes internas que ficam na frente das roupas e se acendem quando se abrem as portas. As al-

turas foram tratadas com carinho: abaixei a altura do cabideiro, e o rodapé ficou mais alto, para as gavetas não ficarem excessivamente baixas. Os puxadores são do tipo alça, e as corrediças telescópicas, com extração total. Tudo facilmente encontrado no mercado.

Projetar para o idoso não é inventar a roda, mas fazer escolhas.

Foto: Rafael Renzo / Estúdio da Longevidade – CasaCor SP 2018

E os famigerados remédios, sempre esquecidos? Atualmente existem vários artefatos com alarmes sonoros e avisos, mas optei por definir uma gaveta específica. Ao colocar um sensor e programar os horários da medicação em um sistema de automação da casa, o morador recebe um aviso no momento do remédio, e se não abre a gaveta no horário correto, é novamente avisado.

Significativos do sistema de automação são o conjunto de informações e a forma como trabalha. Como possui um sistema de inteligência artificial aprende com os hábitos do morador. Qualquer atividade que saia da rotina natural há avisos. Relatórios de uso são gerados automaticamente. Informações como quantas horas o idoso fica na cama ou quantas vezes vai ao banheiro, até então anotadas manualmente pelo cuidador em um diário, podem ser enviadas diretamente ao médico, se forem essenciais.

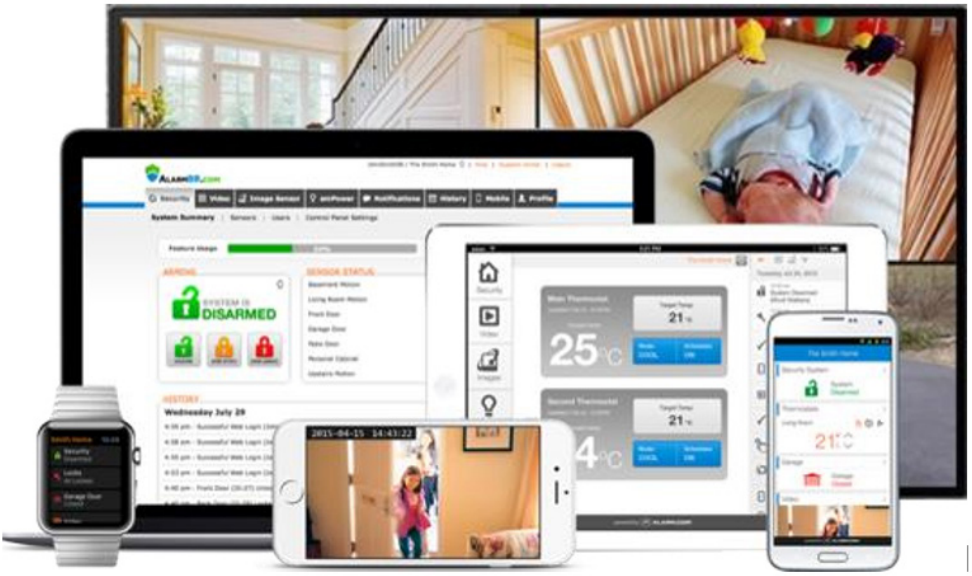


Foto: AlarmBR

Uma das grandes preocupações em relação a quedas é o banheiro. Coloquei um sensor de movimento que acendia as luzes de vigília no período noturno. No primeiro projeto, foram instaladas uma luz balizadora ao lado do vaso sanitário e uma fita de LED embaixo da bancada. No segundo, o LED foi embutido na parede, iluminando todo o caminho.

Foto: Rafael Renzo / Estúdio da Longevidade – CasaCor SP 2018

Foto: Luiz Franco / Smart Loft – Longevidade ExpoForum 2019

Procurei mostrar soluções alternativas em cada projeto. Por exemplo, no primeiro foi instalado um vaso sanitário suspenso. Decide-se a altura, evitando o uso do elevador de assento. O modelo permite a higienização do piso eficientemente. A descarga com sensor era acionada automaticamente quando a pessoa se afastava do vaso. A solução foi fruto de reclamações constantes sobre o esquecimento da ativação da descarga. No segundo banheiro o vaso era com altura convencional, mas com assento inteligente. Em botões na lateral é possível acionar dois tipos de jatos: um ventilador e ainda dar a descarga. Tudo sem se levantar do vaso. O modelo é nacional e tem preço bem mais acessível do que os importados.

Todos os metais, em ambos os banheiros, eram do tipo monocomando - de alça no primeiro caso e de alavanca no segundo. As barras de apoio são um dos itens mais simbólicos na materialização da fragilidade. Os moradores costumam deixar a instalação para o último momento. No intuito de mudar o conceito, usei o item na cor preta e um toque aveludado. Uma forma de deixar o banheiro com ares contemporâneos e atualizados.

Foto: Luiz Franco / Smart Loft – Longevidade ExpoForum 2019

A cadeira encontrada no mercado possui todos os requisitos, e o banco pode ser usado para ficar camuflado ou ser a estrela do ambiente.

No caso do box do primeiro projeto, ele possuía ralo linear e porta de correr com trilho embutido no piso, que possibilitavam várias configurações de layout e uso da área molhada

Foto: Rafael Renzo / Estúdio da Longevidade – CasaCor SP 2018

Outra necessidade é se sentar durante o banho. As temidas cadeiras de banho não têm apelo estético e os bancos articulados são gelados, com aspecto institucional. Uma preocupação é sempre encontrar um modo de humanizar os espaços, mesmo nos momentos de fragilidade. Procurei duas alternativas. Um dos desafios foi encontrar uma cadeira que pudesse ser molhada, mas escoasse bem a água, sendo estável. E outro era propor um banco articulado com toque mais quente, trabalhando com todo o contexto de decoração do banheiro.

Foto: Luiz Franco / Smart Loft – Longevidade ExpoForum 2019

Foto: Villaferg

Considerações finais

Projetar para o público idoso é exercício de empatia. Talvez porque ainda não chegamos lá ou não nos reconheçamos em padrões estereotipados ou perfis previamente definidos. Mas não há nada mais rico ou recompensador. Não devemos mudar a forma como ele vive, mas ajudá-lo a viver como sempre fez. É preciso respeitar o ser humano por trás da idade. Respeitar sua história, respeitar gostos e desejos.

A tecnologia deve ser somente meio para chegar ao objetivo. Não imposição. Ou mesmo substituta do toque, do calor humano, das conexões. Devemos usá-la para estimular o convívio social, estimular o aprendizado contínuo, dar segurança para não deixar de exercer o que ama e não permitir a doença falar mais alto que a vida. Envelhecer é isso. Processo e não um fim.

Referências bibliográficas

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.

2. Idosos que moram sozinhos: Desafios e potencialidades do cotidiano
3. Perseguino MG, Horta ALM, Ribeiro CA. The family in face oftheelderly's reality of living alone. RevBrasEnferm [Internet]. 2017;70(2):235-41. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034- 7167-2016-0398
4. Introductiontospecialissue: aging in place.
5. Construção de identidade(s) na velhice: Os territórios enquanto marcos identitários Construcción de identidad(es) enlavejez: Los territorios como puntos de referencia de identidad
6. Constructiono fidentity(ties) in old age: The territories as identitarianlandmarks http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102016v28n3p453 Marcia Regina Medeiros Veiga, Sónia Cristina Mairos Ferreira e António Manuel Rochette Cordeiro Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
7. ALVES-SILVA, Júnia Denise; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antônio dos. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre , v. 26, n. 4, p. 820- 830, Dec.2013. Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722013000400023&lng=en&nrm=iso>. Accesson 12 Nov. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000400023.
8. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro, p. 162. 2015.
9. Bouma, Herman, James L. Fozard, Don G. Bouwhuis, andVappuTaipale. 2007. Gerontechnologyin perspective. Geron 6: 190–216.
10. OMS-Relatório Envelhecimento saudável 2015
11. SALGADO DELGADO, Roberto Carlos; FUENTES PARDO, Beatriz; ESCOBAR BRIONES, Carolina. La desincronización interna como promotora de enfermedad y problemas de conducta. Salud Ment, México , v. 32, n. 1, p. 69-76, feb. 2009 . Disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185- 33252009000100009&lng=es&nrm=iso>. accedido en 13 nov. 2019.

Seção 7

Cidade para todas as Idades - Centro Internacional da Longevidade Brasil - ILC Br

Muito além da moradia: A importância de um entorno amigo de todas as idades

Ina Voelcker

Introdução

Todos sabemos que não é suficiente escolher e investir apenas em uma moradia que gostamos e que atende as nossas necessidades. Talvez igualmente importante é ter um entorno amigável no qual encontramos do que precisamos no nosso cotidiano. É esta ideia que fundamenta o movimento global de cidades amigas do idoso.

Cidades amigáveis aos idosos são aquelas em que as políticas, os serviços, os ambientes e as estruturas sociais apoiam os idosos e permitem que envelheçam de forma ativa[1] e saudável, realizando seu potencial, participando da vida social sem discriminação e desfrutando de vida independente e de qualidade[2], em um contexto que tipicamente inclui bens, serviços e amenidades localizados nas proximidades; opções de transporte; bairros e moradias seguros e acessíveis; acesso a fontes de apoio social, e oportunidades para participar de atividades significativas [3-4]. O planejamento desses ambientes deve considerar que seus aspectos físicos e sociais interagem com fatores intrapessoais, entre eles o status de saúde e a capacidade funcional [5].

As relações idoso-ambiente ocorrem cotidianamente nos níveis micro (moradia e vizinhança), medial (espaços públicos rurais e urbanos, transportes, serviços, escolas, centros-dia, centros de convivência e residenciais para idosos, hospitais e unidades básicas de saúde), e macro (governo, leis e políticas públicas)[6]. O comportamento do idoso é fruto da interação entre a competência pessoal e a pressão ambiental que advém de várias fontes alocadas nesses três niveis[7]; é função da congruência entre suas necessidades e a capacidade do ambiente em supri-las[8]. Conforme a competência comportamental dos idosos declina em virtude do processo normativo de envelhecimento e de doenças, seu comportamento passa a ser cada vez mais determinado pelo ambiente[9]. Se as exigências forem superioras aos recursos, a funcionalidade sairá prejudicada; se forem compatíveis com os recursos, a funcionalidade será promovida[9]. Esse processo interativo é histórico e tem aspectos autobiográficos, simbólicos, sociais e afetivos[10], podendo-se dizer que o idoso preside as transações entre si próprio e o ambiente, mediante avaliação do estressores, enfrentamento e reavaliação[11].

Ambientes adaptados, dóceis ou amigáveis aos idosos cumprem três funções básicas: manutenção (a consistência e previsibilidade do ambiente contribuem para que desenvolvam senso de pertencimento, ligação afetiva, identidade e satisfação), estimulação (evocação de comportamentos adaptativos

de natureza social, psicológica e de saúde) e suporte (compensação ou diminuição de perdas associadas ao envelhecimento)[12]. Quando essas três funções são eficazes, os idosos têm grande chance de derivar sensos de autonomia, identidade e pertencimento. O ajuste entre os idosos e o ambiente é fundamental à determinação da conectividade social. A participação e a integração social referem-se à vida em comunidade, ao capital social, à participação cívica, às redes de relações sociais e às relações de mutualidade e reciprocidade que os idosos mantem com outros idosos e com pessoas mais jovens. Quando ocorre privação de recursos, benefícios e oportunidades sociais, em virtude de fatores como gênero, pobreza, raça ou idade, fica caracterizada a exclusão social, com altos custos para os idosos e para a sociedade.

A pesquisa sobre ambientes amigáveis para idosos tem mostrado que espaços domésticos, institucionais e urbanos sem barreiras físicas, informativas e sociais, assim como a presença de elementos facilitadores da adaptação, beneficiam a saúde, a participação social e a equidade em saúde[13]. Preditores significativos de boa qualidade de vida associada a ambientes amigáveis incluem vizinhanças onde os idosos podem movimentar-se a pé; apoio social e coesão social; suporte social da família, de amigos e de vizinhos; ambientes bonitos e agradáveis, espaços acessíveis e seguros para caminhadas; acesso a serviços localizados perto de casa e percepção de segurança no ambiente próximo à moradia. A mobilidade e a participação social são favorecidas pela presença de recursos e facilidades de lazer e recreação, de apoio social, de transporte público adequado e de segurança física no ambiente urbano e na vizinhança; pela disponibilidade de parques, áreas verdes e áreas de uso misto perto da moradia, pela acessibilidade dos ambientes construidos, pela existência de edifícios públicos com plantas que facilitam a orientação e a mobilidade, e pela presença de áreas para a prática de exercícios físico [13-17]. São prejudicadas por ruas mal cuidadas e acidentadas, por falta de segurança física na vizinhança e pela inexistência de facilidades como mercadinhos, bancos, serviços de saúde, farmácias, igrejas, clubes e áreas para caminhadas, descanso e encontros nas vizinhanças [18-19] .

De forma relativamente independente das condições objetivas da saúde, da participação social e das características do ambiente, alta satisfação com os espaços urbanos, os transportes, a moradia, a participação social e o respeito e a inclusão social associam-se de forma robusta com avaliações positivas da própria saúde[20-21], que são importantes preditores da adesão a práticas de autocuidado, de saúde objetiva e de longevidade. A possibilidade de participação social, a presença de vizinhos prestativos e o senso de pertencimento relacionam-se com bem-estar psicossocial [22] e satisfação [23], ao passo que a escassez dessas condições se associa com desfechos negativos, como a solidão[24]. A ligação afetiva dos idosos com a moradia, a vizinhança, o bairro e a cidade são produtos de sustentabilidade física, funcional e social desses espaços. Por se integrar à história pessoal e à identidade, tem forte

significado simbólico, emocional, físico e social para os mais velhos. Idosos com laços afetivos bem estabelecidos com os lugares têm mais chances de autoaceitação, segurança e percepção de controle sobre o ambiente, o que favorece seu bem-estar psicológico e os ajuda a se ajustar às contingências do envelhecimento[2-3, 25-28].

As Políticas para o Envelhecimento Ativo (OMS, 2002)[29], os modelos de Gerontologia Ambiental [6-11] e sua integração[30], e os conceitos de *aging in place* e de ligação afetiva com o ambiente [25-26] fundamentam o projeto global "Cidades Amigas dos Idosos", lançado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005 e operacionalizado em 2007[31-32]. Este programa foi desenvolvido levando em conta as grandes tendencias demográficas globais que prevê cada vez mais pessoas idosas em centros urbanos. O projeto contribui com grandes marcos internacionais adotados pelas Nações Unidas mais recentemente, sendo elas as metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) de 2015 e as recomendações da Nova Agenda Urbana das Nações Unidas de 2016.

Neste capítulo é abordado a implementação deste projeto em três cidades brasileiras, elas sendo o município piloto de Veranópolis na Serra Gaúcha (RS), o município de Jaguariúna na Região Metropolitana de Campinas (SP) e a cidade de São José do Rio Preto (SP). Pelas peculiaridades de sua localização, história e condição socioeconômica as três cidades poderão servir como modelos para a realização de novos trabalhos de intervenção na modalidade cidade amiga dos idosos.

Os resultados de pesquisa nos três municípios demonstraram como a moradia não pode ser vista isoladamente do mais amplo entorno, incluindo o meio ambiente físico, a vizinhança e os arredores incluindo o acesso a serviços públicos.

"Cidade Amiga dos Idosos" "Cidade Para Todas as Idades"

ELISA MONTEIRO

O projeto global "Cidades Amigas dos Idosos" (Age-Friendly Cities, abreviação em inglês "AFC") foi criado pelo Departamento de Envelhecimento e Curso de Vida (Ageing and Life Course) da Organização Mundial de Saúde (OMS) em outubro 2007, após dois anos de conceitualização, implementação de projeto piloto, refinamento da metodologia (do chamado "Protocolo de Vancouver") e pesquisa simultânea em 33 cidades de 22 países. Ele almeja melhorar a qualidade de vida à medida que a população envelhece, alicerçado nos princípios da Organização das Nações Unidas (ONU) para as pessoas idosas: independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade (Rosa, Keinert e Louvison, 2009).

Hoje há mais de 1350 cidades de cerca de 44 países que integram a Rede Global de Cidades e Comunidades Amigas do Idoso da OMS. Ela foi criada em 2010 com objetivo de promover o intercâmbio de experiências e aprendizado mútuo entre cidades e comunidades em todo o mundo. Além dos membros da Rede Global há centenas de projetos locais, regionais e nacionais desenvolvidos com base na metodologia concebida pela OMS, embora não tenham oficialmente aderido à Rede Global.

O projeto é baseado no conceito do **envelhecimento ativo**, que é definido como: processo de otimização das oportunidades de saúde, participação, aprendizagem ao longo da vida e segurança, de forma a promover qualidade de vida à medida que se envelhece. O seu objetivo é tornar cada cidade um lugar de convivência mais fácil, mais confortável e segura para o idoso e, em consequência, para toda a população.

Foi concebido e iniciado pelo Dr. Alexandre Kalache, então diretor do programa de envelhecimento da OMS. Desde 2012, Kalache é Presidente do Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-BR), foi copresidente da Aliança Global de ILCs até 2019 e é codiretor da Age Friendly Foundation dos Estados Unidos da América (EUA). Logo ao se afastar da OMS, em 2008, Kalache assumiu a posição de "Senior Advisor on Global Aging" da Academia de Medicina de Nova York tendo um papel protagonista no estabelecimento do projeto-modelo "Age-Friendly New York". Desde então Kalache continua tendo grande influência no desenvolvimento conceitual e na expansão do movimento, por exemplo, como membro do conselho da Rede Global da OMS e como consultor em várias cidades, estados e países ao redor do mundo.

Em 2012, embora o projeto AFC tenha sido inspirado, concebido, pilotado no Rio de Janeiro, mais especificamente no bairro de Copacabana – o mais envelhecido do país – e logo quando o ILC-BR foi inaugurado, nenhuma cidade brasileira integrava a Rede Global da OMS.

Em seu primeiro ano de plena atividade, 2013, o ILC-BR elegeu como um dos focos principais de sua atuação a abordagem "amiga do idoso" e, de fato, uma de suas primeiras atividades foi a análise de projetos que haviam adotado o Protocolo de Vancouver mundo afora. Esta análise, apoiada financeiramente pela FAPERJ, resultou numa metodologia adaptada ao contexto brasileiro, o *Protocolo do Rio,* assim como em um capítulo de livro acadêmico publicado em 2015.

Com o objetivo de garantir a sustentabilidade da iniciativa e avançar a agenda no Brasil, o ILC-BR desenvolveu, junto com a Companhia Paulista de Forca e Luz (CPFL Energia), um modelo que enxerga os Conselhos Municipais do Idoso como protagonistas no estabelecimento de iniciativas mais amigas dos idosos no contexto urbano brasileiro, com utilização dos Fundos Municipais do Idoso já que eles possibilitam o financiamento de iniciativas através de incentivos fiscais. O projeto-piloto foi realizado na cidade de

Veranópolis, no Rio Grande do Sul, com grande repercussão nacional e internacional. A mesma metodologia, baseada no Protocolo do Rio (incluindo os instrumentos de pesquisa), também foi aplicada e aprimorada na cidade de Jaguariúna, na região metropolitana de Campinas onde o rigor acadêmico foi garantido pela parceria com a Profa. Anita Liberalesso Neri, da Unicamp. No início de 2019 foi iniciada a aplicação da metodologia em São José do Rio Preto, com a parceria acadêmica da Unilago e coordenação técnica da Profa. Marília Louvison, da USP. Este capítulo trata da implementação do projeto nestas cidades e apresenta alguns resultados chaves das pesquisas conduzidas nestas três cidades distintas.

Por causa da abordagem de curso de vida que é algo essencial do conceito do envelhecimento ativo, o ILC-BR intitulou a versão brasileira desse projeto, que nasceu em parceria com o setor de sustentabilidade cooperativa da CPFL Energia e mais adiante com o Instituto CPFL, de **"Cidade Para Todas as Idades"**. Os três municípios receberam recursos através dos Fundos Municipais do Idoso, que foram destinados pela CPFL Energia, e apoio técnico pelo ILC-BR que acompanhou as equipes locais desde o primeiro contato com a CPFL Energia até a admissão à Rede Global da OMS.

O projeto foi desenvolvido partindo do princípio que, para o desenvolvimento de um ambiente que favoreça o envelhecimento ativo, é essencial caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico da cidade e identificar fatos da história política e social que estão na base das características da população e da cidade. Além disso, é necessário identificar as visões dos moradores sobre os aspectos positivos, as barreiras e as lacunas ao funcionamento da cidade como um ambiente que favorece a qualidade de vida da população idosa e dos demais segmentos etários. Consultas locais realizadas em vários níveis permitem que as decisões tomadas com relação ao programa sejam adequadas às características de cada cidade. Envolver os moradores facilita a obtenção de seu apoio e o seu engajamento como parceiros das ações e de seu acompanhamento [33-34]. É esta a abordagem "de baixo para cima", envolvendo a população na tomada de decisões que toquem a vida quotidiana dela.

Foram abordados os seguintes eixos de uma cidade amiga para todas as idades, garantindo uma visão holística:

(1) ambiente físico,
(2) transporte,
(3) moradia,
(4) oportunidades de participação,
(5) respeito e inclusão social,
(6) comunicação e informação,
(7) oportunidades de aprendizagem e
(8) apoio e cuidado.

Além da pesquisa, a implementação do projeto preocupa-se com o fortalecimento do Conselho Municipal do Idoso e a sensibilização de todos os setores para que todos adotem o conceito do envelhecimento ativo como princípio orientador para ambos trabalho e vida em geral. Para este fim, foram criados mecanismos tais como o comitê Intersecretarial, envolvendo responsáveis de todas as secretarias municipais, e o comitê da sociedade civil, juntando representantes de vários grupos populacionais. No trabalho com estes grupos foi estimulado pensar sobre políticas públicas municipais através da lente da pessoa idosa e do envelhecimento ativo. As pesquisas, apresentadas a seguir, criaram as evidências cientificas para informar políticas públicas municipais e serviram como instrumento para engajar a população na tomada de decisões que lhes dizem respeito. Foram desenvolvidos planos de ações, envolvendo várias secretarias e organizações da sociedade civil.

VERANÓPOLIS

Alexandre Kalache, Ina Voelcker, Emilio Hideyuki Moriguchi, Berenice Maria Werle, Neide Maria bruscato, Lilian Vivian Netson, Waldemar de Carli

O município

O município de Veranópolis, hoje conhecido como o *Berço Nacional da Maçã* e a *Terra da Longevidade,* foi criado em 15 de janeiro de 1898. Veranópolis teve sua colonização iniciada em 1884, quando chegaram os primeiros imigrantes italianos advindos principalmente das províncias de Treviso, Pádua, Cremona, Mântua, Belluno, Tirol e Vicenza.[1]

Veranópolis está situada na região nordeste do estado do Rio Grande do Sul, a 170 quilômetros da capital Porto Alegre, a 705 metros de altitude e com clima subtropical. Sua área de extensão é de 289,4 Km^2.[2]

A população de Veranópolis, com base no CENSO de 2010, era de 22.810 habitantes, sendo 3.493 (15,3%) pessoas com 60 anos ou mais.[3] Destes, 1.519 (6,6%) eram homens e 1.974 (8,7%) mulheres. A população idosa rural era composta de 734 indivíduos, ou seja, 21% dos idosos estavam na zona rural. Segundos dados atualizados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que em 2019 a população era de 26.241 habitantes.[4]

A Terra da Longevidade, o relato do pioneiro

"Tudo começou em 1994 quando, na Revista Geográfica Universal, no artigo denominado Celeiros da Longevidade, aparecia o nome do município de Veranópolis, localizado na Serra Gaúcha, como sendo o município mais longevo do Brasil. Confirmado o fato de Veranópolis ser o município mais longevo do país pelos dados do IBGE, resolvemos iniciar uma pesquisa para aprendermos sobre *os segredos da longevidade*.

Na oportunidade, com o apoio do Secretário Municipal da Saúde, Dr. Waldemar de Carli, e com a participação da mestranda Dra. Elisabete Michelon, começamos o *Projeto Veranópolis: Estudos em Envelhecimento, Longevidade e Qualidade de Vida*, um estudo de coorte populacional com idosos longevos (idade igual ou superior a 80 anos) para caracterizar as determinantes relacionadas com o envelhecimento bem-sucedido e a longevidade com qualidade de vida. Ao longo desses mais de 25 anos de pesquisas ininterruptas, contamos com a participação de muitos pesquisadores colaboradores incluindo 25 mestrandos e 11 doutorandos que defenderam suas dissertações e teses, respectivamente. Também 13 monografias de alunos de graduação foram realizadas e defendidas. Foram publicados 26 artigos científicos e mais de 60 trabalhos foram apresentados em congressos. Através dos projetos de pesquisa realizados, fomos aprendendo o que estava relacionado com o envelhecimento saudável e bem-sucedido e com a longevidade com qualidade de vida, com colaboração de várias pessoas da academia, da política municipal e da comunidade." *Emilio Hideyuki Moriguchi, MD, PhD*

Atualmente, da imensa quantidade de cidades brasileiras, Veranópolis é citada como uma das poucas cidades que contribui para os estudos epidemiológicos de base populacional, ou seja, aqueles que investigam idosos residentes na comunidade para informações sobre suas condições de saúde e determinantes.

O Projeto Veranópolis, Cidade para Todas as Idades

A metodologia

A realização do projeto *Veranópolis, Cidade Para Todas as Idades* foi factível graças às parcerias da Prefeitura Municipal de Veranópolis, do Conselho Municipal do Idoso (CMI), do aporte financeiro do Instituto CPFL Energia e da assessoria científica dos pesquisadores do Hospital Comunitário São Peregrino Lazziozi (HCSPL-AVAES) e do Centro Internacional da Longevidade Brasil (ILC-BR).

Em dezembro de 2014, a proposta deste projeto foi aceita pela Prefeitura Municipal através da Secretaria de Assistência Social de Veranópolis e do CMI. Em janeiro de 2015, a aprovação do projeto foi registrada em ata no CMI e, a partir deste momento, desenvolveram-se os trâmites para a realização da pesquisa científica, com base no Protocolo do Rio. Em outubro de 2015 o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e, efetivamente, foi possível iniciar o recrutamento dos participantes voluntários à pesquisa. Os voluntários foram convidados para participar da pesquisa através de anúncio em rádios, grupos de convivência, postos de saúde e jornais locais.

Esta pesquisa é considerada um estudo transversal de base populacional tendo como população pesquisada indivíduos de ambos os sexos, a partir dos

18 anos, residentes no município de Veranópolis/RS, com interesse específico na população acima de 60 anos. No período de outubro de 2015 a março de 2016, a pesquisa de campo coletou dados quantitativos, através de dois questionários estruturados, com uma amostra representativa de idosos de Veranópolis; e dados qualitativos, através da metodologia característica de fóruns públicos, grupos focais e entrevistas em profundidade. Para a pesquisa quantitativa foi calculada uma amostra representativa dos idosos de Veranópolis, com base no censo de 2010 (3.493 idosos), constituída de 836 participantes, estratificada por sexo e faixa etária. Para a pesquisa qualitativa, considerou-se uma amostragem de conveniência, os participantes dos fóruns públicos, dos grupos focais e das entrevistas em profundidade. Na pesquisa qualitativa foi utilizado o guia de perguntas do Protocolo do Rio. Foram realizados três Fóruns Públicos: 1° e 2° fóruns direcionados somente a idosos e 3° fórum com a participação de pessoas de diferentes faixas etárias, maiores que 18 anos. Os grupos focais foram compostos por, em média, 8 a 10 idosos cada. Eles foram organizados por sexo e faixa etária, da seguinte forma:

- grupo 1, homens e mulheres de 60 a 74 anos;
- grupo 2, homens e mulheres de 75 anos ou mais;
- grupo 3, somente homens de 60 a 74;
- grupo 4, homens de 75 anos ou mais;
- grupo 5, somente mulheres de 60 a 74 anos; e
- grupo 6, mulheres de 75 anos ou mais.

Para permitir ouvir pessoas mais idosas com maiores limitações funcionais foram realizadas as entrevistas em profundidade. Para tanto, foi solicitada aos postos de saúde e outras entidades da cidade, uma lista com o nome e telefone destes idosos. Os pesquisadores foram às residências destas famílias e realizaram 15 entrevistas em profundidade com idosos nestas condições.

Os resultados e conclusões

O perfil dos idosos

A quantidade de idosos veranenses consultada para a pesquisa quantitativa foi constituída de 864 indivíduos, número um pouco maior que o calculado (836), e respeitou as proporções dentro das faixas etárias para cada sexo. Os indivíduos avaliados somaram 491 (56,8%) pessoas do sexo feminino e 373 (43,2%) do sexo masculino; 675 (78,1%) residentes na área urbana e 189 (21,9%) na área rural.

Para interpretar o contexto dos idosos veranenses, alguns dados do perfil destes idosos foram, a seguir, detalhados. No que se refere ao estado civil, categorizado de acordo com a classificação do IBGE, 568 (65,7%) indivíduos entrevistados eram casados, 200 (23,1%) viúvos(as), 46 (5,3%) solteiros, 21 (2,4%) divorciados, 16 (1,9%) separados e 13 (1,5%) constituíam união estável.

O nível de escolaridade dos idosos foi dividido em categorias e teve a seguinte distribuição: 17 (2,0%) indivíduos eram analfabetos; 16 (1,9%) sabiam ler e escrever, mas não haviam frequentado a escola; 557 (64,5%) tinham ensino fundamental incompleto; 66 (7,6%) haviam completado o ensino fundamental; 26 (3,0%) tinham o ensino médio incompleto ou estavam cursando; 97 (11,2%) haviam completado o ensino médio; 12 (1,4%) tinham o ensino superior incompleto ou estavam cursando; 53 (6,1%) tinham o ensino superior completo e 20 (2,3%) tinham pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado).

Os idosos que declararam não serem aposentados e/ou pensionistas somaram 49 indivíduos ou 5,7% e os demais 815 ou 94,3% idosos usufruíam de algum tipo de benefício: 630 (72,9%) aposentadoria, 155 (17,9%) pensão e 30 (3,5%) aposentadoria e pensão.

A renda individual do idoso foi uma questão abordada e, quando declarada, categorizada em faixas de salários-mínimos (SM). Desta forma, 14 (1,6%) idosos responderam não terem renda, 227 (26,3%) possuíam renda de até um SM, 287 (33,2%) mais de um até dois SM, 112 (13,0%) mais de dois até três SM, 111 (12,8%) mais de três até cinco SM, 83 (9,6%) mais de cinco SM e 30 (3,5%) optaram por não declarar a renda.

Com relação à moradia dos idosos, a maioria (93,4%) declarou ter moradia própria, outros 4,2% residiam em moradia alugada e 2,2% moravam com outras pessoas. O detalhamento do tipo de moradia é importante para identificar o fácil acesso ou a locomoção facilitada do idoso dentro e nos arredores de sua moradia. Neste contexto, 85,6% dos idosos entrevistados residiam em casas individuais e 8,0% em apartamentos com elevador. No entanto, 6,4% dos idosos moravam em apartamentos sem elevador.

Dada a relevância do cuidado familiar do idoso na sua velhice, o número de filhos pode favorecer a permanência do idoso no meio familiar ao invés de uma institucionalização. Identificamos que 71 (8,2%) entrevistados não tinham filhos. Outros 588 (68,0%) idosos tinham um filho (14,2%), dois (31,5%) ou três (22,3%) filhos. Ainda, neste contexto, abordamos o convívio do idoso em sua residência e foi possível identificar que 123 (14,2%) idosos viviam sozinhos e os demais moravam com outras pessoas: 325 (37,6%) residiam com o cônjuge, 248 (28,7%) viviam com o cônjuge e filhos e 121 (14,0%) idosos viviam com seus filhos.

Abordando a convivência e participação na comunidade, questionou-se ao idoso se participava com frequência, ou seja, pelo menos uma vez por mês, de grupos ou associações ou faziam algum trabalho voluntário. A maioria dos idosos (76,7%) respondeu positivamente a esta questão. As principais atividades realizadas por estes idosos foram: reunião com amigos (69,7%), trabalho voluntário (52,8%), associação comunitária (52,5%), grupo religioso (48,6%), grupo de esportes (18,7%) e grupo da terceira idade (18,4%).

A cidade pela percepção dos idosos

Para o desenvolvimento de um ambiente que favorece o envelhecimento ativo é essencial identificar o mais amplamente possível as visões dos moradores sobre os aspectos positivos, as barreiras e as lacunas. À sua maneira, cada comunidade é única, fazendo com que a consulta local assegure que as decisões tomadas sejam adequadas para aquela comunidade.

Através das metodologias de pesquisa quantitativa e qualitativa, as quais se complementam e servem como uma lente de aumento da realidade, foi possível dar voz aos idosos de Veranópolis, mapeando o seu momento de vida atual, isto é, o que fazem, do que gostam, como se sentem, como se relacionam com as pessoas e o mundo a sua volta e que tipo de demandas apresentam em relação às oito temáticas de uma cidade amiga de todas as idades

Ainda, inserido na metodologia quantitativa, foi possível desenvolver algumas hipóteses de pesquisa. Estas são suposições que orientam uma investigação e que poderão ser confirmadas, ou não, através dos testes de hipóteses. Por meio destes testes é possível tirar conclusões científicas em relação a uma determinada amostra, no caso os 864 idosos, e extrapolar estas inferências para a população, ou seja, para todos os idosos da cidade. Neste sentido, os testes de hipóteses são um auxílio de qualquer tomada de decisão simples, por sustentarem uma verdade científica. Ao iniciar a pesquisa foram estabelecidas quatro hipóteses:

- Hipótese 1: Pessoas de faixas etárias diferentes avaliam aspectos da cidade de forma diferente.
- Hipótese 2: Quanto maior a faixa etária do indivíduo, maior é a percepção de aspectos negativos da cidade.
- Hipótese 3: Pessoas com maior poder aquisitivo e maior renda, geralmente, avaliam a cidade de forma mais positiva do que pessoas de menor poder aquisitivo e menor renda.
- Hipótese 4: Pessoas que avaliam sua saúde de forma excelente geralmente avaliam a cidade de forma mais positiva do que pessoas que consideram sua saúde regular ou ruim.

A seguir, os resultados das pesquisas quantitativa, qualitativa e os testes de hipóteses mais pertinentes foram detalhados, subdivididos nos oito temas do método Protocolo do Rio e que orientam o desenvolvimento de ambientes que favorecem o envelhecimento ativo, definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

(1) Ambiente físico

Quantitativo

- Na avaliação da manutenção das calçadas, altura e acessibilidade para cadeiras de rodas, 79,7% dos entrevistados qualificaram como razoável

(37,0%) e fraca (42,7%). Apenas 18,2% dos idosos responderam "bom" a este aspecto.

- Qualificando os banheiros públicos como limpos e acessíveis, 45,3% dos idosos responderam que não frequentam e não saberiam opinar.
- Quando os idosos foram indagados para a questão "Posso entrar nos prédios, circular por eles e depois encontrar a saída sem dificuldades", 71,5% acha que sim sem dificuldades, 13,1% responderam razoável e 10,1% tem dificuldades.
- Para a questão sobre se existe proteção contra roubos e assaltos, um grande número de idosos (680 indivíduos ou 78,7%) responderam que esta proteção é fraca. Apenas 5,2% dos participantes responderam "bom" e 13,3% "razoável".

As questões que compõe a temática ambiente físico foram analisadas em testes de quatro hipóteses. Nas hipóteses 1 e 2, em que se categorizaram as idades dos idosos por faixas etárias, observou-se que as percepções sobre o aspecto "Posso entrar nos prédios, circular por eles e depois encontrar a saída sem dificuldades" foram determinadas por esse fator ($p<0,001$). A opinião "bom" foi inversamente associada com o aumento da idade, ou seja, 82,7% dos idosos jovens (60 a 69 anos) avaliaram de forma mais positiva que os 65,2% dos idosos com idades entre 70 e 79 anos e dos 47,9% idosos longevos (80 anos ou mais).

Qualitativo

Quando questionados sobre o ambiente físico em Veranópolis, os veranenses que participaram da pesquisa qualitativa, num primeiro momento, mencionaram vários aspectos positivos relacionados ao ambiente físico, inclusive o clima e a localização do município.

> "Eu não sou de Veranópolis, mas escolhi viver aqui depois que me aposentei, pois acho que tem um clima maravilhoso e uma ótima localização geográfica em relação aos centros maiores como Porto Alegre, Passo Fundo, Caxias do Sul." (H) (homem)

> "... se pode respirar ar puro e não é preciso um meio de transporte para ir de um lugar ao outro, tudo é mais ou menos perto." (M) (mulher)

Enquanto, de forma geral e em um primeiro momento, a cidade foi bem avaliada em termos de ambiente físico, foram identificados outros aspectos que mereceriam melhorias quando houve aprofundamento do tema. As calçadas foram avaliadas como deficientes, com grande desnível, pedras soltas e trechos sem calçamento.

> "As calçadas são ruins, tem partes que nem dão para caminhar, estão todas levantadas, já levei dois tombos na rua." (M)

Quando foram questionados acerca de espaços públicos para fazer caminhadas, atividades físicas ou socializar, os veranenses, principalmente os idosos, sentiram falta de espaços planos, abertos ao público e em lugares mais acessíveis. Uma constatação que recebeu atenção negativa foi a geografia dos morros da cidade que dificultam a locomoção. Agregado a isso, a chuva também deixa as calçadas muito escorregadias, não só pela água, mas também por causa do limo e das folhas e flores que caem das árvores.

> "Para os deficientes, as calçadas são bem ruins... plantas que embelezam, mas que para o deficiente físico atrapalha um monte. Para mim também as flores atrapalham, quando caem na calçada, a muleta perde a aderência, então é muito fácil cair." (H)

Quando perguntado sobre como é entrar nos prédios, circular por eles e encontrar a saída sem dificuldade, a maioria dos participantes respondeu que é fácil, entretanto uma parcela de idosos relatou certa dificuldade, colocando que falta sinalização no interior de alguns prédios comerciais e em alguns deles falta elevador.

A questão que abordou existência de proteção contra roubos e assaltos foi amplamente discutida, e é consenso que circular pela cidade está cada vez mais perigoso, sendo que todos os participantes ou haviam passado por situação de perigo ou conheciam alguém que havia vivenciado tal situação. Tais relatos confirmaram a preocupação revelada na pesquisa quantitativa, que constatou que 680 idosos (78,7%) avaliaram a existência de proteção contra roubos e assaltos como fraca.

(2) Transporte

Quantitativo

- Qualificando o transporte público se é confortável e acessível para pessoas com problemas de mobilidade, 71,7% dos entrevistados responderam que não utilizam o transporte e não saberiam opinar. As demais avaliações foram: 14,0% "bom", 9,3% "fraco" e 5,0% "razoável".
- Com relação aos motoristas, se são educados e respeitam as regras de trânsito, 46,5% dos entrevistados responderam "bom", 32,1% "razoável" e 10,4% "fraco". Um percentual de 11,0% dos idosos não soube responder.
- Na questão se existem vagas suficientes de estacionamento para carros próximo aos serviços, um número expressivo de idosos, 596 ou 69,0% qualificaram como "fraco", apenas 68 entrevistados ou 7,9% acham "bom" e 16,2% "razoável". Um percentual de 6,9% não soube responder.
- Com relação ao serviço de táxi se é confiável e de preço acessível, 49,5% dos idosos não souberam responder, 37,8% acham "bom", 9,5% "razoável" e 3,1% "fraco".

Qualitativo

Quando aprofundada, a temática 'transporte' através da pesquisa qualitativa confirmou-se que a maioria dos idosos não utilizava o transporte público. A não utilização se dava pelos seguintes motivos: possuíam carro próprio; pela proximidade dos lugares que frequentavam; muitos pegavam carona com filhos e outros familiares; custo elevado; e por fim, porque o ônibus não atendia a região onde residem.

> "Moro longe do centro, mas tenho carro." (M)

Por parte dos que utilizavam o transporte público, foram identificadas algumas lacunas como o alto custo para quem ainda não tinha 65 anos; a falta de educação por parte de alguns motoristas; a inadequação das paradas de ônibus, sem proteção para o sol ou para a chuva; e a altura do próprio ônibus como fator de dificuldade de acesso.

> "Eu acho que os ônibus pra pessoas de idade são muito altos, é difícil." (M)

Em relação à escassez de vagas de estacionamento, a grande queixa girou em torno da falta de conscientização das pessoas em relação à ocupação das vagas durante muito tempo, principalmente por parte de quem trabalha no comércio no centro da cidade. Observou-se também pouca fiscalização em relação às vagas para idosos e para deficientes físicos.

> "Eu acho que deveria ter limite de tempo, não é porque é idoso que pode ficar o dia todo estacionado." (M)

O serviço de táxi, de modo geral, foi bem avaliado em ambas as pesquisas, mas houve queixas em relação à falta de padronização da tarifa e a ausência do serviço durante a noite e madrugada.

(3) Moradia

Quantitativo

- Quando os idosos foram questionados sobre se consideravam que seus custos de moradia estariam acessíveis, incluindo as taxas de condomínio, gás e eletricidade, as opiniões quanto à qualificação foram semelhantes: 36,2% dos idosos julgavam "bom", 31,9% "fraco" e 31,0% "razoável".
- Quando os idosos foram indagados para a questão "Posso me movimentar pela minha casa sem dificuldades", 96,1% consideravam que sim sem dificuldades, 3,2% responderam "razoável" e 0,7% tinham dificuldades.
- Ao questionamento sobre a proximidade da residência do idoso aos serviços, às pessoas que visita e ao transporte, 66,0% consideravam próximo, 25,0% "razoável" e 8,7% julgavam que não.
- Quando os idosos foram questionados para o aspecto "Posso me movimentar nos arredores de minha casa com facilidade", 92,7% achavam que sim com facilidade, 3,8% responderam "razoável" e 3,2% consideravam que não.

A temática moradia apresentou importantes aspectos associados às hipóteses de pesquisa formuladas. Os aspectos relacionados à facilidade ou dificuldade de locomoção, dentro e nos arredores das moradias, foram determinados pela idade dos idosos. Por exemplo, a questão "Posso me movimentar nos arredores de minha casa com facilidade" apresentou-se fortemente associada ($p<0,001$) à faixa etária. As frequências das respostas positivas diminuíram da seguinte forma nos três grupos etários: 94,7% em idosos jovens; 93,8% idosos com 70 a 79 anos e 84,3% em idosos longevos. Estes resultados poderiam indicar que a dificuldade observada de deslocamento do idoso nos arredores de sua moradia seja decorrente do próprio envelhecimento e que as moradias não estariam sendo adaptadas para garantir esta mobilidade.

Qualitativo

Dois aspectos foram discutidos em bastante profundidade: os custos da moradia e a adaptação das casas e prédios. Enquanto alguns idosos disseram que o custo da moradia era viável, porque estava adequado à própria situação financeira ou porque não precisariam pagar aluguel, outros disseram que necessitavam dividir as despesas com outros familiares. A ajuda financeira dos filhos também foi identificada como essencial por alguns participantes para poderem se manter na própria casa.

> "...ainda bem que meu cunhado mora junto porque daí não cobro aluguel, mas em troca ele paga luz, água." (H)

Em relação aos prédios, os idosos se queixaram da falta de espaços para convivência e espaços verdes.

> "Os prédios em Veranópolis não são adaptados para os idosos, não tem áreas verdes, espaços de convivência." (M)

> "Aqui sempre tem que ter lojas embaixo dos prédios, para ganharem dinheiro, ninguém pensa numa área verde de convivência." (M)

Os moradores do interior do município identificaram alguns outros problemas relacionados à moradia, como o fornecimento de energia e da internet, além da precariedade com o saneamento básico.

(4) Oportunidades de Participação

Quantitativo

- Quanto à qualificação do contato com a família e amigos, a grande maioria (96,4%) dos entrevistados responderam "bom" e apenas 2,8% "razoável" e 0,8% "fraco".
- Com relação às oportunidades para participar de atividades sociais e recreativas, 72,3% dos idosos responderam que tem boas oportunidades, 14,0% acreditam que são razoáveis e 12,6% julgam que são poucas as oportunidades.

- Quanto às oportunidades para participar de atividades culturais, 45,8% responderam que tem boas oportunidades, 30,1% acham fracas e 22,2% razoáveis.
- Ao questionamento se existe oportunidades de trabalho remunerado, 46,8% dos idosos responderam que sim, 34,1% acreditam que são fracas as oportunidades, 13,5% razoáveis e 5,6% não souberam responder.
- Sobre as oportunidades para trabalho voluntário, 77,4% dos entrevistados responderam que existem boas oportunidades, 11,7% acham fracas e 6,8% razoáveis.

A temática participação apresentou o maior número de associações entre seus aspectos e as hipóteses testadas. As percepções dos idosos sobre as oportunidades de participação foram influenciadas tanto por suas idades (Hipóteses 1 e 2) quanto pelas suas condições de renda (Hipótese 3).

Para o fator idade, três aspectos que contemplam o tema 'oportunidades de participação' mostraram associações interessantes que corroboraram com as hipóteses formuladas, ou seja, que pessoas de faixas etárias diferentes avaliam aspectos da cidade de forma diferente e que, quanto maior a faixa etária do indivíduo, maior é a percepção de aspectos negativos da cidade. As três questões que apresentaram essa relação foram:

(1) Posso participar de atividades sociais e recreativas. As frequências das respostas positivas foram inversamente relacionadas ao aumento da idade ($p<0,001$): 77,8% nos idosos jovens; 72,5% idosos com 70 a 79 anos e 54,3% nos idosos longevos.

(2) Posso participar de atividades culturais. Novamente, um aspecto fortemente associado com a idade ($p<0,001$), porém, com percepções positivas mais modestas: 52,1% em idosos jovens; 40,7% em idosos com 70 a 79 anos e 35,7% em idosos longevos. Estes resultados podem indicar a oferta, ainda, limitada de atividades culturais para idosos, assim como opções pouco adaptadas às necessidades de idosos mais longevos.

(3) Há oportunidades de trabalho remunerado. Aspecto, novamente e fortemente ($p<0,001$), associado à idade. A frequência das percepções positivas foi inversamente relacionada ao aumento da idade: 59,2% nos idosos jovens; 38,1% idosos com 70 a 79 anos e 23,6% nos idosos longevos.

Para a hipótese de pesquisa 3, sobre a renda individual do idoso (pessoas com maior poder aquisitivo e maior renda, geralmente, avaliam a cidade de forma mais positiva do que pessoas de menor poder aquisitivo e menor renda), três questões do tema 'oportunidades de participação' foram associadas: (1) posso participar de atividades sociais e recreativas; (2) há oportunidades de trabalho remunerado e (3) há oportunidades para trabalho voluntário. Em todos os aspectos as percepções positivas foram diretamente associadas ao maior poder aquisitivo, ou seja, quanto maior a renda do idoso melhor a

sua percepção sobre as oportunidades de participação na comunidade.

Qualitativo

Em relação à participação, itens como o contato com familiares e amigos, participação em atividades sociais, recreativas e culturais e oportunidades de trabalho voluntário foram bem avaliadas em ambas as modalidades de pesquisa.

O trabalho voluntário é uma opção válida de participação para várias pessoas. Algumas participavam da Pastoral do Idoso, outros visitavam doentes no hospital ou se engajavam nas igrejas e na organização de festas da comunidade.

> "(...) com a Pastoral do Idoso, faço visitas todos os dias." (M)

Em termos de participação social, os idosos constataram ainda que poderia haver mais oportunidades, como, por exemplo, um espaço de convivência diário específico para pessoas idosas, um local para se encontrarem e realizarem atividades variadas.

> "O centro da longevidade faz anos que devia ter sido feito, mas até agora nada." (M)

> "Seria interessante ter um lugar onde os idosos pudessem passar o dia e fazer várias atividades e ter um momento de troca com outras gerações e pessoas da mesma idade." (M)

Foi reconhecido que as oportunidades para moradores das áreas rurais são escassas e que seria necessária a oferta de mais atividades ou transporte para eles participarem das atividades no centro da cidade.

Quando aprofundado o item que trata de trabalho remunerado, as opiniões não formaram consenso. Ao mesmo tempo em que algumas pessoas falaram que o idoso precisa continuar trabalhando em função do baixo valor da aposentadoria, outras pessoas apontaram que não existe espaço para o idoso no mercado de trabalho.

> "O idoso trabalha mais que o jovem." (M)

> "Não tem emprego pro jovem, imagina pro idoso." (H)

(5) Respeito e Inclusão Social

Quantitativo

- Quando os idosos foram indagados para a questão "Sinto que sou uma pessoa valorizada em minha comunidade", 91,2% consideravam que sim, 6,9% responderam "razoável" e 1,2% não se sentia valorizada.
- Ao questionamento se os seus direitos são respeitados, 87,3% responderam "bom", 9,6% "razoável" e 2,8% "fraco".

Qualitativo

A maioria dos idosos entrevistados relatou, num primeiro momento, sentir-se inserido na comunidade, valorizado e respeitado.

Quando a questão de respeito aos direitos e valorização dos idosos foi aprofundada nos fóruns comunitários, grupos focais e entrevistas em profundidade, surgiram diversas falas que revelavam a existência de preconceito em relação aos idosos por parte dos mais jovens, denunciando conflito e distanciamento entre as gerações.

> "Quantas vezes já cheguei em alguns lugares e fiquei em pé, e tinha muito jovem sentado, eles não oferecem o lugar deles para a gente sentar." (M)

> "Desde pequena a gente aprendeu que as pessoas de idade têm preferência, agora as mães dão preferência para as crianças, se tu *vais* num almoço é assim, na Igreja é assim, em qualquer lugar é assim e nós estamos na Terra da Longevidade. A gente sente que não tem o devido valor." (M)

(6) Comunicação e Informação

Quantitativo

- Avaliando se o idoso teria acesso a equipamentos de comunicação eletrônica (como computador e *smartphone*) e conseguiria ajudar para aprender como usar, 54,5% responderam "fraco", 28,4% dos entrevistados achavam "bom", e a mesma proporção (8,6%) de idosos respondeu "razoável" e que não sabiam responder.

A questão acima foi a única da temática 'comunicação e informação' que se mostrou associada às hipóteses de pesquisa formuladas ($p<0,001$).

Nas 1ª e 2ª hipóteses, a frequência das respostas ao aspecto revelou uma percepção bastante negativa agravada pelo aumento da idade: 43,7% dos idosos jovens responderam "fraco" para este aspecto; diferente dos 65,6% idosos com 70 a 79 anos e 67,9% idosos longevos.

No teste da terceira hipótese, novamente, o aspecto sobre o acesso e a ajuda para utilização dos equipamentos de comunicação eletrônica, apresentou correlação, ou seja, uma percepção mais positiva foi associada ao maior poder aquisitivo do idoso. Sendo assim, apenas 19,1% dos idosos com renda até dois SM responderam "bom" a este aspecto, 33,2% dos idosos com renda intermediária e 65,1% com renda superior a cinco SM.

No teste da quarta hipótese, o mesmo aspecto foi associado, desta vez às diferentes percepções da saúde do idoso. Neste sentido, 47,6% dos idosos que percebiam sua saúde como "excelente" ou "muito boa" avaliaram o aspecto como "bom", diferente dos 33,5% que percebiam sua saúde como "boa" e, também, diferente dos 15,1% que percebiam a saúde como "regular" ou "ruim".

Qualitativo

Na abordagem de fontes de informação e meios de comunicação, o que mais foi ressaltado, foi a importância das rádios locais. Para a maioria dos participantes ela proporciona todas as informações necessárias sobre eventos, notícias e serviços.

> "Acho que através da rádio é um veículo mais fácil, mais acessível, as pessoas têm muito mais contato com esse meio de comunicação, principalmente as pessoas com um pouco mais idade..." (M)

Em relação ao uso de equipamentos eletrônicos e às novas tecnologias de comunicação, como mídias sociais e ferramentas como, por exemplo, o Skype e o WhatsApp, as opiniões variaram bastante. Enquanto algumas pessoas reconheceram que a internet é uma ótima fonte de informações, outras pessoas mostraram resistência, inclusive, em aprender a usar. Ainda, houve diversas falas referentes às dificuldades de acessar a internet, contudo alguns idosos disseram estar contentes de ter superado *o medo* do computador e recomendaram a outros.

> "(...) Eu levei até agora [para aprender] e eu tenho ainda dificuldade em saber o que é um programa, aplicativo, arquivo. Essa nomenclatura não é muito familiar, para eles [os jovens] é tranquilo." (M)

(7) Oportunidades de aprendizagem

Quantitativo

- Questionando os idosos sobre o acesso a cursos, palestras ou aulas sobre assuntos que lhes interessavam, 50,3% achavam "bom", 28,2% "fraco" e 18,6% "razoável".
- Quanto às oportunidades para desenvolver novas habilidades para o trabalho, 45,3% dos idosos responderam que tem boas oportunidades, 27,4% julgam que são poucas e 22,2% acreditam que são razoáveis. Um percentual de 5,1% não soube opinar.
- Para a questão "Há oportunidades para desenvolver novas habilidades para o meu desenvolvimento pessoal ou para ajudar os outros", 51,7% responderam "bom", 25,5% "razoável", 17,8% "fraco" e 5,0% não souberam responder.

A temática 'oportunidades de aprendizagem' apresentou correlações pertinentes nos testes de hipóteses. Nas 1ª e 2ª hipóteses, os três aspectos que compõem este tema foram fortemente associados à faixa etária ($p<0,001$). No primeiro aspecto avaliado sobre cursos, palestras ou aulas que interessam ao idoso, a frequência das respostas positivas foi inversamente associada ao aumento da idade: 56,1% em idosos jovens; 47,6% em idosos com 70 a 79 anos e 37,1% em idosos longevos. E, no terceiro aspecto, sobre oportunidades para desenvolver novas habilidades para o desenvolvimento

pessoal ou para ajudar os outros, a frequência das respostas positivas dos idosos jovens (60,3%) foi maior que as dos idosos com idades entre 70 e 79 anos (48,0%) e dos idosos longevos (31,4%).

Na terceira hipótese de pesquisa, os três aspectos, igualmente às hipóteses anteriores, foram associados ao poder aquisitivo do idoso. No primeiro aspecto, sobre o acesso a cursos, palestras ou aulas, 45,7% dos idosos com renda até dois SM responderam "bom", diferente dos 52,9% idosos com renda intermediária e dos 63,9% idosos com renda superior a cinco SM.

Qualitativo

Quando perguntados sobre as oportunidades para aprender coisas novas ou para desenvolver novas habilidades para o trabalho, para o desenvolvimento pessoal, ou por prazer ou para manter-se ativo na comunidade, a questão mais discutida foi sobre cursos para aprender utilizar o computador e a internet. Para que os cursos sejam adequados para os idosos, eles recomendaram ter aulas com frequência, sem grandes intervalos, e direcionadas especificamente aos idosos.

> "Eu acho que seria bom que tivesse um curso de informática para uma idade, tipo para nossa idade. Mas não assim um curso hoje, depois daqui a quinze dias não sei o que. A gente perde." (M)

> "Os profissionais deviam ter cursos para determinada idade, que são mais devagar, porque, às vezes, o jovem, o mais novo, já *tá* lá na frente e tu não conseguiu acompanhar." (M)

(8) Apoio e Cuidado

Quantitativo

- Qualificando as oportunidades que o idoso tem para aprender a ser saudável e ficar em forma, 83,4% responderam ter boas oportunidades, 10,9% que as oportunidades são razoáveis e 4,7% que são poucas.
- Questionando se a família e amigos mais próximos do idoso estão disponíveis quando precisa de ajuda, 95,5% acreditam que sim, 3,7% responderam "razoável" e 0,8% julgam que não.
- Ao serem indagados se os vizinhos são amigáveis e prestativos, 88,7% responderam "bom', 9,5% "razoável" e 1,4% "fraco".
- Quando os idosos foram questionados sobre a existência de serviços de suporte como os centros-dia, 39,9% consideram que há poucos e apenas 15,9% responderam "bom" e 6,3% "razoável". Um número expressivo de idosos (328 indivíduos ou 38,0%) não soube informar sobre a existência deste tipo de serviço.
- Qualificando se o serviço de saúde local proporciona bons cuidados, 77,2% dos idosos responderam "bom", 16,9% "razoável" e 4,4% "fraco".
- Para a questão "Há disponibilidade de serviços para ajudar alguém que

esteja sofrendo maus tratos e negligência", 42,0% dos entrevistados responderam "bom", 12,8% "razoável" e 10,2% "fraco". Novamente, um número expressivo de idosos (302 indivíduos ou 35,0%) não soube responder sobre a disponibilidade dos serviços de proteção ao idoso.

- Ao questionamento se o idoso tem acesso a boas instituições de longa permanência, caso não possa mais ficar em sua casa, 38,1% consideraram "bom", 18,2% "razoável" e 13,1% "fraco". Um percentual de 30,7% não soube responder.

Qualitativo

No que se refere ao tema 'Apoio e Cuidado', os resultados da pesquisa quantitativa se alinharam com os da qualitativa. Itens como oportunidade para aprender a cuidar da saúde; apoio da família e amigos; relacionamento com os vizinhos; e serviços de saúde local foram bem avaliados. O fato de ter vizinhos que cuidam é muito valorizado entre os idosos. A grande maioria referiu ter um bom vínculo com os vizinhos e que esse apoio inclusive transmite um sentimento de segurança.

> "A gente se cuida, se ela não abre a janela, já fico preocupada e ela a mesma coisa, quando a gente viaja a gente se avisa." (M)

Em relação aos serviços de suporte como os centros-dia, a maioria dos participantes considera não saber da existência deste serviço ou julga ruim.

Em relação à existência de um serviço que acolha situações de violência e/ou negligência contra idosos, a maioria relatou desconhecer este tipo de serviço em Veranópolis. Quando aprofundada a questão sobre instituições de longa permanência, os participantes reconhecem a falta de instituições que acolham a demanda cada vez mais crescente de idosos.

> "As instituições particulares são muito caras e as públicas nunca têm vagas." (M)

Além disto, este item deu margem para discussão sobre a formação de cuidadores de idosos, em que se reconhece a falta de pessoas com formação na área, tanto em instituições quanto cuidadores autônomos.

> "[Precisaria de] uma lei que exija que pessoas que trabalham em casas geriátricas tenham especialização na área." (M)

Ainda em relação ao aspecto do acesso a saúde, foi observado em algumas falas, que os moradores das comunidades do interior gostariam que os serviços de saúde e assistência social chegassem até eles na própria comunidade.

Conclusão: a caminho de uma Cidade Amiga do Idoso

Complexa em sua metodologia, a pesquisa chegou ao fim com a expectativa de que Veranópolis esteja a caminho de se tornar uma cidade mais amiga do idoso, ou seja, que possa contemplar num nível máximo os pilares do envelhecimento ativo, podendo oferecer uma melhor qualidade de vida, não só para os idosos, mas para todas as faixas etárias.

Através desta pesquisa realizada de forma ampla e complexa, foi possível identificar a percepção dos moradores sobre diversos aspectos do cotidiano de vida da cidade, aspectos considerados positivos, negativos, lacunas e questões a serem melhoradas. A partir destes resultados, foram apresentados projetos pelas secretarias municipais, que visaram integrar este plano de ação, última etapa do Projeto "Veranópolis – Município para todas as idades", com o objetivo de melhorar aspectos considerados ruins ou deficitários. Estes projetos emblemáticos receberam apoio financeiro do Conselho Municipal do Idoso através do Fundo Municipal do Idoso (FMI), e foram acompanhados e reavaliados pelos mesmos num período de três anos, de 2017 a 2019. Dentre os vários projetos e ações contidas no plano de ação, podemos destacar o projeto desenvolvido pela Secretaria da Saúde: "Cuidando da Dose: em busca da qualidade de vida do idoso". Da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Habitação e Longevidade o "Projeto Veranópolis: Motivos para Sorrir". Da Secretaria Municipal de Indústria e Comércio e Secretaria Municipal de Turismo o "Projeto Veranópolis: Terra da Longevidade e amiga do idoso". Da Secretaria Municipal de Educação e Cultura, o Projeto de Informática "Veranópolis: aqui se vive mais, melhor e informatizado". Da Secretaria Municipal de Supervisão, Planejamento e Captação de Recursos e da Secretaria Municipal de Infraestrutura, Urbanismo e Trânsito o Projeto "Calçada cidadã". Outros projetos importantes estão em fase final de construção como o Centro de Convivência para Idosos e para todas as Idades e o Centro de Estudos do Envelhecimento. Também agregando o projeto "Hospital amigo do Idoso" que está sendo desenvolvido desde 2018.

Em 2016, após toda a pesquisa concluída, Veranópolis foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e hoje faz parte da Rede Global de Cidades e Comunidades Amigas do Idoso. Veranópolis tem como missão cada vez fazer mais projetos e ações para melhorar os serviços com foco nos idosos e, consequentemente, para todas as idades com isso proporcionando um envelhecimento ativo e tornar-se uma melhor cidade para se viver e envelhecer.

JAGUARIÚNA

Alexandre Kalache, Ina Voelcker, Anita Liberalesso Neri, Taiguara Bertelli Costa, Giovanni Vendramini Alves, Márcia Alves Guimarães Costa

O município

Jaguariúna é um dos municípios da Região Administrativa de Campinas (SP). Ocupa uma área de 141.39 km² e tinha população estimada em 51.248 habitantes em 2016. Sua densidade demográfica é de 363,46/km² e a taxa geométrica anual de crescimento da população, 2.51 ao ano, no período 2010-2016.

Altamente urbanizado e industrializado, tem um índice de envelhecimento de 61,96; sua população menor do que 15 anos corresponde a 19,40% do total e a razão de gêneros é de 97,79. Em 2016, o percentual de pessoas de 60 anos e mais na população era de 12,02%. Na população idosa de 6.161 habitantes, 54.4% eram mulheres[36].

O Projeto Jaguariúna, Cidade para Todas as Idades

A boa qualidade dos indicadores sociais refletidos no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (0,784 em 2016), no percentual da população considerada pobre (2,26%) no Censo de 2010, no Índice de GINI, sobre o grau de concentração de renda da população (0,49 em 2010)36 e na disponibilidade de recursos privados para complementar aqueles provenientes da Companhia Paulista de Força e Luz e os de sua parceira governamental, a Prefeitura Municipal de Jaguariúna, representada pelo Conselho Municipal do Idoso. Pesou também a proximidade do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Estadual de Campinas, que entrou como parceiro acadêmico-científico, e a da Fundação de Desenvolvimento da Unicamp, que atuou como gestor financeiro e administrativo.

O desenho de pesquisa

Conduzimos uma pesquisa de levantamento de natureza quantitativa, com os seguintes propósitos: (a) investigar variações nas avaliações que idosos de Jaguariúna fazem das condições do ambiente físico e social, com base em critérios objetivos e subjetivos, e no grau de ligação afetiva com a moradia, a vizinhança, o bairro e a cidade, considerando variáveis, de saúde e psicossociais, e (b) caracterizar perfis dos participantes, considerando a multivariação entre as mesmas variáveis. Em estudo qualitativo, os resultados foram exibidos a 175 adultos e idosos organizados em nove grupos focais, realizados com os objetivos de (a) obter informações adicionais sobre as principais tendências dos dados e sobre questões não avaliadas no estudo quantitativo, e de (b) angariar sugestões sobre formas de solução dos problemas.

Estudo de levantamento das avaliações dos idosos sobre os domínios do ambiente físico e social estabelecidos pelo protocolo da OMS, considerando variáveis sociodemográficas, de saúde e psicossociais

Cálculo amostral, critérios de elegibilidade e critério de exclusão. O planejamento da amostra foi baseado nas estimativas da Fundação SEADE (Sistema Estadual Análise de Dados, do Estado de São Paulo) para a população de homens e mulheres de 60 anos e mais residente em Jaguariúna no ano de 2016, quando a população a cidade foi estimada em 51.248 habitantes e o percentual de idosos de 60 anos em 12,02%, 54.4% dos quais eram mulheres [36]. Para um nível de confiança de 95% e margem de erro = 5.95%, população finita de 3.050 homens e de 3.110 mulheres, projetada

a partir dos dados da Fundação Seade para o ano de 2016, a amostra foi estimada em 550 idosos, sendo 250 homens e 300 mulheres,178 (32,3%) de 60 a 64 anos), 138 (25,0%) de 65 a 69; 101 (18,3%) de 70 a 74, e 133 (24,2%) de 75 anos e mais[37].

Os critérios de elegibilidade foram: ter 60 anos ou mais e ter residência permanente em Jaguariúna há pelo menos um ano. Pontuação no Miniexame do Estado Mental (MEEM)[38] inferior à nota de corte para o nível de escolaridade, menos um desvio padrão, foi critério de exclusão adotado no início da sessão de coleta de dados (analfabetos/sem escolaridade formal: < 17; 1 a 4 anos de escolaridade: < 22; 5 a 8 anos < 24 e 9 anos ou mais, < 26 pontos[39]

Recrutamento. Nos 20 dias anteriores ao início da coleta de dados, foram realizados procedimentos de sensibilização dos idosos, por meio de mensagens divulgadas por emissoras de rádio e TV, jornais locais, folhetos impressos e palestras com especialistas. O recrutamento ocorreu em domicílios, centros-dia, parques e centros de esportes e lazer, unidades básicas de saúde, sedes de grupos religiosos e de voluntariado, locais de trabalho e logradouros públicos distribuídos por barros centrais, de localização medial e periféricos ou distais. Profissionais que atuavam nos locais de fluxo de idosos colaboraram apresentando os pesquisadores aos frequentadores, estimulando-os a participar e abrindo a agenda para acomodar horários de recrutamento e coleta de dados.

Coleta de dados. Os idosos foram convidados a participar de uma entrevista sobre a qualidade de vida dos idosos na cidade de Jaguariúna, com 30 a 60 minutos de duração, em datas e horários previamente agendados. Atuaram como entrevistadores 16 alunos de graduação de Educação Física e de Psicologia e seis estudantes de mestrado e doutorado de Gerontologia, devidamente treinados. Eles se apresentavam com a camiseta, o crachá e o material da pesquisa e identificados pelas cores e pelos logotipos do projeto e das instituições parceiras. As entrevistas foram individuais e face-a-face, baseadas em formulário impresso, onde as respostas eram anotadas.

Cuidados éticos. Os participantes foram informados sobre os objetivos, as condições de participação e os aspectos éticos da pesquisa. Foram informados de que receberiam informações sobre os resultados em fóruns abertos, que poderiam participar de grupos focais para discuti-los e que os dados resultantes seriam um dos elementos a serem utilizados na implementação do Projeto *Jaguariúna, Cidade Amiga dos Idosos*. Todos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Campinas (C.A.A.E. 62580416.7.0000.5404).

Variáveis e medidas. Os dados do Projeto *Jaguariúna, Cidade Amiga dos Idosos* derivaram da aplicação de um instrumento multidimensional contendo as seguintes variáveis e medidas, todas de autorrelato.

A. Status mental [38-39].
B. Identificação: nome, endereço e telefones.
C. Sociodemográficas: data de nascimento, gênero, status conjugal, raça/cor, ocupação na maior parte da vida adulta, trabalho, aposentadoria, pensão, alfabetização, anos de escolaridade, arranjo de moradia, número de filhos, propriedade da residência, chefia familiar, contribuição para o sustento da família, suficiência da renda para suprir as necessidades de vida diária, e filiação religiosa [40].
D. Escala de consciência das mudanças associadas ao próprio envelhecimento [41-42].
E. Qualidade de vida percebida: CASP-19 [43-44].
F. Condições objetivas do ambiente físico e social: 57 itens escalares com 4 pontos cada um (de 0 = nada a 3 = muitíssimo) sobre ambiente urbano (13 itens); transportes, moradia e vizinhança (7); participação social, respeito e inclusão social (4); comunicação e informação (3), oportunidades para aprendizagem (2); apoio e cuidado (9|) [45-46].
G. Avaliação subjetiva do ambiente físico e social (construído para a pesquisa): 8 itens escalares com 5 pontos cada um (de 1 = pouquíssimo a 5 = muitíssimo).
H. Ligação afetiva com a casa, a vizinhança, o bairro e a cidade [6 itens escalares com 4 pontos cada um (de 0 = nada a 3 = muitíssimo), construídos para a pesquisa]
I. Participação social referenciada a Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) [40, 47].
J. Espaço de vida/mobilidade [48-49].
K. Avaliação de saúde e deficiência [50].
L. Fragilidade [51-52].
M. Saúde física: Doenças autorrelatadas, uso de medicamentos, avaliação subjetiva de saúde [40,] (Neri *et al.*, 2013; nutrição [53-54].
N. Acesso e uso de serviços médicos, odontológicos e de vacinação no último ano [40].
O. Prestação de cuidados a idosos no contexto da família nos últimos 12 meses (grau de parentesco, tipologia de cuidados, nível de sobrecarga, disponibilidade de tempo para si, necessidade de apoios (itens criados para este estudo).

Análise de dados. As respostas dos idosos foram transcritas dos formulários para um banco de dados formatado no pacote estatístico SPSS, versão 21. Dois digitadores independentes fizeram a conferência e a correção de 100% dos dados referenciados a critério de 100% de concordância entre os registros manuscritos e os digitados. Foram realizadas análises descritivas univariadas e bivariadas, com tabulação de frequências e comparação das frequências e das tendências das distribuições ordinais. Foi calculada a

consistência interna dos itens dos domínios da avaliação do ambiente físico e social. A caracterização dos perfis foi realizada com base em análise de conglomerados, pelo método de partição.

Resultados

Participaram 443 idosos, selecionados entre os 459 que se apresentaram para a entrevista. Foram excluídos 7 idosos por pontuação inferior à nota de corte no MEEM, 6 porque não tinham 60 anos e 3 porque moravam em Jaguariúna há menos de 1 ano. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as cotas esperadas e obtidas de mulheres (p = 0,422) e de idosos de ambos os gêneros (p = 0,062), mas as cotas das sub amostras de homens de 60 a 64 e de 70 a 74 anos foram menores do que o esperado (p = 0,011).

Cento e sessenta e cinco idosos (37,2%) foram recrutados e entrevistados em centros de esporte, lazer e promoção de saúde localizados nos parques da cidade; 100 (22,5%), nos seus domicílios; 64 (14,5%) em Unidades Básicas de Saúde, 47 (10,6%)em centros-dia, 34 (7,8%) em casas paroquiais e obras assistenciais;, 26 (5,8%) em locais de convivência espontânea, como praças e jardins, 7 (1,6%) em seus locais de trabalho. 182 (41.1%) residiam na região central da cidade, 102 (23%) em bairros localizados em posição medial e 159 (35.9%) em bairros periféricos. As entrevistas duraram em média 45.2 ± 10.7 min.

A maioria dos participantes eram mulheres, tinham entre 60 e 69 anos de idade, eram casados, viviam com o cônjuge e tinham de 3 a 5 filhos; declararam-se brancos, alfabetizados, com até 4 anos de instrução formal, católicos, chefes ou contribuintes para o sustento da família e proprietários da residência; não exerciam trabalho remunerado, eram aposentados e achavam que o dinheiro que entra mensalmente no orçamento da família é suficiente para seu sustento. A maioria morava com o/a cônjuge ou companheiro/a. O tempo de escolaridade formal alcançou a média de 5.24 ± 4.16 anos. O número médio de filhos foi de 3.46 ± 2.21. Minorias tinham acesso a planos privados de serviços médicos e odontológicos e haviam prestado cuidados nos últimos 12 meses, geralmente a cônjuges ou progenitores (Tabela1).

Tabela 1 (anexo)

A maioria tinha doenças crônicas. Os que se avaliaram como bem nutridos foram mais numerosos do que os que se avaliaram como desnutridos. Maiorias estavam em processo de fragilização, avaliaram a popria saude como boa ou muito boa e apresentaram-se com niveis intermediário ealto de participação social (Tabela 2).

Tabela 2 (anexo)

Foi alta a consistência interna dos itens dos domínios do instrumento que serviu para avaliar os domínios do ambiente: ambiente urbano,

α = 0.882; transportes, α = 0.861; moradia, α = 0.745; participação social, α = 0.842, oportunidades de aprendizagem, α = 0.929; apoio e cuidado α = 0.820. Exceção foi o domínio comunicação e informação, cujo alfa foi igual a 0,592. A retirada do item sobre acesso a equipamentos eletrônicos melhorou o índice para 0.723.

A pontuação de cada item do instrumento variou de 0 (nada ou total discordancia) a 3 (muitísismo ou total concordância). O domínio moradia foi o que obteve pontuações mais altas, com médias variando de 1,42±1,1 para lojas, bancos e supermercados perto de casa a 2,59 ±0,67 para "cuida para não se acidentar em casa". Em segundo lugar veio o domínio apoio e cuidado (variação de 1,19±0,99 em serviços de apoio a idosos que sofrem violencia e maus tratosa 2,22±0,78 em "há boas ILPI disponiveis na cidade" (2,22±0,78). No domínio participação social, o item com pior avaliação foi o relativo ao contato com familiares e amigos (1,11±0,97); a melhor, em oportunidades de trabalho voluntário (2,50±0,65). Os domínios oportunidades para aprendizagem e respeito e inclusão social tiveram médias em torno de 1.72±0,92. Em respeito e inclusão social as pontuações mais baixas foram para "os jovens respeitam menos os idosos do que estes gostariam" e "os mais pobres podem estar sendo socialmente excluídos"). No domínio comunicação e informação, os idosos queixaram-se principalmente da falta de acesso a celulares, computadorese tablets.

O domínio com as piores avaliações foi transportes (médias de 0,60±0,80 a 1,79±0,88). Os ônibus urbanos deixam a desejar quanto à provisão de proteção contra roubos e assaltos (0,60±0,80) e contra quedas e acidentes (1,11 ±, 0,94), assim como quanto à falta de respeito aos assentos reservados a idosos e a pessoas com deficiência (1,26±0,97). Há escassez de vagas para estacionar na cidade (1,29±1,00) e de adequadas condições de acesso para idosos e pessoas com mobilidade reduzida (1,35±0,96). O ambiente urbano alcançou o segundo lugar em avaliações negativas, com destaque para ao mau estado de conservação das calçadas (0,97± 0,85), a falta de rebaixamento para cadeiras de rodas (1,14±0.83), a falta de dispositivos para evitar furtos e roubos (1,23±0,88), a falta de banheiros públicos limpos e acessíveis (1,30±0,86) e a escassez de dispositivos para evitar quedas nos prédios públicos (1,50±0,90)..

As avaliações subjetivas sobre o ambiente físico e social foram expressas por 8 itens com pontuação de 1(pouquíssimo) a 5 (muitíssimo). Os resultados foram positivos, mais positivos do que as avaliações feitas com base em critérios objetivos. As médias variaram entre 3,23 ±1,30 para transportes públicos e 4,28±0,99 para a moradia e a vizinhança. Na avaliação da ligação afetiva com a moradia, a vizinhança, o bairro e a cidade, com 6 itens de 4 pontos (0 a 3) cada um, o domínio com melhor avaliação foi moradia, (média de 2,72 ±0,56). Os indicadores de ligação afetiva foram muito positivos,

variando de 2,43±0,72 em "aqui é um bom lugar para as crianças brincarem e para criar filhos adolescentes" a 2,72±0,56 em "minha casa é um lugar muito especial".

Observaram-se as seguintes diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações que refletiam as avaliações objetivas e subjetivas e a ligação afetiva, em grupos estratificados conforme gênero e idade, região de residencia, condições de saúde e participação social valor-p ≤ 0,05 para os testes de Mann-Whitney e Kruskall-Wallis). As mulheres avaliaram os transportes mais negativamente do que os homens (μ=14,04 ±6,31 x μ=15,74±6,84). Os idosos de 60 a 69 anos pontuaram mais negativamente do que os de 80 anos e mais em transportes (μ=13,42 ± 6,21 x μ=16,89 ± 6,74), em respeito e inclusão social (μ= 6,55±2,62 x μ = 8,00±2,19) e em avaliação subjetiva do ambiente (μ=28,05±6,51 x μ=30,75±7,33); os octogenários pontuaram mais negativamente do que os de 60 a 69 anos em participação social (μ=12,38±6,74 x μ=14,97±5,31). A Tabela 3 permite saber que os residentes nas regiões periféricas mostraram-se mais descontentes do que os residentes nas demais regiões, com relação a todos os domínios analisados. Mostraram pouca ligação afetiva com a cidade.

Tabela 3 (anexo)

Aqueles com 3 ou mais doenças crônicas pontuaram mais baixo em participação social do que os grupos sem ou com 1 ou 2 (μ=12,96±5,36 x μ=15,37±5,31 e 14,98±5,28), em comunicação e informação e em apoio e cuidado. Os idosos com 1 ou 2 doenças pontuaram mais alto do que os sem doenças em avaliação subjetiva de saúde (μ=29,56±7,09 x μ=28,42±6,39. A avaliação subjetiva do ambiente teve pontuação mais baixa entre os bem nutridos do que entre os malnutridos (μ=27,61±7,29 x μ=29,63±6,30). A tabela 4 mostra que os idosos frágeis avaliaram mais negativamente as condições de moradia, participação social, comunicação e informação e oportunidades para realizar novas aprendizagens do que os pré-frágeis e os robustos; estes pontuaram mais negativamente do que os pré-frágeis e os frágeis em avaliação subjetiva do ambiente.

Tabela 4 (anexo)

A tabela 5 revela que os participantes que avaliaram negativamente a sua saúde, avaliaram mais negativamente os domínios moradia, participação social, comunicação e informação e apoio e cuidado do que os que avaliaram a própria saúde como boa ou muito boa, ou de qualidade intermediária. A tabela 6 informa que os idosos que realizavam menos atividades sociais avaliaram mais negativamente as condições de moradia, participação social, comunicação e informação e apoio e cuidado, assim como revelaram ter menor ligação afetiva com a cidade do que os grupos com participação social elevada ou de nível intermediário.

Tabelas 5 e 6 (anexo)

O último passo da análise de dados foi a análise de conglomerados, estratégia de análise multivariada que se baseia na proximidade geométrica entre os objetos estudados no espaço euclidiano. É uma boa alternativa para a caracterização de perfis de grupos, quando se dispõe de medidas categóricas ordinais e contínuas. Não tem representação gráfica[55]. Dada a quantidade de variáveis e de idosos, foi escolhido o método de partição[55], que deu origem a soluções com 2, 3 e 4 conglomerados. Este trabalho selecionou a solução com 3 grupos, que explicam 20,5% da variabilidade total dos dados. As variáveis que mais contribuíram para sua formação foram os escores de participação social (R^2 = 0,431), de avaliação da moradia (R^2 = 0,386) e de qualidade de vida percebida (CASP-19) (R^2 = 0,379) (ver composição dos conglomerados na tabela 7).

Conglomerado 1. Composto por 111 idosos, teve maior frequência de mulheres, de idosos com 60 a 69 anos e de moradores de bairros perifericos; de idosos com níveis baixo ou intermediário de participação social, com e sem restrições em mobilidade no espaço de vida, com nível intermediario de capacidade funcional, com maior número de doenças, nutridos e frágeis; com avaliação negativa da propria saúde e da saude em comparação com outros da mesma idade, baixa pontuação em qualidade de vida percebida e em consciencia das mudanças associadas ao proprio envelhecimento; com pontuações baixas em ambiente urbano, transporte, moradia, participação social, respeito e inclusão social, comunicação e informação, oportunidades de aprendizagem, apoio e cuidado, avaliação subjetiva dos ambientes físico e social e ligação afetiva com a moradia, a vzinhança, o bairro e a cidade.

Conglomerado 2. Composto por 170 idosos, teve maior frequência de homens, de idosos com 70 anos ou mais e de moradores de bairros centrais e localizados no entorno do centro; de idosos com baixa participação social, espaço de vida restrito, nivel intermediário e alto de incapacidade funcional, 1 ou 2 doenças crônicas, desnutridos e frágeis e com avaliaçãoes da própria saude e da saúde comparada com outros da mesma idade como de nivel intermediário; com baixa pontuação em qualidade de vida percebida e em consciencia das mudanças associadas ao próprio envelhecimento; com pontuações altas em avaliação do ambiente urbano, transportes, respeito e inclusão social, avaliação subjetiva dos ambientes físico e social e ligação afetiva com a moradia, a vizinhança, o bairro e a cidade; com escores intermediários na avaliação da moradia, da participação social, da comunicação e informação, de oportunidades de aprendizagem e de apoio e cuidado.

Conglomerado 3. Composto por 162 participantes, apresentou-se com maior frequência de mulheres, de idosos com 60 a 69 anos e de residentes nas regiões central e medial; de idosos com alta participação social, amplo espaço de vida e capacidade funcional preservada; com baixo número

de doenças, nutridos, não-frágeis ou pré-frágeis; com boa avaliação da propria saúde e da saúde em comparação com outros da mesma idade, alta pontuação em qualidade de vida percebida (CASP-19) e alta pontuação em consciencia das mudanças associadas ao proprio envelhecimento; que pontuaram alto na avaliação do ambiente urbano, da moradia, da participação social, do respeito e da inclusão social, da comunicação e informação, das oportunidades de aprendizagem, do apoio e docuidado, da avaliação subjetiva do ambiente e da ligação afetiva com a moradia, a vizinhança, o bairro e a cidade; que pontuaram no nivel intermediário em transportes.

Tabela 7 (anexo)

Discussão

As análises permitiram identificar um numeroso grupo de idosos que eram residentes de longa data nas regiões centrais e mediais da cidade. Esse grupo continha dois subgrupos. Em um deles, no qual predominavam mulheres e idosos jovens (60-69 anos) vigoravam boas condições de saúde, funcionalidade, participação social e bem-estar psicologico. No outro, em que preponderavam homens e idosos com 70 anos ou mais, predominavam experiências de doença, fragilidade, incapacidade, menor participação social e menos bem-estar psicológico. O interessante foi que, independentemente desses contrastes,ambos os grupos tinham forte ligação afetiva com a moradia, a vinhança, o bairro e a cidade, assim como apresentaram pontuações mais elevadas nas avaliações baseadas em criterios subjetivo do que objetivos. Esses dados apontam para a importância atribuída pelos idosos aos seus locais de pertencimento, história e identidade. São indicativos da relevância dos vínculos afetivos, da familiaridade e da proteção oferecidas pelos ambientes onde se dão as relações sociais mais próximas, entre eles a vizinhança e o lar. Estão em linha com dados obtidos por outras pesquisas que notaram a primazia da ligação afetiva e das avaliações subjetivas positivas sobre as condições objetivas de saúde, funcionalidade e participação social [56-59].

Um grupo menor de idosos, cerca de 30% da amostra, foi formado por residentes de bairros periféricos, que não só tinham piores condições de saúde, funcionalidade e participação social, como se mostraram descontentes na avaliação dos aspectos objetivos e com avaliações subjetivas negativas sobre o ambiente e com baixa pontuação em ligação afetiva com a moradia, a vizinhança e a cidade. Tais resultados podem ser originários do fato de esses cidadãos serem socialmente excluídos pela pobreza. Residem em bairros com menos recursos urbanísticos e de convivência, dos quais não têm orgulho. Parte deles são migrantes, com menor senso de pertencimento, prestigio e capital social do que os antigos residentes e do que os economicamente mais favorecidos[8]. Têm piores condições de saúde, refletida em pior mobilidade, mais inatividade e menos iniciativa do que idosos mais saudáveis, funcionais, ativos e com melhores condições de realizar os

ajustes necessários no ambiente ou em si próprios. Provavelmente sofrem os efeitos de adversidades atuais e acumuladas no curso de vida e acreditam pouco nas próprias capacidades para dar conta do que os incomoda ou lhes faz falta[61-63]. Experiências sucessivas de insucesso em vários domínios da vida dão origem à baixa crença nas próprias capacidades para dar conta dos riscos e desafios[62]. Com isto, enfraquece-se a proatividade para tornar o ambiente mais amigável aos recursos pessoais, fortalece-se o senso de perda de controle e diminuem a competência comportamental e a conectividade social[5, 60, 62]. Essas desvantagens consolidam a condição de maior vulnerabilidade a estressores de natureza interna e externa[62] e, igualmente, a condição de relativa exclusão social[60] desses idosos.

No entanto, é importante lembrar que os bairros periféricos congregaram a maior parte dos entrevistados em domicílio, o que provavelmente determinou maior presença de idosos com problemas de mobilidade, doenças crônicas e incapacidades físicas. Estas condições tornariam pior a qualidade de sua interação com o ambiente e teriam contribuído para a generalidade de suas opiniões negativas. Estas abrangeram a moradia e a vizinhança, domínios não só preservados de críticas, como altamente valorizados pela grande maioria dos idosos. Corrobora essa ideia a observação de avaliações mais negativas da moradia por parte de idosos frágeis, com avaliação negativa da própria saúde e com baixa participação social.

Independentemente de condições de saúde e de participação social, o domínio do ambiente avaliado de forma mais negativa pela totalidade dos idosos foi o dos transportes. Os aspectos com pior avaliação foram ausência de proteção contra roubos e assaltos, ausência de proteção contra quedas e acidentes, desrespeito aos assentos reservados a idosos e a pessoas com deficiência, e restrições à acessibilidade para idosos e para pessoas com mobilidade reduzida. Na avaliação das condições do ambiente urbano, o segundo domínio com pior avaliação, os idosos relataram que são escassas as providências de conservação das calçadas e de rebaixamentos para cadeiras de rodas, indisponíveis os dispositivos para evitar furtos e roubos e insuficiente a quantidade de banheiros públicos accessíveis e limpos. Esse conjunto de carências reflete incongruência ou desequilíbrio entre a pressão exercida pelos transportes e pelos espaços urbanos e as competências comportamentais dos idosos. Estas são naturalmente limitadas pelo processo normativo de envelhecimento e pela presença de doenças crônicas, fragilidade e problemas de mobilidade.

Dito de outra forma, os transportes urbanos e os espaços públicos urbanos apareceram como pouco amigáveis para os idosos, o que indica desatenção aos princípios de respeito e inclusão social devidos a todos e não só aos que se assemelham aos padrões tidos como normais. Não por acaso, os idosos indistintamente queixaram-se da falta de respeito aos direitos e da

exclusão social, mas essas queixas foram mais comuns entre os com mais doenças, fragilidade e incapacidades, um dado que foi igualmente observado em pesquisas realizadas em outros países [16-17; 64-66]. Nesta pesquisa, as avaliações subjetivas positivas feitas por idosos de 80 anos e mais com relação a itens que exigem recursos físicos e sociais podem ser sinal de uso da negação como recurso psicológico de enfrentamento das pressões ambientais que não conseguem manejar diretamente[63].

As mulheres terão avaliado os transportes de forma mais negativa do que os homens porque suas condições de saúde e de mobilidade são piores do que as deles. A avaliação mais negativa dos transportes pelos idosos de 60 a 69 anos do que pelos dee mais de 70 anos pode ser interpretada como fruto de maior conhecimento, já que os primeiros saem mais de casa e utilizam mais os transportes do que os segundos. Por saírem mais de casa, os idosos mais jovens são provavelmente mais expostos a situações envolvendo discriminação por idade. Essa percepção se reflete em avaliação negativa dos itens do domínio respeito e inclusão social, e também, em avaliação subjetiva global menos positiva dos domínios do ambiente físico e social[13; 21, 66-67]. Parte dos indivíduos avaliou que há escassez de serviços de apoio a idosos que sofrem abusos e maus tratos e que necessitam de apoio emocional; que há falta de respeito aos direitos dos mais velhos e de inclusão social para os mais pobres, e que há pouco acesso a equipamentos de comunicação eletrônica à disposição dos idosos. São questões éticas e sociais importantes que excedem os limites das necessidades em saúde.

A amostra tinha um percentual de mulheres maior do que o existente na população, fato comum nas pesquisas, não só porque elas são mais numerosas, mas porque, em virtude de questões culturais, elas são mais presentes em atividades sociais, físicas e de lazer do que os homens adultos e idosos. Além disso, em função da sua maior familiaridade com cuidados à saúde e à sociabilidade, elas aderem mais a propostas de intervenção e pesquisa do que os homens.

Os homens de 60 a 64 anos e os de 70 a 74, assim como o grupo de mulheres de 75 anos e mais estiveram levemente super-representados na amostra, mas, de modo geral, não foram observadas grandes distorções em comparação com a população geral. O fato de os idosos terem sido recrutados em diferentes espaços na cidade terá contribuído para aumentar a validade dos dados, na medida que diferentes tipos de idosos frequentam esses locais. De toda maneira, seria bom que, na medida do possível, novas investigações venham a utilizar amostras probabilisticas..

O alto nivel de consistência interna dos itens dos dominios da avaliação do ambiente indicam que foram compreendidos como integrantes dos conceitos integrantes do modelo de ambientes amigáveis para idosos e que são válidos para avalia-los. A presente pesquisa tratou das opiniões dos idosos

de Jaguariúna sobre as condições ambientais que a cidade lhes oferece, tendo em vista sua melhor adaptação. Ao apontar associações entre as avaliações objetivas e subjetivas do ambiente e as características sociodemográficas, de saúde, de sociabilidade e bem-estar psicológico, o estudo produziu dados originais e relevantes à promoção do envelhecimeno ativo e saudável no Brasil.

Conclusões. Os dados prestam-se tanto a subsidiar intervenções nos moldes do programa Cidade Amiga dos Idosos, quanto a oferecer informações úteis à compreensão das relações idosos-ambiente, a partir das perspectivas teóricas correntes na gerontologia ambiental. Segundo essas perspectivas, ambientes amigáveis para idosos são aqueles que permitem que continuem ativos, satisfeitos e funcionais nos ambientes com os quais têm forte ligação afetiva e que lhes oferecem acolhimento e confirmação da identidade.

Os dados sugerem que as avaliações das condições do ambiente físico e social devem ser multidimensionais e devem considerar a heterogeneidade das experiências de velhice. A ligação afetiva deve ser objeto de avaliação porque modera as interações entre as condições de saúde, funcionalidade e atividade e os comportamentos e o bem-estar dos idosos.

Como a melhor adaptação dos mais velhos depende das políticas e das ações desempenhadas pelas instituições sociais e pela comunidade, seus agentes beneficiam-se de dados de pesquisa focados nas necessidades e expectativas dos idosos, os maiores interessados na trajetória e nos resultados das intervenções.

Estudo qualitativo: idosos e adultos opinam sobre os dados do estudo de levantamento e sugerem alternativas, tendo em vista os princípios estabelecidos pela OMS para fundamentar a criação de cidades amigáveis para os idosos

Pesquisas qualitativas permitem o aprofundamento em temas sobre os quais se dispõe de conhecimentos superficiais e o levantamento de outros sobre os quais o pesquisador não dispõe de informação. Além do óbvio valor desses produtos, pesquisas qualitativas realizadas no ambiente natural, abertas e sensíveis aos conteúdos trazidos pelos participantes, permitem que o pesquisador explore significados e enriqueça seu conhecimento sobre um dado fenômeno. Os dados obtidos podem subsidiar intervenções ou servir como base para novas pesquisas e instrumentos de base quantitativa ou qualitativa.

Métodos

Participantes. Durante duas semanas, após o encerramento da coleta de dados do estudo quantitativo e da divulgação dos resultados ao Conselho Municipal do Idoso e ao público em geral, foram realizados nove grupos focais com 90 a 120 minutos de duração e com 15 a 20 participantes cada um. Cento e setenta e cinco adultos e idosos (55 anos e mais) residentes em

43 bairros da cidade participaram voluntariamente desses grupos, em horários e locais previamente anunciados, para discutir temas ligados ao projeto Jaguariúna, Cidade Amiga dos Idosos.

Coleta e análise de dados. No início da sessão, os participantes eram informados sobre os objetivos e incentivados a colaborar em um trabalho de análise e síntese de dados obtidos no estudo de levantamento e de elaboração de sugestões para resolver os principais problemas encontrados. Formada por seis profissinais, que se revesavam nos papeis de coordenadores, observadores e auxiliares, a equipe convencionou que os trabalhos com os grupos teriam três fases. Na primeira, foram oralmente apresentados os resultados da pesquisa quantitativa e estimulados comentários gerais a respeito deles. Na segunda, foram propostos oito focos ou temas a serem analisados, com o objetivo de acrescentar avaliações às que já haviam sido produzidas pela pesquisa de levantamento. Na terceira, os participantes apresentaram sugestões para resolver os problemas. Ao final da sessão, o coordenador apresentava um resumo dos dados obtidos e explicitava o destino que lhes seria dado**: o** Conselho Municipal do Idoso e os gestores do plano estratégico para implantação das medidas de adequação da cidade ao protocolo da OMS de cidade amiga dos idosos[31-35].

Além de se manifestarem oralmente, os grupos registraram seus resultados em papel sulfite, cartolina e tecido de algodão, fazendo uso de figuras, canetas, lápis, cola e tesoura. Os observadores anotaram o conteúdo das emissões verbais relevantes aos objetivos e à dinâmica das sessões. As informações obtidas em cada sessão foram submetidas à análise de conteúdo pelas equipes que presidiram os trabalhos.

Resultados

Ambiente Urbano. Sobressaíram queixas de falta de manutenção ou inexistência de calçamento, existência de grandes quantidades de entulhos e árvores que impedem ou dificultam a passagem do pedestre, e de calçamentos com pisos inapropriados (escorregadios, irregulares). Na região central a queixa nova a respeito das calçadas referiu-se aos obstáculos interpostos pelos comerciantes (produtos, placas, mesas e cadeiras) à livre circulação de pedestres. O**s** participantes consideraram que esses problemas não são apenas da alçada do poder público, mas de toda a população. Assim, cada um deve realizar a manutenção da própria calçada, cabendo ao poder público estabelecer normas e fiscalizar. A inadequação da iluminação pública em diversos bairros também foi vista como um problema, principalmente nos bairros periféricos ou em locais muito arborizados.

Foram apresentadas as seguintes sugestões de melhoria para o ambiente urbano: criação de um canal de comunicação eficaz no qual a população possa denunciar calçadas inexistentes ou com manutenção precária, terrenos baldios com mato alto e entulho acumulado, e problemas de iluminação dos

logradouros; promoção de campanhas, palestras e cursos para a conscientização da população, de todas as faixas etárias, sobre deveres e direitos; a Prefeitura deveria realizar com frequência a poda das copas das árvores, pois árvores muito grandes atrapalham a iluminação das vias urbanas; padronizar pontos de coleta para entulho em todos os bairros e divulgar amplamente para a população a data de coleta em cada local. Também é necessário noticiar periodicamente para a população as coletas de lixo (reciclagem, cata bagulho, lixo orgânico); deveria haver um canal para denúncia de irregularidades no asfalto e as providencias do governo deveriam ser mais rápidas e eficazes, visto que muitos "remendos" (sic) não duram muito tempo.

Além dessas, as seguintes: melhorar a fiscalização das vagas de estacionamento para idosos com multas para aqueles que estacionarem indevidamente; estabelecer um tempo máximo de permanência nas vagas, visto que alguns idosos que trabalham na região central estacionam seus carros na vaga de idoso e o deixam lá durante o dia todo, prejudicando os demais idosos que procuram o local para estacionar; colocar semáforos para travessia em grandes avenidas, pois nem todos os motoristas param na faixa pedestres para travessia dos idosos; pintar as guias rebaixadas em toda a cidade, não somente na região central; como os banheiros públicos ficam em estado precário devido ao mau uso pela população, não por causa da falta de higienização pelos funcionários da limpeza urbana, deveria ser realizada uma campanha educacional com a população; criar campanhas de educação ambiental para a população de Jaguariúna; todos os trabalhos de conscientização e educacionais que vierem a ser oferecidos deverão abranger todas as faixas etárias.

Uma queixa recorrente em vários grupos foi a do aumento do número de assaltos e roubos a residências. Ao mesmo tempo, consideram os participantes, as informações sobre tais eventos não são muito divulgadas para a população. Enfatizaram que deve ser aumentada a circulação periódica de viaturas policiais com o intuito de melhorar a segurança dos bairros e do centro da cidade. Um segundo ponto mencionado foi a demora no atendimento da polícia, quando acionada. Outro ponto negativo apontado foi o aumento do tráfico de drogas no município, afetando a qualidade de vida e o senso de segurança dos idosos. Foram apresentadas as seguintes sugestões para tentar resolver esses problemas: aumento da abrangência e da qualidade do serviço de ronda policial motorizada; trabalho mais intenso contra o tráfico de drogas.; criação de conselhos de bairros, onde os moradores podem compartilham e acessar informações, comunicar-se e ter atitudes em prol da comunidade.

Transportes. Este domínio foi o que acumulou o maior número de queixas: os ônibus não apresentam segurança e mecanismos de proteção contra roubos e furtos; alto custo da passagem em relação a baixa qualidade do serviço; não há assentos suficientes e as pessoas não costumam respeitar

os lugares reservados para os idosos; há dificuldade para obter informações sobre os horários dos ônibus; os pisos dos ônibus não são rebaixados, o que dificulta a entrada e a saída dos usuários; há grande dificuldade de realizar reclamações à empresa, por não existir um canal de comunicação eficiente; alguns bairros (Ex.: Jd. Europa, Colmeia) não apresentam pontos de ônibus com estrutura completa de bancos e cobertura**;** os ônibus para Campinas ficam muito lotados na hora de pico e, com isso, os idosos que têm consulta na Unicamp pela manhã são prejudicados; nos ônibus circulares do trajeto Jaguariúna-Campinas, os idosos são obrigados a entrar pela porta da frente e descer pela porta de trás, depois de passar pela roleta. Na estação rodoviária da cidade, não é possível realizar a compra de passagens com cartão; não há ônibus direto para a rodoviária de Campinas; alguns ônibus que vem de outras cidades não entram em Jaguariúna e os passageiros devem descer na rodovia. Os motoristas dos ônibus são majoritariamente mal-educados, mudam o itinerário dos ônibus por conta própria, não respeitam os motoristas de automóveis; não esperam o idoso sentar-se para colocar o ônibus em movimento, não se preocupam com o bem-estar dos passageiros, principalmente dos idosos, e alguns não param nos pontos de ônibus para apanhar idosos. Quanto mais afastado o bairro (Ex: São Pedro, Colina do Castelo e Jardim Imperial), pior a oferta de ônibus, principalmente nos finais de semana ("tiraram nosso direito de ir e vir").

Sugestões**,** observe-se**:** Rever o regulamento que prevê que se entre pela frente do ônibus, atravesse a roleta e saia por trás, visto que muitos idosos têm dificuldade de deambulação dentro do ônibus. Rever a política de uso de cartões de crédito; a viação deveria fazer um trabalho de conscientização dos motoristas e treinamento com dinâmicas de inversão de papéis, para que eles pudessem se colocar no lugar dos idosos. Deveria haver fiscalização dos motoristas para ver se cumprem com suas obrigações corretamente. Deveria ser criado um canal de reclamações efetivo e, caso algum funcionário seja denunciado, que passe por avaliação ou treinamento, e que seja punido em caso de reincidência. Deveria haver maior policiamento nas ruas e melhor fiscalização da Prefeitura sobre as reclamações dos idosos, melhor manutenção dos ônibus e câmeras dentro dos ônibus, para fiscalizar o serviço dos motoristas e servir de proteção contra roubos e assaltos. Deveriam aumentar a frota, as linhas, os horários e o número de ônibus circulando no município, principalmente para bairros mais distantes. Deveria haver mais uma empresa de ônibus em Jaguariúna, assim aumentaria a concorrência e obrigaria os proprietários a ofertar um serviço de melhor qualidade. Merece atenção a disposição das barras de segurança para evitar quedas dentro do ônibus e a informação sobre os horários dos ônibus (uma alternativa seria a instalação de painéis eletrônicos. Criar uma campanha de conscientização para a população sobre a importância de se respeitar os assentos reservados para os idosos. A empresa de ônibus deveria ter um canal para

comunicação com os usuários. Deveria ser feito um trabalho de conscientização da população para que não se depredassem os pontos de ônibus. Os ônibus deveriam sempre parar no local adequado, para evitar acidentes. Deve-se melhorar a sinalização dos pontos.

Moradia: casa e vizinhança. Deveria estar disponível na cidade um serviço público profissional de orientação aos idosos sobre a adaptação da moradia visando à melhoria da segurança contra quedas e acidentes e ao conforto. Outra sugestão, foi que seja instaurada uma norma de construção para que os novos apartamentos que forem construídos em Jaguariúna tenham uma metragem mínima, que permita a adaptação para um ambiente seguro para a população idosa. Hoje os idosos têm que deslocar-se para o centro da cidade para receber suas pensões ou aposentadorias. A sugestão é que sejam instalados alguns caixas eletrônicos em lugares-chave nos bairros. Nos bairros periféricos não existem farmácias, obrigando o idoso a sair do seu bairro para comprar medicamento, o que é muito ruim, principalmente em emergências. A disseminação de drogas e o aumento do número de traficantes e usuários causa insegurança nos idosos, que deixam de frequentar parques e jardins (ex: o Serra Dourada) por esse motivo. A sugestão é que haja maior número de policiamento nas ruas e um efetivo controle do tráfico de drogas.

Participação social. Os idosos opinaram em favor de mais atividades que prezariam pela intergeracionalidade, como por exemplo, atividades em que os idosos poderiam ensinar brincadeiras típicas de suas épocas as crianças em idade escolar, e as crianças poderiam ensiná-los a usar smartphones e computadores; de incentivo a atividades sem limitações de idade, . Atém de atividades que não tenham limites de idade, favorecendo todas as coortes e de inclusão de atividades intergeracionais no currículo escolar, para diminuir o preconceito dos jovens para com os mais velhos. Idosos que trabalham queixaram-se de não poder desfrutar de atividades oferecidas pelo município, principalmente as atividades físicas, pois não há opções após as 17 horas. A solução seria ofertar algumas modalidades no começo da noite.

Outras **sugestões**: a Prefeitura poderia auxiliar os idosos a organizar mais viagens e excursões; todos os eventos culturais deveriam cumprir a lei de meia entrada para idosos (um exemplo que citaram foi um show que teve na cidade, em uma entidade particular, em que a meia entrada existia somente na opção "pista"); a piscina onde os idosos tem aula deveria ser aquecida; distribuir melhor as atividades físicas, culturais e de lazer existentes pela cidade, atendendo mais bairros; colocar coberturas nas academias da 3º idade ao ar livre, cujos aparelhos ficam expostos ao sol nos parques, dificultando o uso. Sobre os aparelhos, também foi pedido que houvesse instruções para o manuseio. Ainda: oferta de sessões de cinema ao ar livre à noite; otimizar os horários das salas de jogos e de outras atividades, pois muitas das atividades ofertadas ocorrem ao mesmo tempo.

Comunicação e informação. Para alguns grupos, as informações não chegam para todos os idosos com a mesma frequência e facilidade. A Prefeitura alega que os comunicados a população e as informações sobre o município são encontrados no site da prefeitura, porém os idosos reclamaram que nem todos têm acesso a tecnologias. Outros, que têm acesso, criticaram a navegabilidade do site do município, alegando terem dificuldades para encontrarem as informações que procuram. Queixa importante foi a de falta de acesso a informações sobre os eventos que ocorrem na cidade

Foram apresentadas as **sugestões** que se seguem. Reformulação do site da prefeitura, deixando-o mais amigável aos idosos, pensando nas dificuldades que um idoso possa ter ao navegar pela plataforma; as informações devem ser divulgadas por cartazes, folhetos e telas, nos locais frequentados por idoso, para ficar disponível para o idoso que não acessa a internet; criação de calendários mensais contendo todos os eventos que ocorrerão no município, incluindo os de caráter público e privado; esses calendários deverão ser fixados afixados nos parques, em Unidades Básicas de Saúde, nas igrejas e nos jornais da cidade; divulgar da mesma forma as datas da "operação cata bagulho" em cada bairro da cidade; funcionários públicos, principalmente os da Prefeitura e os das UBS deveriam ser mais bem informados, bem treinados e atenciosos para passar informações corretas à população, ao menos aquelas relacionadas à sua função; divulgar a existência, as funções e as datas de eventos promovidos pelo do Conselho Municipal do Idoso; transformar o telefone 156 em um canal efetivo para a transmissão de informações do interesse dos munícipes

Oportunidades de aprendizagem. Há necessidade de que os conselhos municipais desenvolvam cursos ou palestras sobre cidadania, para as pessoas aprenderem a ser mais empáticas, respeitosas e com conhecimento dos seus deveres e direitos. As oportunidades para aprendizagem deveriam ser mais abertas, ou seja, com mais vagas para idosos que não integram movimentos organizados. Descentralizar e oferecer oportunidades nos bairros periféricos, visto que a maioria das oportunidades se localizam no centro da cidade e em seu entorno.

Apoio e cuidado. Foi notada a escassez de médicos geriatras no SUS de Jaguariúna e sugerida a contratação de profissionais. Sobre o hospital do município, reivindicou-se a possibilidade de organizar fila preferencial para agendamento e retirada de exames por exames. Os idosos se mostraram preocupados com o próprio futuro, dizendo ser necessária a criação de ILPI públicas e mistas (filantrópicas com contribuição do usuário ou do município) e de moradias assistidas onde os idosos possam viver bem, ter contato social com outros idosos e receber assistência quando necessário.

Conclusões

A busca de informações adicionais sobre o ambiente da cidade e, principalmente, de sugestões sobre como enfrentar os problemas, foram os objetivos deste estudo. Um subproduto importante e desejado pelo protocolo Cidades Amigas dos Idosos foi a promoção do envolvimento dos idosos em um processo que, se levado a bom termo, deverá produzir benefícios à sua adaptação e incremento nas condições de cidadania dos idosos e dos não idosos. O Conselho Municipal do Idoso deverá ser mais presente e operativo, tanto intermediando a relação entre a população idosa e o poder público, como assumindo a liderança de projetos representativos das políticas de envelhecimento ativo da OMS.

Os dados obtidos poderão ajudar na construção de instrumentos e parâmetros para futuras pesquisas, uma contribuição importante para a Gerontologia Ambiental no Brasil e para o movimento mundial de Cidades Amigas dos Idosos.

TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra.
Projeto Jaguariúna, Cidade Amiga dos Idosos, 2016-2018

Variável	Condição	n	%
Gênero	Masculino	176	39.8
	Feminino	267	60.2
Idade	60-69	245	55.3
	70-79	157	35.5
	80 +|	41	9,2
Cor	Branca	297	67.5
	Parda	109	24.8
	Preta e amarela	34	7.7
Status conjugal	Casados	265	60.2
	Solteiros, divorciados	67	15.4
	Viúvos	108	24.6
Número de filhos	0 ou 1	52	12.7
	3 a 5	298	72.7
	6 ou +	60	14. 6
Alfabetizados	Sim	335	75.8
	Não	107	24.2
Anos de escolaridade	1 a 4	210	65.0
	8 ou mais	58	15.3
Trabalho remunerado	Sim	77	17.8
	Não	356	82.2
Aposentados	Sim	300	70.3
	Não	127	29.7
Chefia familiar	Sim	217	52.4
	Não	197	47.6
Contribuem para o sustento da família	Sim	293	77.9
	Não	83	22.1
Renda é suficiente?	Sim	300	69.9
	Não	135	31.0
Convênio de serviços médico-hospitalares	Sim	79	18.1
	Não	373	81,9
Convênio de serviços odontológicos	Sim	18	4.1
	Não	422	95.9
Moram sozinhos	Sim	63	14.5
	Não	371	85.5
Moram com cônjuge	Sim	265	61.0
Religião	Católica	299	67.9
	Evangélica	105	23.8
	Outras ou nenhuma	36	8.3
Cuidado a familiar idoso último 12 meses	Sim	65	14.8
	Não	373	85,3
A quem?	Ao cônjuge	21	32.0
	Aos pais	21	32.0
	Outros	23	36.0

Tabela 2. Idosos do estudo quantitativo de levantamento, conforme critérios de saúde e de participação social. Projeto Jaguariúna, Cidade Amiga dos Idosos, 2016-2018.

Variáveis	Condições	n	%
Doenças crônicas			
	Nenhuma	61	13,80
	1 ou 2	229	51,70
	3 ou +	153	34,50
Estado nutricional			
	Desnutridos	190	43,80
	Nutridos	243	56,20
Fragilidade			
	Robustos	73	16,50
	Pré-frágeis	171	38,70
	Frágeis	198	44,80
Saúde autorreferida			
	Muito ruim/ruim	21	4,70
	Regular	135	30,60
	Boa/muito boa	285	64,70
AAVD mantidas			
	0 a 4	89	20,20
	5 a 8	248	56,40
	9 a 13	103	23,40

AAVD: atividades avançadas de vida diária, indicativas de participação social.

Tabela 3. Diferenças observadas na avaliação dos domínios do ambiente e na ligação afetiva com a moradia, a vizinhança, o bairro e a cidade pelos idosos da amostra do estudo quantitativo de levantamento, considerando as regiões de residência. Projeto Jaguariúna, Cidade Amiga dos Idosos, 2016-2018

	Regiões intermediárias			Regiões centrais			Regiões distais			*p**
	n	μ	dp	n	μ	dp	n	μ	dp	
Ambiente urbano	120	22.61	7.53	89	22.24	7.12	95	**18.36**	6.07	<0.001
Transportes	116	15.60	6.96	75	15.52	6.75	93	**13.14**	5.68	=0.025
Moradia	194	15.95	3.27	132	16.52	3.33	103	**12.23**	3.03	<0.001
Participação social	149	15.82	5.07	105	16.21	4.45	95	**10.00**	4.36	<0.001
Respeito e inclusão social	186	7.27	2.51	123	7.19	2.67	105	**5.87**	2.18	<0.001
Comunicação e informação	187	5.08	2.11	127	5.61	2.12	109	**3.80**	1.38	<0.001
Oportunidades aprendizagem	183	3.84	1.75	127	3.91	1.80	102	**2.25**	1.49	<0.001
Apoio e cuidado	117	16.73	4.98	90	17.61	5.16	73	**12.53**	4.24	<0.001
Ligação afetiva	193	16.07	2.44	132	16.00	2.52	108	**13.20**	3.24	<0.001
Teste Kruskal-Wallis										

Tabela 4. Diferenças observadas na avaliação dos domínios do ambiente pelos idosos da amostra do estudo quantitativo de levantamento, considerando os níveis de fragilidade. Projeto Jaguariúna, Cidade Amiga dos Idosos, 2016-2018

	Robustos			Pré-frágeis			Frágeis			*p**
	n	μ	dp	n	μ	dp	n	μ	dp	
Moradia	73	16.01	3.21	167	15.63	3,57	188	**14.60**	3.79	0.005
Participação social	60	16.15	4.33	133	15.28	5,35	156	**12.87**	5.44	<0.001
Comunicação, informação	69	5.49	2.00	163	5.12	2,06	191	**4.52**	2.07	0.003
Oportunidades aprender	70	3.50	1.78	159	3.79	6,76	182	**3.18**	1.88	0.007
Avaliação subjetiva	57	**26.75**	6.79	140	29.54	29.54	159	**28.69**	6.73	0.031
*Teste Kruskal-Wallis										

Tabela 5. Diferenças observadas na avaliação dos domínios do ambiente pelos idosos da amostra do estudo quantitativo de levantamento, considerando a autoavaliação de saúde. Projeto Jaguariúna, Cidade Amiga dos Idosos, 2017-2018

	Ruim/muito ruim			Regular			Boa/muito boa			*p**
	n	μ	dp	n	μ	dp	n	μ	dp	
Moradia	21	**12.19**	3.70	11.00	130	14.60	3.71	14.00	276	<0,001
Participação social	14	**9.00**	5.32	6.50	110	13.35	5.45	13.00	224	<0,001
Comunicação, informação	21	**3.81**	1.89	4.00	127	4.69	2.21	5.00	274	=0,012
Apoio e cuidado	7	**9.29**	3.35	10.00	85	15.52	5.79	15.00	188	=0,002
Teste Kruskal-Wallis										

Tabela 6. Diferenças observadas na avaliação dos domínios do ambiente e a ligação afetiva com a moradia, a vizinhança, o bairro e a cidade pelos idosos da amostra do estudo quantitativo de levantamento, considerando a participação social. Projeto Jaguariúna, Cidade Amiga dos Idosos, 2016-2018

	Baixa			Intermediária			Alta			*p**
	n	μ	dp	n	μ	dp	n	μ	dp	
Moradia	87	**13.54**	3.60	238	15.19	3.59	104	16.76	3,19	<0,001
Participação social	62	**10.87**	5.04	195	14.16	5.07	92	17.11	4,83	<0,001
Comunicação, informação	81	**3.67**	1.86	237	4.82	1.93	105	6.07	2,00	<,001
Oportunidades aprender	72	**3.10**	1.69	235	3.35	1.85	105	3.97	1,84	0,002
Apoio e cuidado	46	**13.78**	4.35	169	15.63	5.11	65	18.18	5,47	<0,001
Ligação afetiva	85	**14.79**	2.96	243	15.30	2.99	105	15.87	2,77	0,023
*Teste Kruskal-Wallis										

Tabela 7. Frequências de idosos nos conglomerados, considerando as variáveis categóricas. Projeto Jaguariúna cidade amiga do idoso, 2016-2017

Variável	n	Conglomerado1 n (%)	Conglomerado2 n (%)	Conglomerado 3 n (%)	*p**
Gênero					
Masculino	176	35 (31.5)	95 (**55.9**)	46 (28.4)	**<0.001**
Feminino	267	76 (**68.5**)	75 (44.1)	116 (**71.6**)	
Idade					
60-69 anos	245	70 (**63.0**)	65 (38.2)	110 (67.9)	**<0.001**
70-79 anos	157	36 (32.5)	76 (**44.8**)	45 (27.8)	
80 anos e +	41	5 (4.5)	29 (**17.0**)	7 (4.3)	
Regiões					
Distais	199	17 (15.3)	103 (**60.6**)	79 (**48.8**)	**<0.001**
Centrais	134	18 (16.2)	53 (**31.2**)	63 (**38.9**)	
Entorno do Centro	110	76 (**68.5**)	14 (8.2)	20 (12.3)	
Escores na WHO DAS					
0	81	18 (18.7)	12 (9.1)	51 (**36.7**)	**<0.001**
1 a 14	195	66 (**68.7**)	68 (**51.5**)	61 (42.9)	
15 a 36	91	12 (12.6)	52 (**39.4**)	27 (19.4)	
Escores em espaço de vida					
≤47 (Baixos)	101	25 (**23.8**)	60 (**39.5**)	16 (10.9)	**<0.001**
48-82 (Intermediários)	205	56 (53.3)	76 (50.0)	73 (49.7)	
≥83 (Altos)	98	24 (**22.9**)	16 (10.5)	58 (39.4)	
Número de doenças					
Nenhuma	61	11 (9.9)	17 (10,8)	33 (**20.4**)	**<0.001**
1 ou 2	229	43 (38.7)	88 (**51.8**)	98 (**60.5**)	
3 ou +	153	57 (**51.4**)	65 (38.4)	31 (19.1)	
Estado nutricional					
Desnutridos	190	46 (43.4)	98 (**59.4**)	46 (28.4)	**<0.001**
Nutridos	243	60 (**56.6**)	67 (40.6)	116 (**71.6**)	
Níveis de fragilidade					
Robustos	73	10 (9.0)	12 (7.2)	51 (**31.5**)	**<0.001**
Pré-frageis	171	34 (30.6)	54 (31.9)	83 (**51.2**)	
Frágeis	198	67 (**60.4**)	103 (**60.9**)	28 (17.3)	

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Alexandre Kalache, Marília Louvison, Elisa Monteiro, Natalia Sperli Geraldes Marin dos Santos Sasaki, Camila Garcel Pancote, Amena Alcantara Ferraz Cury, Antonio Caldeira da Silva

O município

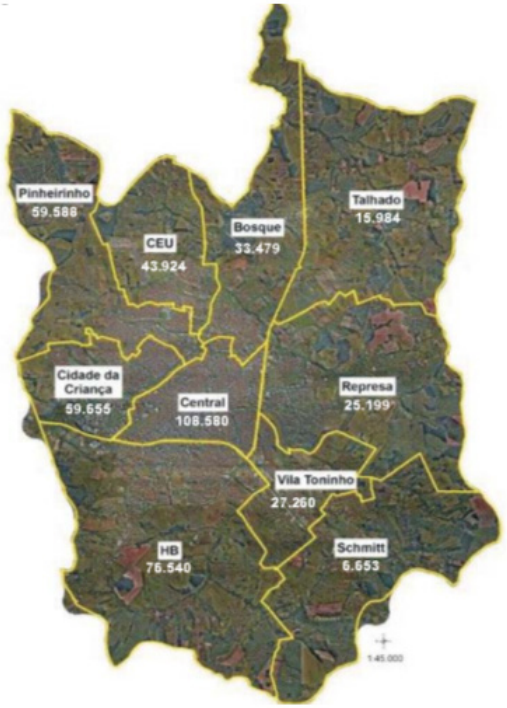
O município de São José do Rio Preto, localizado ao norte do estado de São Paulo e a 451Km de distância da capital São Paulo. Possui uma extensão territorial de 431,30 km² e uma área urbana de 160.734km² com uma taxa de urbanização de 93,93% possuindo dois distritos: Schimitt e Talhado. Conta com uma população estimada de 447.924 habitantes (SEADE, 2019), com uma taxa de crescimento anual de 0,96%. Classificado no Grupo 1 do Estado de São Paulo (grupo de elite), com bons níveis de riqueza, longevidade e escolaridade (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2019), tendo um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2013 de 0,797 e Índice Firjan de Desenvolvimento

Social Municipal (IFDM), referente ao ano base 2018, de 0,8753, que classifica São José do Rio Preto em 9º lugar entre os municípios paulistas e 14º lugar no Brasil (http://www.firjan.org.br/ifdm/consulta-ao-indice.)

Sede da região administrativa de São José do Rio Preto para 96 municípios do estado de São Paulo. Tem como principal característica econômica a prestação de serviços e comércio sendo referência para toda região noroeste do estado, se destacando principalmente no setor de saúde. Em razão de sua localização estratégica, ligada às regiões Norte e Sul pela BR153 (Rodovia Transbrasiliana) e regiões Leste (Porto de Santos) e Oeste (Goiás e Mato Grosso), pelas rodovias Washington Luiz, Euclides da Cunha e Feliciano Sales Cunha, a região oferece condições de acesso a mercados em expansão e centros fornecedores tradicionais (São José do Rio Preto, 2019). Apresenta um PIB per capta de R$ 37.720,07, o que representa 0,778% do PIB do Estado. O sistema de abastecimento de água cobre 92,87%, 99,08% de esgoto sanitário e 99,94% de coleta de lixo do município (SEADE, 2019).

Atualmente teve seu território divido em 10 regiões administrativas (Bosque, Céu, Pinheirinho, Talhado, Cidade da criança, Central, Represa, Vila Toninho, Schimitt e HB) conforme Figura 1, por meio do Decreto 18.073-29/06/18 com o intuito de constituir uma única divisão, potencializando a gestão pública e contribuir para ações integradas no território (São José do Rio Preto 2018).

Figura 1: Mapa da divisão dos territórios de São José do Rio Preto e estimativa populacional em 2018. (São José do Rio Preto, 2018; São José do Rio Preto, 2019)



O índice de envelhecimento populacional em 2019 foi de 104,89%, sendo 78,13% a do Estado. Possui 17,25% da população com 60 anos e mais, também superior ao estado (14,86%).Estima-se que em 2030, a taxa de envelhecimento alcance 118,10% (Tabela 1).

Tabela 1: Projeção da população por faixa etária, São José do Rio Preto-SP, 2020 e 2030

Projeção da população por faixas etárias quinquenais, em 1º de julho

Município de São José do Rio Preto - 2020

Faixa Etária - Quinquenal	Homem	Mulher	Total
00 a 04 anos	12.332	11.779	24.111
05 a 09 anos	13.004	12.433	25.437
10 a 14 anos	11.970	11.660	23.630
15 a 19 anos	12.732	12.203	24.935
20 a 24 anos	15.771	14.877	30.648
25 a 29 anos	17.411	16.905	34.316
30 a 34 anos	19.454	19.747	39.201
35 a 39 anos	19.186	19.895	39.081
40 a 44 anos	17.578	18.665	36.243
45 a 49 anos	15.295	16.534	31.829
50 a 54 anos	13.939	16.181	30.120
55 a 59 anos	13.418	15.564	28.982
60 a 64 anos	11.213	13.882	25.095
65 a 69 anos	8.539	10.966	19.505
70 a 74 anos	6.264	8.486	14.750
75 anos e mais	7.689	12.352	20.041
Total da Seleção	**215.795**	**232.129**	**447.924**
Total Geral da População	**215.795**	**232.129**	**447.924**

Fonte: Fundação Seade.

Projeção da população por faixas etárias quinquenais, em 1º de julho

Município de São José do Rio Preto - 2030

Faixa Etária - Quinquenal	Homem	Mulher	Total
00 a 04 anos	10.426	9.954	20.380
05 a 09 anos	11.426	10.917	22.343
10 a 14 anos	12.527	11.968	24.495
15 a 19 anos	13.460	12.790	26.250
20 a 24 anos	13.147	12.429	25.576
25 a 29 anos	14.213	13.391	27.604
30 a 34 anos	16.777	16.035	32.812
35 a 39 anos	17.707	17.565	35.272
40 a 44 anos	19.323	20.010	39.333
45 a 49 anos	18.929	19.990	38.919
50 a 54 anos	17.123	18.582	35.705
55 a 59 anos	14.609	16.280	30.889
60 a 64 anos	12.879	15.648	28.527
65 a 69 anos	11.811	14.667	26.478
70 a 74 anos	9.173	12.569	21.742
75 anos e mais	11.414	18.499	29.913
Total da Seleção	**224.944**	**241.294**	**466.238**
Total Geral da População	**224.944**	**241.294**	**466.238**

Fonte: Fundação Seade.

As regiões do município com maiores percentuais de idosos são Central (26%), Talhado (16%), Vila Toninho (15%), Schimitt (15%) e HB (15%). Cidade da Criança (12%), Pinheirinho (11%¨), Bosque (11%) e Céu (7%) apresentam menores percentuais.

São José do Rio Preto tem 168 anos, e assim como outros municípios, teve sua expansão horizontalizada partir da Região Central. Somente na década de 50, inicia-se a verticalização do município. O padrão de urbanização verificado a partir dos anos 80 não se diferencia da maioria das cidades brasileiras: periferização, com a proliferação dos loteamentos populares e a verticalização das áreas centrais. As regiões Pinheirinho, CEU e Bosque são compostas na maior parte, por ocupações a partir dos loteamentos populares, acentuados nas décadas de 80 e 90, como na maioria das cidades brasileiras. Seguindo a lógica do crescimento urbano da população mais pobre para as regiões mais periféricas, e consequentemente, os indicadores sociais relacionados a estes, como alto número de violências domésticas, tráfico de drogas, entre outros.

Cabe destacar que a referência citada por BUENO (2002) e SPOSITO (2003), sobre o surgimento de outras “cidades” dentro da cidade: uma clandestina, à

margem de toda e qualquer infraestrutura e qualidade de vida e outra legal e murada, formada pelos loteamentos voltados para as classes de maior poder aquisitivo, na sua maioria fechados, com modernos serviços de segurança; que estão concentradas na região da Represa e HB. A região Schimitt e a Região Talhado são caracterizadas pelas maiores áreas rurais do município e por serem Distritos do Município de São José do Rio Preto. Nos últimos anos, essas duas regiões também receberam conjuntos habitacionais, impulsionados pela Política Habitacional do Programa Minha Casa Minha Vida, aumentando a concentração populacional nessas regiões. Nas últimas décadas, citamos FRANCISCO; "apesar do planejamento urbano institucionalizado, o modo de produção e consumo do espaço conforma uma cidade fragmentada e, definitivamente, segregada do ponto de vista socioespacial. Ao norte, a cidade popular, no vetor centro-sudoeste, as classes mais altas, a leste e extremo sudoeste, a cidade murada dos mais ricos e, além da cidade, os loteamentos ilegais dos excluídos, nas regiões da extrema periferia do município."

O Projeto São Jose do Rio Preto, Cidade para Todas as Idades

Em São José do Rio Preto o projeto "Cidade para Todas as Idades" foi desenvolvido nos anos de 2019 e 2020 por iniciativa do ILC-BR, coordenado pelo Prof. Alexandre Kalache. O projeto conta com total apoio do Conselho Municipal do Idoso tendo constituído um Grupo executivo e um Comitê ampliado da sociedade civil, bem como um Comitê Intersecretarial para apoiar a realização de um plano de ação e um painel de monitoramento e avaliação para a cidade.

Como nas demais cidades, o projeto é alinhado ao marco político do envelhecimento ativo em suas dimensões de saúde, segurança, participação e educação permanente (ILC-BR, 2015), cidades amigas do idoso (OMS, 2008), pressupõem a adaptação de estruturas e serviços para que sejam mais acessíveis e promovam a inclusão de idosos com diferentes necessidades e graus de capacidade. Nesse sentido, é importante reconhecer e respeitar as capacidades e recursos dos idosos, suas necessidades e preferências, decisões e estilos de vida, protegendo seus direitos e os apoiando em suas vulnerabilidades.

Em função desta premissa, com uma abordagem holística e de baixo para cima, foi realizada uma pesquisa para dar voz aos idosos de São José do Rio Preto sobre os obstáculos e pontos positivos do ambiente em que vive, apoiado no Protocolo de Vancouver, desenvolvido pela OMS em 2006, (revisado pelo ILC-BR, que estabeleceu uma única metodologia para todas as cidades, o Protocolo do Rio, e aplicado em São José do Rio Preto (LEBRÃO, DUARTE, 2003; LIMA-COSTA ET., 2018).

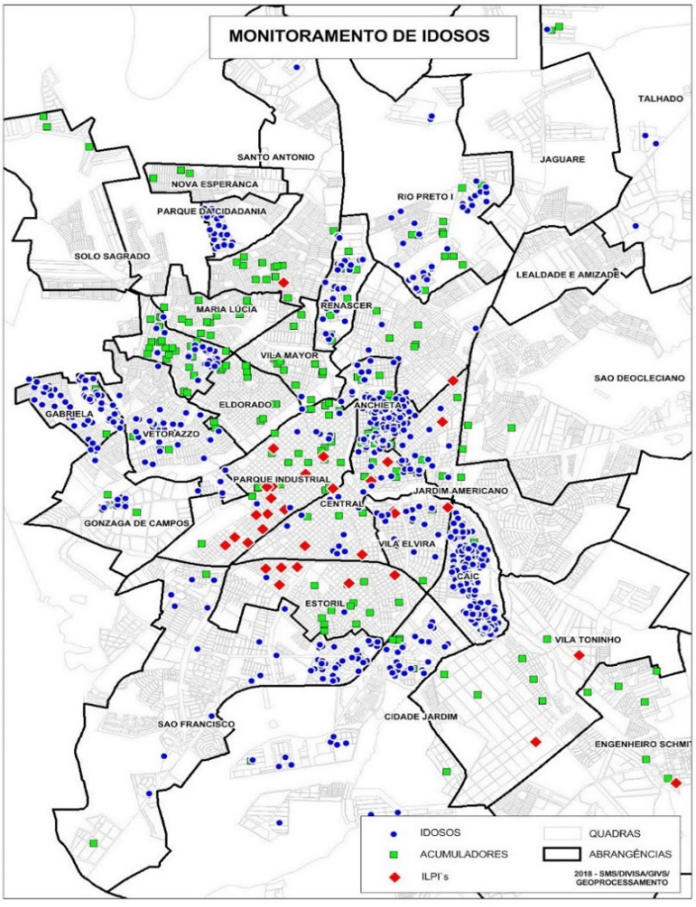
A metodologia

A pesquisa, realizada pela União das Faculdades dos Grandes Lagos – Unilago em parceria com Centro Internacional de Longevidade do Brasil

(ILC-BR), Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (CMDI), Companhia Paulista de Força e Luz (CPFL Energia) por meio do Instituto CPFL, Faculdade de Saúde Pública da USP e Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto, investigou as condições de vida, saúde, bem-estar, ambiente físico e social dos idosos da cidade de São José do Rio Preto com o objetivo de desenvolver estratégias pautadas na perspectiva da Cidade Amiga de Todas as Idades. Foi realizada por meio da escuta ampla dos idosos da cidade, possibilitando o planejamento conjunto, no sentido de desenvolver políticas públicas que respondam à essas necessidades. Nesse sentido, cabe considerar que o projeto foi desenvolvido em quatro importantes movimentos, que circularmente será compartilhada em conjunto com a sociedade civil e o governo, envolvidos em todos os movimentos, dentre os quais podem ser representados como: Movimento 1- realizado na fase inicial, por meio de levantamento de dados e indicadores para a elaboração de diagnósticos sobre o perfil do município e inventário de serviços oferecidos à população idosa; Movimento 2- coleta e análise de dados quantitativos; Movimento 3- coleta e análise de dados qualitativos; Movimento 4: compartilhamento de resultados e apoio à intervenção. O projeto foi desenvolvido no período de maio de 2019 a julho de 2020, de acordo com os princípios éticos estabelecidos.

O movimento 1 permitiu organizar os dados descritos acima bem como identificar nas várias secretarias informações e ações relacionadas aos idosos que permitiram a identificação e organização de painéis de monitoramento de dados já sistematizados por bairros. Chama a atenção os territórios de vulnerabilidade com idosos em ILPI, que moram na rua e em acompanhamento social como acumuladores.

Figura 2. Mapa de idosos vulneráveis nos territórios de São José do Rio Preto 2019



Relacionado ao movimento 2, a amostra total do inquérito foi de 618 idosos, com média de 71,15 anos, com mínimo de 60 anos e máximo de 96 anos (dp ±7,531). A média de filhos foi de 2,75, com mínimo de 0 e máximo de 13 (dp±1,811) e média de filhos vivos de 2,53, com mínimo de 0 e máximo 9 (dp±1,660).

O inquérito com os idosos foi realizado mediante a aplicação de questionário, constituído por cinco blocos, divididos em questionários e escalas. O bloco A contemplava identificação e condições socioeconômicas; o bloco B saúde mental: estado mental, depressão e memória; o bloco C: condições, hábitos e uso de serviços de saúde; o bloco D: capacidade funcional e rede de proteção social e o bloco E: condições do ambiente físico e social.

Os entrevistadores foram previamente selecionados entre alunos dos cursos da área da saúde das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO), os quais receberam treinamento prévio à realização das entrevistas. Totalizaram doze alunos participantes, pertencentes aos cursos de Medicina,

Enfermagem, Biomedicina, Farmácia, Fisioterapia e Psicologia. Além da participação dos alunos no movimento 2, atuaram também no movimento 3, auxiliando na condução e escuta dos idosos nos grupos focais.

A Tabela 2 mostra o planejamento da amostra de idosos da pesquisa, distribuída por regiões administrativas e a amostra real deste estudo, correspondendo a um percentual superior a 10% da amostra inicial em todas as regiões. Entretanto a amostra final das regiões Central, HB e Vila Toninho foram inferiores a 50% da amostra proposta inicialmente, devido às dificuldades encontradas no agendamento das entrevistas e a imposição de isolamento social pelos órgãos competentes do município, em decorrência da decisão do Governo Estadual de São Paulo, devido à pandemia do novo coronavírus. A coleta, inicialmente prevista para ser domiciliar, sorteada a partir de um cadastro municipal de idosos, não se revelou uma boa estratégia, em função da desatualização de telefones e endereços, bem como o medo dos idosos nesse tipo de abordagem, mesmo com ampla divulgação da chegada da pesquisa nos bairros. Nesse sentido, a estratégia de captação de idosos passou a considerar os idosos que espontaneamente procuravam a esquipe de pesquisadores disponíveis em datas e horários marcados, em equipamentos sociais e de saúde, para a realização da pesquisa.

Tabela 2. Distribuição da amostra da pesquisa segundo região administrativa, São José do Rio Preto, 2019

Região	Amostra pesquisa entrevistada		Amostra inicial com 10%	Representação da amostra inicial (%)
	N	%		
Bosque	42	6,8	68	61,8
Central	189	30,6	480	39,3
Céu	50	8,1	54	92,5
Cidade da criança	106	17,2	124	85,4
HB	55	8,9	202	27,2
Pinheirinho	63	10,2	113	55,7
Represa	37	6,0	31	119,3
Schmitt	21	3,4	18	116,6
Talhado	40	6,5	42	95,2
Vila Toninho	15	2,4	71	21,1
Total	**618**	**100,0**	**1203**	**51,4**

A Tabela 3 apresenta a distribuição das características sociodemográficas dos idosos entrevistados, distribuídos por região. Nota-se um predomínio de mulheres em quase todos os territórios, exceto na região da represa, sendo representada por 51,4% por homens. Apresentada de forma homogênea entre as regiões, a faixa etária predominante foi de 60-69 anos (46,6%).

Percebe-se que 28,3% dos idosos trabalham atualmente, sendo as regiões com maior percentual representada por Talhado (40,0%), Pinheirinho (38,1%), Represa (35,1%) e Vila Toninho (33,3%). 19,4% declararam não ter dinheiro o suficiente para pagar as despesas diárias e analisadas de forma isolada, as regiões com maior percentual foram Schimitt (42,9%), Talhado (40,0%), Pinheirinho (29,0%), Represa (24,3%) e Vila Toninho (20,0%). Além disto, 27,8% responderem estar endividados, principalmente nas regiões representadas por Vila Toninho (46,7%), Céu (38,0%), Represa (37,8%), Pinheirinho (36,5%), Schimitt (33,3%) e Bosque (31,0%).

Tabela 3. Variáveis sociodemográficas segundo região, São José do Rio Preto, 2020

Regiões	Homens	Mulheres	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Trabalha atualmente	Dinheiro insuficiente para pagar despesas	Endividado
Bosque	33,3%	66,7%	47,6%	42,9%	9,5%	16,7%	14,3%	31,0%
Central	28,6%	71,4%	42,9%	34,9%	22,2%	25,9%	16,4%	18,5%
Céu	40,0%	60,0%	54,0%	36,0%	10,0%	28,0%	16,0%	38,0%
Cidade da criança	39,6%	60,4%	46,2%	37,7%	16,0%	21,7%	14,2%	26,4%
HB	36,4%	63,6%	29,1%	49,1%	21,8%	32,7%	9,1%	29,1%
Pinheirinho	41,3%	58,7%	57,1%	33,3%	9,5%	38,1%	29,0%	36,5%
Represa	51,4%	48,6%	51,4%	35,1%	13,5%	35,1%	24,3%	37,8%
Schimitt	47,6%	52,4%	57,1%	28,6%	14,3%	28,6%	42,9%	33,3%
Talhado	35,0%	65,0%	52,5%	40,0%	7,5%	40,0%	40,0%	25,0%
Vila Toninho	46,7%	53,3%	46,7%	33,3%	20,0%	33,3%	20,0%	46,7%
Total	36,6%	63,4%	46,6%	37,2%	16,2%	28,3%	19,4%	27,8%

O envelhecimento ativo é uma abordagem baseada em direitos, participação social e de lazer, saúde, segurança e aprendizagem ao longo da vida (ILC, 2015; Alcantara *et al.*, 2016), a qual foi estruturada nas pétalas da margarida, utilizada como objeto norteador para discussão dos resultados, representados na tabela 4.

A Tabela 4 mostra satisfação dos entrevistados em relação ao ambiente físico e social do município por região. Nota-se que moradia (88,6%) e vizinhança (80,2%) tiveram uma avaliação positiva em quase todas as regiões, com menor taxa de satisfação apresentada pela região Céu (64,0%), na pétala vizinhança. Em relação as outras pétalas, o percentual de satisfação ficou abaixo de 60,0%, sendo o mais baixo representado pela pétala comunicação e informação (46,5%). Sobre os quesitos ambiente urbano, transporte, participação social, respeito e inclusão, oportunidades e aprendizagem e apoio e cuidado tiveram avaliações variáveis entre as regiões, embora grande parte próxima de 50,0% de satisfação.

Tabela 4. Percentual de avaliação muito boa/boa sobre as pétalas da margarida segundo região, São José do Rio Preto, 2020

Pétalas	Bosque (%)	Central (%)	Céu (%)	Cidade da criança (%)	HB (%)	Pinheirinho (%)	Represa (%)	Schimitt (%)	Talhado (%)	Vila Toninho (%)	Total (%)
Moradia	90,5	87,4	92,0	85,7	87,1	87,1	86,2	85,0	92,5	93,3	88,6
vizinhança	73,2	84,1	64,0	84,0	85,5	75,8	89,2	80,0	70,0	80,0	80,2
Ambiente urbano	57,1	67	69,4	65,1	74,5	75,8	70,3	80,0	67,5	53,3	68,1
Transporte	45,0	60,6	57,1	56,2	63,3	63,3	67,6	78,9	73,0	73,3	61,1
Participação social	59,5	65,8	43,8	65,7	58,5	66,1	47,2	52,4	52,6	50,0	60,2
Respeito e inclusão social	52,4	59,6	42,9	51,9	52,7	53,2	51,4	66,7	45,0	26,7	53,2
Comunicação e informação	42,9	48,9	29,2	51,9	35,8	51,6	50,0	61,9	40,0	50,0	46,5
Oportunidades de aprendizagem	48,6	52,5	49,0	55,2	53,8	53,2	58,3	50,0	56,4	35,7	52,8
Apoio e cuidado	58,5	71,9	62	61	74,5	66,1	54,1	81	71,1	80	67,3

No movimento 3, foram realizados dez grupos focais totalizando 120 entrevistados nas dez regiões do município, além de prestadores de serviços dos setores públicos e cuidadores de idosos. A maioria dos idosos que participou dos grupos pertencia ao sexo feminino e fazia parte da população de classe baixa e média. Os quesitos abordados nos grupos focais foram relacionados as dimensões da cidade amiga do idoso: ambiente físico, transporte, moradia, participação social, respeito e inclusão, participação cívica e emprego, comunicação e informação e apoio comunitário e serviços de saúde. Nos encontros foram discutidos pontos positivos e negativos da cidade de acordo com suas próprias experiências. Os idosos sob escuta compartilharam da ideia de que São José do Rio Preto é uma cidade muito boa para se viver, embora apresente barreiras para o envelhecimento ativo. Em relação ao ambiente físico, as opiniões sobre as condições irregulares das calçadas foram semelhantes em todas as regiões e o maior motivo de preocupação foi com portadores de deficiências físicas e/ou cadeirantes. Esse aspecto foi enfatizado pelos cuidadores de idosos, que relataram dificuldades em sair de casa, ir a praças ou realizar atividades ao ar livre com cadeirantes, pois além dos desníveis das calçadas, possuem pontos extremamente estreitos, impossíveis de transitar com cadeiras de rodas. Relataram dificuldade em atravessar ruas e avenidas, devido ao curto tempo de abertura do semáforo para pedestres, somado a intensidade e alta velocidade do tráfego. Este quadro se torna mais grave para pessoas com dificuldade de locomoção. Grande parte dos idosos residentes de regiões periféricas declararam sentir falta de áreas verdes e locais para caminhada.

Meios de transporte acessível e de baixo custo contribui de forma significativa para o envelhecimento ativo (ILC, 2015; Alcantara *et al.*, 2016)). Todos os idosos usuários de transporte público relataram que a altura dos degraus dificulta o embarque e desembarque dos ônibus e alegaram sentir medo de sofrer quedas e fraturas. Enfatizaram a ausência de pontos de ônibus estruturados, com presença de bancos e coberturas, principalmente nas regiões periféricas. Outro ponto discutido foi a gratuidade do transporte público, que beneficia somente pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, restringindo os residentes de periferias, à participação social e de lazer, principalmente em atividades desenvolvidas na região central, como o baile no Centro de Convivência do Idoso (CCI).

Em regiões centrais, a maior parte dos idosos possui casas próprias e são aposentados, o que possibilita uma melhor qualidade de vida. Relataram que recebem o suficiente para suprir as despesas básicas, porém alegaram não ser suficiente para realização de reformas nas residências, a fim de adequá-las de acordo com as limitações físicas que acompanham a idade. A maioria dos idosos, moradores de regiões periféricas não possuíam casa própria e precisavam pagar aluguel, além de suprir gastos com despesas básicas. Foi exposto, por esse grupo, a necessidade de realizar empréstimos para conseguir pagar suas contas e a impossibilidade de adequação de suas residências.

A participação social proporcionada por atividades de lazer, sociais, culturais e espirituais influencia diretamente na saúde e bem-estar dos idosos e é vista com positividade por todos os idosos (OMS, 2008; ILC-BR, 2015). Acreditam que se fosse disponibilizado mais espaços, incluindo as regiões periféricas, poderia beneficiar maior número de pessoas, visto que muitas atividades se concentram no CCI, o que dificulta o acesso dos residentes das periferias. Outro ponto relevante foi o isolamento social dos portadores de deficiências e/ou cadeirantes, bem como de seus cuidadores, devido à dificuldade de acesso aos locais, onde essas atividades são realizadas. Prestadores de serviços e cuidadores enfatizaram a falta de transporte adaptado para esses indivíduos.

A população idosa é um grupo bastante heterogêneo (ILC-BR, 2015), e a opinião sobre respeito e inclusão social seguiu a mesma heterogeneidade. Alguns relataram sofrimento pelo sentimento de desprezo e desvalorização, principalmente por parte dos mais jovens. Mencionaram o desrespeito das pessoas ao sentarem-se nos assentos reservados aos idosos em ônibus e estabelecimentos públicos e dos motoristas por não respeitar a faixa de pedestres e avançar com o veículo, colocando os idosos em risco. A importância de estratégias públicas para sensibilização ao envelhecimento foi enfatizada por prestadores de serviços públicos e cuidadores de idosos. A falta de oportunidade de trabalho remunerado foi relatada por todos os participantes e muitos demonstraram interesse em poder contribuir com a comunidade, mesmo de forma voluntária. Mencionaram a importância do trabalho na contribuição

do envelhecimento ativo e ainda a possibilidade de obtenção de uma renda extra, além da aposentadoria. Apontaram a necessidade de políticas de Recursos Humanos para o engajamento dessa população no mercado de trabalho.

Os idosos demonstraram conhecimento sobre uma variedade de meios para obtenção de informações, entretanto acreditam que as ferramentas tecnológicas poderiam ser melhor adaptadas às limitações próprias do envelhecimento. O aumento da expectativa de vida tem relação com melhorias na saúde pública, o que foi confirmado por todos os participantes. Elogiaram o atendimento nas UBS e centros especializados, mas o atendimento odontológico e serviços de emergências não foram vistos com bons olhos. Mencionaram a necessidade de profissionais especializados no atendimento à pessoa idosa. Os relatos dos idosos corroborou com as opiniões expostas no Fórum Público, que contou com a participação de 95 pessoas entre idosos, cuidadores, prestadores de serviços e demais convidados, que foram estimulados a discutir melhorias para condições de vida do idoso no município, de acordo com os mesmos quesitos abordados nos grupos focais.

Com isso, foram produzidas evidências para a realização de planos de ações para a cidade se tornar cada vez mais amigável aos idosos, sendo identificadas demandas que indicam intervenções do poder público que as respondam. O atual momento trouxe um novo desafio com a pandemia do Covid-19 e o fato do projeto estar em andamento contribuiu com uma maior visibilidade da gravidade da situação para a população idosa e a importância de políticas sociais de apoio e proteção.

Considerações Finais

O projeto em andamento e o estudo aqui descrito de escuta qualificada dos idosos da cidade, como uma linha de base para a produção de políticas públicas, tem se mostrado de extrema importância para o diagnóstico das condições de vida dos idosos e sobre o ambiente físico e urbano em que vivem e contribuem de forma robusta na construção de uma política voltada para as reais necessidades desta população.

Referências do Programa Cidade para todas as Idades Veranópolis

1. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/veranopolis/historico - Acesso em 5 de abril de 2020.
2. Prefeitura Municipal de Veranópolis. Disponível em: http://www.veranopolis.rs.gov.br/cidade/4/dados-de-veranopolis - Acesso em 5 de abril de 2020.
3. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade 1980-2050. Revisão 2008. Rio de Janeiro; 2010.
4. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/veranopolis.html - Acesso em 5 de abril de

5. Relatório completo disponível Prefeitura Municipal de Veranópolis. Disponível em: http://www.veranopolis.rs.gov.br .
6. Referências do Programa Cidade para todas as Idades Jaguariuna
7. Menec, V., Means, R., Keating, N., Parkhurst, G. & Eales, J. (2011). Conceptualizing Age-Friendly Communities. **Canadian Journal on Aging 30** (3): 479– 493..
8. Ellis, G., Hunter, R. F., Hino, A. A. F., Cleland, C. L., Ferguson, S. & Murtagh, B. (2018). Study protocol: healthy urban living and ageing in place (HULAP): an international, mixed methods study examining the associations between physical activity, built and social environments for older adults the UK and Brazil. **BMC Public Health***,* 18:1135, 18:1135.
9. Lehning, A. J., Smith, R. S. & Dunkle, R. E. (2015). Do age-friendly characteristics influence the expectation to age in place? A comparison of low-income and higher income Detroit elders. **Journal of Applied Gerontoligy.** 34(2): 158–180.
10. Plouffe, L. & Kalache, A. (2010). Towards Global Age-Friendly Cities: Determining urban features that promote active aging. **Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine**, Vol. 87, No. 5.
11. Portegijs, E., Keskinen, K. E., Tsai, L.-T., Rantanen, T. & Rantakokko, M. Physical (2017). Limitations, walkability, perceived environmental facilitators and physical activity of older adults in Finland. **International Journal of Environmental Research and Public Health***,* 14, 333, 40.
12. Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. **American Psychologist**, 32: 513-531.
13. Lawton MP, Nahemow L. Ecology and the aging process. In: Eisdorder C, Lawton MP, editors. **Psychology of adult development and aging.** Washington: American Psychological Association; 1973. p. 657-68.
14. Kahana, E. A. (1982). Congruence model of person-environment interaction. In: Lawton MP, Windley PG, Byerts TO, editors. **Aging and the environment: theoretical approaches.** New York: Springer; 1982. p. 97-121.
15. Rowles, G.D., Bernard, M. (2013). **Environmental Gerontology**. Springer Publishing Company, New York.
16. Moos RH, Lemke S. Specialized living environments for older people. In: J Birren JE, Schaie KW, editors.**Handbook of the Psychology of Aging**. New York: Van Nostrand Reinhold; 1985. p. 864-89.
17. Schooler KK. Response of the elderly to environment a stress-theoretical perspective. In: Lawton MP, Windley PG, Byerts TO, editors. **Aging and the environment: theoretical approaches**. New York: Springer; 1982. p.103-24.
18. Lawton, M.P. (1989). Three functions of the residential environment, **Journal of Housing for the Elderly**, vol. 5, no. 1, pp. 35–50. l
19. Levasseur, M.; Dubois, M-F.; Généreux, M.; Menec, V.; Raina, P; Roy, M.; Gabaude, C.; Couturier, Y. & St-Pierre, C. (2017). Capturing how age-friendly communities foster positive health, social participation and health equity: a study protocol of key components and processes that promote population health in aging Canadians. **BMC Public Health**, 17:502.

20. Tiraphat, S.; Peltzer, K.; Thamma-Aphiphol, K. & Suthisukon K. (2017). The role of age-friendly environments on quality of life among Thai older adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health***,* 14, 282
21. Van Holle, V., Van Cauwenberg, J., Van Dyck, D., Deforche, B., Van de Weghe, N & De Bourdeaudhuij, I. (2014). Relationship between neighborhood walkability and older adults' physical activity: results from the Belgian Environmental Physical Activity Study in Seniors (BEPAS Seniors). **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, 11:110.
22. Levasseur, M.; Généreux, M.; Bruneau, J.-F.; Vanasse, A.; Chabot, É.; Beaulac, C. & Bédard, M.M. (2015). Importance of proximity to resources and to recreational facilities, social support, transportation and neighbourhood security for mobility and social participation in older adults: results from a scoping study. **BMC Public Health**. 2015;15(503):1–19.
23. Ronzi, S, Orton, L., Pope, D., Valtorta, D. K. & Bruce, N. G. (2018). What is the impact on health and wellbeing of interventions that foster respect and social inclusion in community residing older adults? A systematic review of quantitative and qualitative studies. **Systematic Reviews** (2018) 7:26. DOI 10.1186/s13643-018-0680-2.
24. Pedersen, E. City dweller responses to multiple stressors intruding into their homes: noise, light, odour, and vibration (2015). **International Journal of Environment Research and Public Health***, 12*, 3246-3263;
25. Mackenbach, J. D., Lakerveld, J., van Lenthe, F.G., Bárdos, H., Glonti, K., Compernolle, S., De Bourdeaudhuij, I., Oppert, J.-M., Roda, C., Rutter, C., Brug, J., & Nijpels, G. (2016). Exploring why residents of socioeconomically deprived neighbourhoods have less favourable perceptions of their neighbourhood environment than residents of wealthy neighbourhoods. **Obesity Reviews**. 17 (Suppl. 1): 42–52.
26. Lehning, A.J.; Smith, R.J. & Dunkle, R.E. (2014). Age-friendly environments and self-rated health: An exploration of Detroit elders. **Research on Aging.** 36: 72–94.
27. Wong, M.; Yu, R. & Woo, J. (2017). Effects of perceived neighbourhood environments on self-rated health among community-dwelling older Chinese**. International Journal of Environmental Research and Public Health***,* 14: 614.
28. Gibney, S., Zhang , M. & Brennan, C. (2019): Age-friendly environments and psychosocial wellbeing: a study of older urban residents in Ireland, **Aging & Mental Health**, DOI: 10.1080/13607863.2019.1652246.
29. Flores, R, Caballer, A. & Alarcón (2019). A. Evaluation of an age-friendly city and its effect on life satisfaction: A two-stage study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. 16, 5073; doi:10.3390/ ijerph16245073.
30. Kemperman, A., van den Berg, P., Weijs-Perrée, M., & Uijtdewillegen, K. (2019) Loneliness of older adults: social network and the living environment. **International Journal of Environmental Research and Public Health** 16, 406; doi :10.3390/ ijerph16030406.
31. Wiles, J.L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J. & Allen, R. E. S (2011). The meaning of "Aging in Place" to older people. **The Gerontologist** Vol. 52, No. 3, 357–366

32. Wiles, J.L., Rolleston, A., Pillai, A., Broad, J., Teh, R., Gott, M., Kerse, N. (2017). Attachment to place in advanced age: A study of the LiLACS NZ cohort, **Social Science & Medicine.** doi: 10.1016/j.socscimed.2017.05.006.

33. van Hees,S., Horstmanc, K., Jansena,M. & Ruwaarda, D. (2017). Photovoicing the neighbourhood: Understanding the situated meaning of intangible places for ageing-in-place. **Health & Place**, 48: 11–19.

34. Schorr, A. V & Khalaila, R. (2018). Aging in place and quality of life among the elderly in Europe: A moderated mediation model. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, 77:196-204

35. World Health Organization /WHO (2002). Active ageing: a policy framework. Génève, Switzerland: World Health Organization; Disponível em: http://www.who.int/ ageing/publications. Acessado em 30 de março de 2016.

36. Wahl, H-.W., Iwarsson, S., Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: Toward an integrative model and research agenda for the future. **The Gerontologist** Vol. 52, No. 3, 306–316.

37. World Health Organization/WHO (2007a). **Global Age-friendly Cities: A Guide. Geneva:** World Health Organization.

38. World Health Organization/WHO (2007b). **WHO Age-friendly Cities Project Methodology: Vancouver Protocol**. Geneva: World Health Organization.

39. World Health Organization / WHO (2010). **WHO Global Network of Age-friendly Cities and Communities**. www.who.int/ageing/projects/ age_ friendly_cities_network/en/. Acesso em 30 de março de 2016.

40. World Health Organization/WHO (2015). **Measuring the Age-Friendliness of Cities: A Guide to Using Core Indicators**, Geneva, Switzerland: World Health Organization Publications.

41. World Health Organization/WHO (s/d). **Application to join the WHO Global Network of Age friendly Cities and Communities**. http://www.who.int/ ageing/application_form/en/. Acesso em 30 de março de 2016.

42. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados/Fundação SEADE; www.seade.gov.br – Informações dos Municípios Paulistas/Jaguariúna, acesso em 30 de julho de 2016.

43. Miot, H.A. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **Jornal Vascular Brasileiro**, 10 (4):275-278.

44. Bertolucci, P.H.F.; Okamoto, I.H.; Brucki, S.M.D.; Siviero, M.D.; Toniolo Neto, J. & Ramos, L.R. (2001). Applicability of the CERAD Neuropsychological Battery to Brazilian Elderly. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 59 (3): 532-536.

45. Brucki, S.M.D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P.H;.F.& Okamoto, I.H. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**. 2003; 61:777-81

46. Neri, A. L., Yassuda, M. S., Araújo, L.F., Eulálio, M. C., Cabral, B. E., Siqueira, E. C, Santos, G. A., & Moura, J. G. A. (2013). Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.29 (4): 778-792.

47. Kaspar, R., Gabrian, M., Brothers, A., Wahl H.W. & Diehl, M. (2019). Measuring Awareness of Age-Related Change: Development of a 10-item short form for use in large-scale surveys. **Gerontologist**, 59 (3): e130-e140.

48. Neri, A.L., Batistoni, S.S. .T. & Yassuda, M.S. Consciência das mudanças associadas ao próprio envelhecimento: validação semanticocultural e indicadores psicométricos da AARC-10 em amostra de idosos brasileiros. Submetido à **Dementia & Neuropsychologia** 2020.

49. Hyde, M., Wiggins, R.D., Higgs, P. & Blane, D.B. (2003). A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). **Aging and Ment al Health**. 7:186-94.

50. Neri, A.L., Borim, F. S. A., Batistoni, S. S. T., Cachioni, M., Rabelao, D. F., Fontes, A. P. & Yassuda, M. S. (2018). Nova validação semântico-cultural e estudo psicométrico da CASP-19 em adultos e idosos brasileiros. ***Cadernos de Saúde Pública***, 2018, vol.34, no.10:e00181417.

51. Barrios, E. & Sanchez, M. (2013). **Euskadi Lagunkoia Cuestinario Amigibilidad**. Documento não publicado, Fundação Matia.

52. Plouffe, L. Kalache, A. & Voelcker, I. (2016). A critical review of the WHO Age-friendly Cities methodology and its implementation. In Thibauld & Garon (Eds) (2016). **Age friendly cities in international comparison: Political lessons, scientific lessons, scientific avenues, and democratic issues**. New York: Springer.

53. Levasseur, M.; Richard, L./ Gauvin, L. & Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. **Social Science and medicine**,71(12):2141–2149.

54. Peel C, Baker PS, Roth DL, Brown CJ, Bodner EV, Allman RM. Assessing mobility in older adults: The UAB Study of Aging Life-Space Assessment. **Physical Therapy**. 2005;85(10):1008-19.

55. Curcio CL, Alvarado BE, Gomez F, Guerra R, Guralnik J, Zunzunegui MV. Life-Space Assessment scale to assess mobility: validation in Latin American older women and men. **Aging Clinical and Experimental Research**. 2013;25(5):553-60.

56. Silveira, C., Parpinelli, M. A., Pacagnella, R. C., Camargo, R. S., Costa M. L., Zanardi, D. M., Ferreira,D. C., Santos, J. P., Hanson, L., Cecatti, J. G. & Andreucci, C. B. (2017). Adaptação transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHO-DAS 2.0) para o Português. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 59 (3): 44-53.

57. Fried, L.P.; Tangen, C.; Walston, J.; Newman, A. B.; Hirsch, C.; Gottdiener, J.; Seeman, T.; Tracy, R.; Kop, J. W.; Burke, G. & McBurnie, M.E. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. **Journal of Gerontology: Medical Sciences, 56A** (3): 146-156.

58. Nunes, D.P.; Duarte, Y.A; Santos, J.L. & Lebrão, M.L. (2015). Screening for frailty in older adults using a self-reported instrument. **Revista de Saúde Pública**. 49:2.

59. Rubenstein, L.Z.; Harke, J.O.; Salva, A.; Guigoz, Y. & Vellas, B. (2001). Screening for undernutrition in geriatric practice: Developing the Short-Form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF). **Journal of Gerontology**, 56A: M366-377

60. Mini Nutritional Assessment MNA® (2001). Nestlé Nutrition Institute. www.mna-elderly.com/forms/MNA_Portuguese. Acesso em 15 de setembro de 2015.

61. Pereira, J. C. R. (1999). **Análise de dados qualitativos. Estratégias metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais**. São Paulo: EdUSP-Fapesp.

62. Scannell, L. & Robert, G. (2010). Defining place attachment: a tripartite organizing framework. **Journal of Environmental Psychology. 30:1–10**.

63. Luz, T.C.; César, C.C.; Lima-Costa, M.F. & Proietti, F.A. (2011). Satisfaction with the neighborhood environment and health in older elderly: cross-sectional evidence from the Bambuí Cohort Study of Aging. **Cadernos de Saúde Pública**, 27, Sup 3: S390- S398.

64. Oswald, F., Wahl, H.W. & Schilling, O. & Iwarsson S. (2007). Housing-related control beliefs and independence in activities of daily living in very old age. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**,14(1):33-43.

65. 59.Wahl, H.W. & Oswald, F. (2010). Environmental perspectives on aging (pp.111-124). In: Dannefer D, Phillipson C, editors**. International Handbook of Social Gerontology**. London: SAGE.

66. Scharf, T.; Phillipson, C.; Kingston, P. & Smith, A.E. (2001). Social exclusion and older people: exploring the connections. **Education and Ageing**, vol. 16 (3): 303–320.

67. Emlet, C.A. & Moceri, J.T. (2012). The importance of social connectedness in building age-friendly communities. **Journal of Aging Research**. Volume 2012, Article ID 173247.

68. Diehl, M. (1999). Self-development in adulthood and aging: The role of critical life events. In C. D. Ryff & V. W. Marshall (Eds.), **The self and society in aging process** (pp.150-183). New York: Springer Publishing Company.

69. Dich, N.; Hansen, Å.M.; Avlund, K.; Lund, R.; Mortensen, E.L.; Bruunsgaard, H. & Rod, N,H.(2015).**Early life adversity potentiates the effects of later life stress on cumulative physiological dysregulation**.

70. Gao, M.; Ahern, J.; Koshland, C.P. (2016). Perceived built environment and health-related quality of life in four types of neighborhoods in Xi'an, China. **Health Place**, 39: 110–115.

71. Leyden, K.M.; Goldberg, A.& Michelbach, P. (2011). Understanding the pursuit of happiness in ten major cities. **Urban Affairs Reviews**. 47: 861–888

72. Sallis, J. F.; Spoon, C.; Cavill, N.; Engelberg, J. K.; Gebel, K.; Parker, M.; Thornton,C. M.; Lou, D.; Wilson, A.L.; Cutter, C. L. & Ding, D. (2015). Co-benefits of designing communities for active living: an exploration of literature. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, 12:30

73. Norstrand, J.A.; Glicksman, A.; Lubben, J.& Kleban, M. (2012). The role of the social environment on physical and mental health of older adults. **J. Hous. Elder**., 26: 290–30.

Referências do Programa Cidade para todas as Idades São José do Rio Preto

1. Alcantara AO, Camarano AM, Giacomin KC. Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. 615 p.
2. BUENO, J L. A expansão física de São José do Rio Preto, 1980-2000. 2002. 213f. Tese (Doutorado em Arquitetura) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
3. FRANCISCO, A M. Contribuição à história da urbanização de São José do Rio Preto-SP. Revista Topos. v. 5, n.1, p. 119 - 142, 2011.
4. Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-BR). Envelhecimento ativo: Um marco político em resposta à revolução da longevidade. 1ª edição – Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2015.
5. Lebrão, M.L., Duarte, Y.A.O. SABE. Saúde, bem-estar e envelhecimento. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. 255p.
6. LIMA-COSTA MF, DE ANDRADE FB, SOUZA PRB, NERI AL, DUARTE YAO, CASTRO-COSTA E, de OLIVEIRA C. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. Am J Epidemiol. 2018.
7. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Guia global: cidade amiga do idoso. Brasília: 2008.
8. Rosa TEC; Keinert TMM; Louvison CP. Envelhecimento & Saúde. Boletim do Instituto de Saúde, Abril de 2009, nº 47.
9. São José do Rio Preto (SP). Decreto Nº 18.073, DE 29 DE JUNHO DE 2018. Institui a Divisão Geográfica da área do Município de São José do Rio Preto em Regiões e dá outras providências, 2018.
10. São José do Rio Preto (SP). Secretaria Municipal de Planejamento Estratégico, Ciência, Tecnologia e Inovação. Conjuntura Econômica de São José do Rio Preto. 34.ed. 2019.
11. SÃO PAULO, Fundação Sistema Estadual de Análise de dados/Fundação SEADE; www.seade.gov.br – Informações do Município São José do Rio Preto, acesso em 30 de julho de 2019. (corrigir data de acesso)
12. SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. A cidade dentro da cidade. Uma edge city em São José do Rio Preto. Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Universidad de Barcelona. Vol. VII, núm. 146(045), 1 de agosto de 2003.
13. WHO – World Health Organization.). Measuring the Age-Friendliness of Cities: A Guide to Using Core Indicators, 2015. (verificar se este modelo foi utilizado)
14. WHO – World Health Organization. Who age-friendly cities Project methodology. Vancouver Protocol, 2007.

Autores

ORGANIZADORES

Áurea Soares Barroso

Pedagoga, Mestre em Gerontologia, Doutora em Serviço Social, Pós-Doutora em Ensino. Tem experiência em pesquisa, docência e gestão pública. Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia(SBGG). Avaliadora de periódicos indexados. Integra Bancas de Monografia, Mestrado e Doutorado em diversas Universidades. - Voluntária na Pastoral da Pessoa Idosa: www.ppi.org.br

Edgard Borsoi Viana

CEO desde 2008 da Brighton e simultaneamente a partir de 2019, diretor e fundador da KTV - Retail as a Service. Conselheiro - Conselho Administrativo do Grupo Soneda e do Conselho Consultivo da Creative Display. Diretor estatutário até 2008 do Unibanco, membro dos Comitês de Ética e de Sustentabilidade do conglomerado e gestor da Usina Termoelétrica Bandeirantes.Diretor executivo do Instituto Unibanco. Principal da A.T. Kearney por 7 anos. CEO em 1997 da Savtech. Executivo nas áreas de Planejamento Estratégico, Produtos e Desenvolvimento de Negócios, da Autolatina e Ford.
Ex-professor de Planejamento Estratégico em um programa desenvolvido em conjunto com a FGV - Fundação Getúlio Vargas, o CEA – Centro de Estudos Automotivos e a Peugeot no curso de Pós-Graduação em Gestão Automotiva para Executivos – 2010.
Membro do IBGC - Instituto Brasileiro de Governança Corporativa há mais de 15 anos, do Harvard Business School Alumni Club desde 1994.Ex-diretor e conselheiro de ONGs, como o Instituto Unibanco e Educacional Labor.
Formação Acadêmica (principais cursos). MBA Executivo PMD - Program for Management Development Harvard Business School - Boston - MA-USA. Pós-graduação: CEAG - Curso de Especialização em Administração para Graduado F.G.V. - Fundação Getúlio Vargas - São Paulo - S.P. Especialização em: Finanças, Recursos Humanos; Marketing; Sistemas e Métodos Quantitativos. Graduação Engenharia de Produção Mecânica - F.E.I. - Faculdade de Engenharia Industrial -SBC- S.P. e-mail: edgard.viana@brighton.adm.br

Inês Aparecida de Andrade Rioto

Professora, colaboradora no Centro Internacional de Longevidade Brasil -ILC- Br, em políticas de habitação para pessoas idosas, pesquisadora em alternativas de moradias para pessoas idosas. Atuou como Coordenadora Geral do Departamento de Atenção ao Idoso da Secretaria Nacional de Promoção do Desenvolvimento Humano (SNPDH) no Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) em Políticas Públicas para envelhecimento na Secretaria de Governo de Santo André-São Paulo. Integrou o Conselho Estadual do Idoso de São Paulo, Presidiu Conselho Municipal da Pessoa Idosa de Santo André. Cursando MBA em gestão Pública com ênfase em Cidades Inteligentes. Aluna especial no curso de mestrado em gerontologia na EACH-USP. Atualização em gerontologia por EE FMUSP. Graduada pela FEFISA com várias pós graduação na área. Responsável pelo site www.morar60mais.com.br e-mail: inesrioto@gmail.com

PREFÁCIO:

Alexandre Kalache
Médico, gerontólogo, presidente do Centro Internacional de Longevidade Brasil, ILC Br e codiretor da Age Friendly Foundation. PhD em epidemiologia pela Universidade de Oxford. Dirigiu o Departamento de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS). Nesse período concebeu e publicou, em 2002, o Marco Político do Envelhecimento Ativo e Cidades Amigas do Idoso em 2005. Integra conselhos de diversas partes do mundo, atua como consultor em diferentes países, além de ser professor em cinco universidades no exterior. www.ilcbrazil.org.br

AUTORES:

Adailton Almeida Mendonça
Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília. E-mail: adailtonmendonca@hotmail.com

Alexandre da Silva
Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (FSP-USP). Professor Adjunto da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ) – Departamento de Saúde Coletiva. Mestre em Reabilitação pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Especialista em Gerontologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Membro dos Grupos Temáticos GT Racismo e Saúde e GT Envelhecimento e Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Membro Focal sobre Iniquidades e Desigualdades Raciais e de Gênero do Centro Internacional de Longevidade (ILC-Brasil). Contato: alexandre.geronto@gmail.com. Orcid id: https://orcid.org/0000-0002-5714-8992.

Amena Alcantara Ferraz
Atuante no SUS há 20 anos. É Bióloga Sanitarista e Doutora em Ciências da Saúde. Atualmente é Coordenadora de Apoio Institucional na Secretaria Municipal de Saúde de Rio Preto, atuando principalmente na articulação das Políticas Intersetoriais, com foco no Idoso, População em Situação de Rua e Violências. É membro nos Conselhos de Direito (Saúde, Idoso, Afro e Mulher) e na Comissão Municipal dos – ODS 2030. Atua também como Docente no curso de Medicina da UNILAGO, na disciplina de Políticas de Saúde. Membro da Associação Paulista de Saúde Pública - APSP, Núcleo São José do Rio Preto.

Ana Paula Lima Orlando
Enfermeira, Especialista em Obstetrícia pela Universidade Bandeirante de São Paulo, Especialista em Gestão de Políticas Públicas pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Sírio Libanês (IEP), Mestranda em Gestão de Políticas Públicas na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Assistente técnica na Área Técnica de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (desde 2019-2020), Assessora no Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (desde 2021).Contato: aplorlando@gmail.com

Andrezza Santos
Graduanda em Gerontologia. Membro do Centro Acadêmico de Gerontologia da EACH|USP.andrezza.santos@usp.br - http://lattes.cnpq.br/3523824935909132.

Anny Caroline Dedicação
Fisioterapeuta, Mestre em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, Tutora da Residência Multiprofissional em Gerontologia do Hospital Israelita Albert Einstein. E-mail: annydedicacao@hotmail.com

Anita Liberalesso Neri
Professora colaboradora no Departamento de Psicologia e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Psicóloga, Mestre em Psicologia na USP em 1972. Doutorou-se na mesma instituição em 1975. Obteve os títulos de Professora Livre Docente (1988), Adjunta (1991) e Titular (1995) na Faculdade de Educação da Unicamp. Colaboradora do Centro Internacional de Longevidade Brasil -ILC Br.

Antônio Caldeira da Silva
Possui graduação em medicina pela FAMERP-Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (1980). Residência Medicina Preventiva e Social UNESP Botucatu. Mestrado no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da FAMERP. Atualmente é professor da União das Faculdades dos Grandes Lagos, coordenador residência da União das Faculdades dos Grandes Lagos e médico III- titular de cargo efetivo do Governo do Estado de São Paulo. Coordena a CIES- Comissão de Integração Ensino Serviço Noroeste Paulista. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Acupuntura, Medicina Tradicional Chinesa, Homeopatia, Gestão da Saúde, Saúde Pública, Medicina do Trabalho e Preceptoria de Residência Médica. Presidente do Conselho Municipal dos Direitos do Idoso no período de 2017 a 2021.

António M. Fonseca
Licenciado em Psicologia e doutorado em Ciências Biomédicas pela Universidade do Porto. Psicólogo membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Professor Associado na Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Coordenador do Mestrado em Gerontologia Social Aplicada na Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais da UCP. Membro integrado do Centro de Investigação em Desenvolvimento Humano (UCP). Consultor da Fundação Calouste Gulbenkian (área do Envelhecimento). Autor de publicações nos domínios do desenvolvimento psicológico e do processo de envelhecimento. Publicou em 2018 a obra Guia de Boas Práticas de Ageing in Place (https://gulbenkian.pt/publication/boas-praticas-de-ageing-in-place-divulgar-para-valorizar/).E-mail: afonseca@porto.ucp.pt

Bárbara Gazolla de Macedo
Fisioterapeuta, doutora em Medicina e Biomedicina (IEP-Santa Casa/MG), mestre em Ciências da Saúde (Ipsemg), especialista em Gerontologia pela SBGG e UFMG. E-mail: barbaragazolla@terra.com.br

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez
Enfermeira. Mestre e doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Professora-doutora da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP) dos cursos de graduação e pós-graduação em Gerontologia. E-mail: biagutierrez@yahoo.com.br

Berenice Werle
Médica Geriatra, Mestrado em Clínica Médica com área de concentração em Geriatria pela PUCRS, especialização em Cuidados Paliativos, vice-presidente da SBGG-RS. Possui graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1997). Atualmente é membro do corpo clínico do Hospital Moinhos de Vento, Diretora Médica no Núcleo de Geriatria e Gerontologia. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Geriatria e em Cuidados Paliativos. Colaboradora do Centro Internacional de Longevidade Brasil -ILC Br.

Caio Brunelli Brasiliense
Psicólogo, internacionalista, especialista em Gerontologia pelo Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia José Ermírio de Moraes/Centro de Formação em Recursos Humanos Dr. Antônio Guilherme de Souza – SES-SP, docente do curso de pós-graduação em Gerontologia do Centro Universitário São Camilo.

Camila Garcel Pancote
Mestre e Doutora em Fármaco e Medicamentos pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo (FCF-USP). Graduada em Farmácia pela Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP). Docente dos Curso de Farmácia e Medicina na União das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO) e Centro Universitário Rio Preto (Unirp). Atuante em pesquisas sobre envelhecimento e saúde do idoso.

Camilla Cristina Taceli
Assistente social da Secretaria Municipal de Assistência Social de Mogi das Cruzes, servidora pública há mais de dez anos, atuou como coordenadora de um Centro de Referência de Assistência Social por oito anos, e a partir de 2018 passou a trabalhar no segmento do Idoso e no Programa Vila Dignidade. É representante do Poder Público no Conselho Municipal do Idoso (Gestão 2019/2021) e do Conselho Municipal de Assistência Social (Gestão 2020/2022).

Cesar Rey Xavier
Graduado em Psicologia, doutor em Filosofia, atua como professor adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual do Centro Oeste (Unicentro) e no programa de pós-graduação em Desenvolvimento Comunitário (mestrado e doutorado) - reyxavier@gmail.com

Concepción García Conde
Coordinadora del programa Hogar y Café -Viviendas Compartidas entre Personas Mayores de la Fundación Pilares para la Autonomía.Licenciada en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid, especialidades Psicología Clínica y Psicología del Trabajo y las Organizaciones. Primer Curso de Doctorado en Neurociencias, por la Universidad Complutense de Madrid, y Experto em Gestión y Administración de Escuelas Infantiles, por la Universidad Camilo José Cela. En la actualidad, es Coordinadora del programa Hogar y Café -Viviendas Compartidas entre Personas Mayores-, en Fundación Pilares para la autonomía personal, que apoya la dignidad a lo largo de la vida mediante la innovación, la generación de conocimiento y la cooperación. e-mail pilares@fundacionpilares.org.

Cristiane de Paula Felipe
Formada em Psicologia, com Especialização em Neuropsicologia e Gerontologia pelo UNIFESF. Ingressou na Liga Solidaria, há 9 anos, para implantação do Geros Center (Centro -Dia, Centro de atividades e Fisioterapia) e o conceito do Envelhecimento Ativo – OMS, com Foco no Bem – Estar Social do idoso Fragilizado e seus familiares.

Diego Felix Miguel
Mestre em Filosofia (USP), especialista em Gerência de Saúde para Pessoas Maiores (Opas), especialista em Linguagens da Arte (USP), especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Gerente Institucional do Convita – serviço para idosos imigrantes italianos. Padrinho da Eternamente Sou - primeira organização social voltada para atendimento das Velhices LGBT.

Dom José Antônio Peruzzo
Mestre em Ciências Bíblicas pelo Pontifício Instituto Bíblico e Doutor em Teologia Bíblica pela Pontifícia Universidade Santo Tomás de Aquino, ambas em Roma. Atual Arcebispo da Arquidiocese de Curitiba. Bispo referencial da Catequese no Regional Sul 2 do Paraná. Presidente da Comissão Episcopal da Pastoral para Animação Bíblico-Catequética da CNBB. Bispo referencial da Pastoral da Pessoa Idosa da CNBB e Presidente da Pastoral da Pessoa Idosa. Contato: http://arquidiocesedecuritiba.org.br/

Egidio Lima Dórea
Graduação em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Residência e doutorado em Nefrologia pela Universidade de São Paulo. Professor de Medicina da Universidade São Caetano do Sul e Universidade Cidade de São Paulo. Diretor da Aging2.0 Chapter Brazil. Coordenador da Universidade Aberta à Terceira Idade da USP (USP 60+). Coordenador do programa USP Rumo ao Envelhecimento Ativo. Membro da comissão de Direitos Humanos da USP. Conselheiro do Centro Internacional de Longevidade Brasil ILC Br

Elisa Monteiro
Administradora de empresas, com especialização em Geriatria e Gerontologia pela ERJ, duas décadas de trabalho no setor privado, na gestão de recursos humanos, de processos administrativos e de produção, dessa maneira aplica esse conhecimento hoje na área do envelhecimento. Trabalhou em Indústria e foi responsável pelo redesenho dos processos de produção, gestão administrativa e financeira. Posteriormente, na Petrobras atuou como responsável por projetos de remapeamento de processos, administração de recursos humanos, apuração e divulgação dos indicadores de gestão, organização e condução de reuniões de avaliação e controle; adequação da força de trabalho, gestão do desempenho, planejamento de custo de pessoal e frequência, entre outros. Diretora administrativa do Centro Internacional de Longevidade Brasil, ILC Br ; www.ilcbrazil.org.br

Emilio Hideyuki Moriguchi
Médico (1982) Geriatra (1984), PhD em Medicina, Área de Concentração em Geriatria, pela Universidade de Tokai, Japão (1986 – 1991), Pós-doutorado em Metabolismo de Lipoproteínas e Doenças Ateroscleróticas pela Wake Forest University School of Medicine, EUA (1991 – 1994), Fellow in Geriatrics Medicine & Gerontology pela Wake Forest University School of Medicine, EUA (1994). Professor do Departamento de Medicina Interna da faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), do Programa de Pós-graduação em Medicina: Cardiologia e Ciências cardiovasculares da UFRGS e do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Chefe do Serviço de Medicina Interna do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Coordenador Geral do Projeto Veranópolis de Longevidade e Qualidade de vida, no RS. Colaborador do Centro Internacional de Longevidade Brasil -ILC Br

Fabio Ricardo Ledesma
Graduado em Psicologia, mestre e doutorando em Desenvolvimento Comunitário, atua como psicólogo na ILPI Santa Rita -fabio.rled@gmail.com

Flavia Ranieri
Natural de Belo Horizonte, formou-se em Arquitetura e Urbanismo pela UFMG, pós-graduação em Conforto Ambiental e Conservação de Energia pela USP, especialização em Empreendedorismo e Novos Negócios pelo programa da Goldman Sachs e FGV, além de pós-graduada em Gerontologia pelo Albert Einstein, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira.

Francisco Fabrício Firmino de Oliveira
Psicólogo – CRP 13/6490; Terapeuta exclusivo de Idosos; Gerontologista; Presidente da Rede Social de Direitos Humanos para um Envelhecimento Ativo e Saudável – RSDHEAS no Brasil; Professor de Pós de Graduação; Mestrando em Gerontologia; Pesquisador de área do Envelhecimento; Congressista; Palestrante; Colaborador da Revista ENVELHECER – Portugal; Facilitador de Cursos de Psico Estimulação; Voluntário no Condomínio Programa Cidade Madura.

Gilberto Camilo da Silva
Formado em Administração de Empresas pela UNG. Carreira desenvolvida na área de hospedagem para o público idoso, com experiência acumulada de 30 anos na Liga Solidaria (Flat Plaza 50 e Lar Sant´Ana Pinheiros) Responsável pelas áreas de hotelaria (segurança, manutenção, limpeza, lavanderia, recepção), relacionamento com cliente, saúde (Enfermagem, cuidados e farmácia) e administrativa.

Giovanni Vendramini Alves
Graduado em Psicologia pela Universidade Paulista (2013). Especialização em Psicologia Hospitalar Aplicada à Oncologia pela Universidade Estadual de Campinas (2015). Mestre (2016) e Doutorando em Gerontologia na Universidade Estadual de Campinas. Atualmente é docente e coordenador do curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera de Indaiatuba. Desenvolve voluntariamente o cargo de diretor científico da Associação Brasileira de Alzheimer - Sub-regional Indaiatuba. Realiza atendimento clínico em consultório e em domicílio a idosos e familiares de idosos dependentes de cuidado.

Gisela Gonçalves de Figueiredo
Fisioterapeuta, diretora do Hotel Pousada Recanto do Idoso, diretora administrativa da Associação Niteroiense das Instituições de Longa Permanência para Idosos (Anilpi). E-mail: hotelpousadarecantodoidoso@gmail.com

Gladys González Álvarez
Encargada Nacional de la Unidad de Servicios Sociales de Integración Comunitaria del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Asistente Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Licenciada en Trabajo Social Universidad de Los Lagos, Master en Gerontología Social de la Universidad Autónoma de Madrid, Experta iversitaria em Gerontología Social Universidad de Granada, Diplomada en Administración y Gestión de Servicios Sociales para Personas Mayores y Diplomada en Prevención y Abordaje del maltrato hacia las Personas Mayores, ambos de la Pontificia Universidad Católica de Chile. También, cursó Diploma de Postítulo Introducción al Derecho Internacional de los Derechos Humanos de la Universidad de Chile y participó en Curso de Formación Superior en Dirección y Gestión de Servicios Sociales. OISS, España. Ha desarrollado actividades de docencia como Profesora invitada por Academia Judicial en el tema: "Maltrato hacia las personas mayores" (2010); Profesora de Magister Educación Motriz y Salud en el Adulto Mayor. UMCE (2011); Docente en Diplomado de Gerontología Comunitaria. Universidad de Santiago (2010- 2021). En el año 2000 y 2005 participa en Pasantía a Japón por tres meses cada uno para los cursos: "Seminar on Aging Society and Welfare Policy", Kitakyushu Special School for Social Work and Voluntarism. Y "Políticas de Bienestar Social en Japón". Organizado por la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA). En cuanto a publicaciones: en el año 2001 participa como colaboradora del equipo de elaboración del "Manual de Trabajo con Adultos Mayores", publicación del Comité Nacional para el Adulto Mayor y el PNUD. Co-

autora de Publicación "Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur. Sistema Regional de Información y Aprendizaje para el Diseño de Políticas Públicas en torno al Envejecimiento" (2015). A la fecha ha elaborado iferentes documentos de trabajo de los Programas del Servicio Nacional del Adulto Mayor. En los últimos años ha participado en cursos y pasantías de la cooperación internacional en: Argentina,Brasilia, Perú, Bolivia y Tailandia. Su experiencia laboral en temas de personas mayores se inicia en el año 1992, donde se desempeña como coordinadora del programa del Adulto Mayor de la Municipalidad de La Florida. El año 2003 ingresa al Servicio Nacional del Adulto Mayor y se desempeña como parte del equipo coordinador del Programa de Intervenciones Innovadoras para el Adulto Mayor con financiamiento del BID. Desde mayo de 2006 a mayo de 2014 se desempeña como Encargada de la Unidad territorial del Servicio y desde esa fecha como Encargada de Servicios Sociales de Integración Comunitaria del Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Henrique Salmazo da Silva
Gerontólogo. Bacharel em Gerontologia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP), mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública e doutor em Neurociências e Cognição pela Universidade Federal do ABC (UFABC). Professor-doutor do Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília. E-mail: henriquesalmazo@yahoo.com.br

Hugo Filipe Varela Correia Tavares
Chefe na Divisão Municipal de Desenvolvimento Social no Departamento Municipal de Coesão Social da Câmara do Porto - Portugal

Igor Santos Valvassori
Mestre em Geografia Humana pela Universidade de São Paulo (USP). Pesquisador de temas ligados à população afro-brasileira no contexto da dinâmica das cidades. Graduado em Geografia (2009) pela USP. Contato: igorsantos@usp.br.

Ina Vöelcker
Gerontóloga pela Universidade de Vechta na Alemanha (2008), estágio na Organização Mundial de Saúde em 2007 e intercambio universitário na UFPB em 2008; Mestrado em Política Pública e Envelhecimento pelo King's College London (2009/10); Global Ageing Officer na HelpAge International em Londres 2012; de 2013 até 2019 Diretora Técnica do Centro Internacional de Longevidade Brasil onde iniciou o projeto Cidade Amiga do Idoso em Veranópolis e Jaguariúna e atuava em projetos e políticas internacionais voltadas para pessoas idosas junto a Aliança Global de ILCs; desde abril 2019 trabalha na BAGSO, Associação Alemã das Organizações de Pessoas Idosas.

Irmã Terezinha Tortelli F.C
Enfermeira pela PUC-Paraná, Pós-Graduada em Planejamento Familiar pela Universidade do Chile e em Gerontologia pela PUC- Paraná, ex-Coordenadora da Pastoral da Pessoa Idosa, Integra Equipe da PPI/Nacional. E-mail: tortelli@pastoraldapessoaidosa.org.br

João Umberto Nassif
Jornalista, MTB 14189, voluntário no Lar dos Velhinhos de Piracicaba, integrante da atual diretoria.

José Miguel Morales Rojas
Jefe de la División de Coordinación Territorial del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) Psicólogo y Licenciado en Letras y Literatura de la Universidad del Desarrollo, Máster en Envejecimiento y Calidad de Vida de la Universidad de Chile y Doctor © en Investigación Gerontológica de la Universidad Maimonides de Buenos Aires. Es docente Universitario de la cátedra de Gerontología y Políticas Públicas para Personas Mayores de la Universidad del Desarrollo, y autor de los estudios: El apoyo social de personas mayores en Chile: la importancia de los clubes de adulto mayor; y El Bienestar Espiritual y el Afrontamiento de la muerte en Personas Mayores.Fue Subdirector de la Dirección de Desarrollo Comunitario de la Municipalidad de Puente Alto, dirigiendo los Programas Sociales para Adultos Mayores, Mujeres, Personas con Discapacidad y Personas en Situación de Vulnerabilidad de la Comuna. Actualmente es el Jefe de la División de Coordinación Territorial, del Servicio Nacional del Adulto Mayor de Chile (SENAMA).

Karla C. Giacomin
Médica Geriatra, Doutora em Ciências da Saúde pela FIOCRUZ, Coordenadora da Área Técnica de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, docente na PUC-MG e na UFMG, líder fundadora da Frente Nacional em Defesa das ILPI no combate a pandemia COVID-19. Contato: kcgiacomin@gmail.com

Juliana Marinski
Graduada em Letras/Português, especialista em ensino da Língua Portuguesa, atua como secretária administrativa na ILPI Santa Rita desde 2003 - jumarinski@bol.com.br

Lilian de Fátima Costa Faria,
Médica Geriatra, Especialista em Cuidados Paliativos e Mestre em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Assistente técnica na Área Técnica de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (desde 2018). Contato: lilfaria@hotmail.com

Lilian Vivian Netson
Graduação em Farmácia (1998 – 2003)- Especialização em Análises Clínicas (2003 – 2006)- Mestrado em Ciências Biológicas (Bioquímica) (2003 – 2005) - Doutorado em Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares (2009 – 2012) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Brasil. Pesquisadora e colaboradora do Instituto Moriguchi: Centro de Estudos do Envelhecimento (2020 - atual) Presidente do Conselho Municipal do Idoso de Veranópolis/RS (2019 - atual) – l.viviannetson@gmail.com

Lycia Tramujas Vasconcellos Neumann
Doutorado em Saúde Pública, com ênfase em saúde comportamental e comunitária, pela University of Pittsburgh, nos Estados Unidos e mestrado em Administração Pública e do Terceiro Setor pela Dalhousie University, no Canadá. Como parte do doutorado, participou ainda de dois programas de pós-graduação: Políticas Públicas e Sociais para a América Latina, e Avaliação de Programas de Promoção de Saúde Pública e Educação em Saúde. Iniciou sua carreira na Fundação de Ação Social (FAS), da Prefeitura de Curitiba, e em mais vinte anos de atuação profissional tornou-se especialista em planejamento, gestão e avaliação de políticas e programas sociais e desenvolvimento comunitário. Em 2013 foi uma das duas participantes brasileiras selecionadas para o IPDET, no Canadá, Programa Internacional em Avaliação de Desenvolvimento, realizado pelo Banco Mundial e a Carleton University. Atualmente trabalha como pesquisadora em saúde na Gateway Health, organização que atua em parceria com governos no atendimento à população de baixa renda, idosos e pessoas com deficiência. Suas áreas de interesse incluem políticas e programas sociais e de saúde, determinantes sociais de saúde, saúde comunitária, e envelhecimento populacional. lycianeumann@gmail.com

Maria Cândida Pereira Azem
Presidente Associação Gerontogeriátrica de São José do Rio Preto AGERIP

Maria do Carmo Correia de Lima
Fisioterapeuta, especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, doutoranda em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp

Maria Luisa Trindade Bestetti
Arquiteta formada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1982), com mestrado (2002) e doutorado (2006) em Arquitetura e Urbanismo pela Universidade de São Paulo. Complementou a formação cursando MBA em Gestão de Projetos pela FGV (2008). Pós-doutorado pela Faculdade de Arquitectura da Universidade de Lisboa (2020), membro colaborador do CIAUD - Centro de Investigação em Arquitetura, Urbanismo e Design. Professora no curso de Bacharelado em Gerontologia e no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia - PPGer, da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo e autora no blog Ser Modular, pelo site, Facebook, Instagram e LinkedIn.

Marianna Barbosa Yamaguchi
Gerontóloga e psicóloga e gestora da Casa Ondina Lobo, mestranda no Programa de Mestrado Profissional em Formação Interdisciplinar em Saúde. Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem, Faculdade de Saúde Pública e Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Marilia Anselmo Viana da Silva Berzins
Assistente Social, Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, ex-coordenadora da Área Técnica de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, atual Presidente da ONG OLHE (Observatório da Longevidade Humana). Responsável pela implantação do Programa Acompanhante de Idosos no município de São Paulo. Contato: mariliaberzins@gmail.com

Marília Cristina Prado Louvison
Médica Sanitarista, Professora Doutora da Faculdade de Saúde Pública da USP, Conselheira da ABRASCO e da Associação Paulista de Saúde Pública. Médica Sanitarista com residência em Medicina Preventiva e Social pela Escola Paulista de Medicina, Mestre e Doutora pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Pesquisadora e Professora no campo da Saúde Coletiva, com ênfase em Política, Planejamento e Gestão nas linhas de pesquisa de regulação e sistemas de saúde envelhecimento e políticas públicas. Conselheira do Centro Internacional de Longevidade Brasil ILC Br.

Marisa Accioly
Assistente Social .Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Professora doutora do curso Gerontologia, bacharelado e pós-graduação da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo - EACH|USP

Marta Filipa Gomes Pinto da Costa
Técnica Superior na Divisão Municipal de Desenvolvimento Social no Departamento Municipal de Coesão Social da Câmara do Porto - Portugal

Michelle Bertóglio Clos
Assistente social, mestre em Educação (UFRGS), doutora em Gerontologia Biomédica (PUCRS), coordenadora do curso de Serviço Social - UNILASALLE. Diretora técnica da Senescentis - Longevidade e Qualidade de Vida. E-mail: michelleclos@gmail.com

Milton Roberto Furst Crenitte
Médico geriatra, graduação e residência pela USP, doutorado em Ciências pela Faculdade de Medicina da USP (em andamento), professor do curso de Medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, voluntário da ONG Eternamente Sou.

Monica Rodrigues Perracini
Fisioterapeuta, especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, professora-colaboradora do Programa de Mestrado e Doutorado em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e professora do Programa de Mestrado e Doutorado em Fisioterapia da Universidade Cidade de São Paulo – Unicid, colaboradora Centro Internacional de Longevidade Brasil- ILC-Br.

Mônica Zender Etchenique
Formada em Direito pela PUC.Entrou na Liga Solidaria há 32 anos como voluntária no artesanato e na Loja da Liga, atividade esta que revertia os valores arrecadados para as atividades sociais. Também atua como voluntária na confecção de roupas para as crianças dos abrigos. Foi convidada para atuar e apoiar nas creches, posteriormente efetivou-se como membro do Conselho e desde 2018 desenvolve suas atividades como Vice-Presidente da organização.

Nadir Aparecida Menezes
Assistente social e mestre em Gerontologia pelo programa de Mestrado da EACH USP

Natalia Sperli Geraldes Marin dos Santos Sasaki
Enfermeira, doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), docente do curso de medicina e coordenadora do curso de enfermagem da União das Faculdades dos Grandes Lagos (Unilago), docente do programa de mestrado em enfermagem da FAMERP. Pesquisadora Sênior do Projeto São José do Rio Preto: Cidade para todas as idades.

Neide Maria Bruscato
Possui graduação em Nutrição pela Faculdade de Nutrição e Fonoaudiologia do Instituto Metodista de Educação IPA-IMEC (1992). Mestrado em Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde, área de concentração em geriatria pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul-PUCRS (2006). Doutorado em Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS (2016). Coordenadora Operacional do Projeto Veranópolis: Estudo em Envelhecimento Longevidade e Qualidade de vida. Colaboradora do Centro Internacional de Longevidade Brasil -ILC Br.

Octavio Vergara Andueza
Abogado de la Pontificia Universidad Católica de Chile y magíster en Administración Pública & Management del University College of London. Además, es diplomado en Gerontología Social y en Prevención y Abordaje al Maltrato en Adultos Mayores. También destaca dentro de su formación académica especialización en temas de liderazgo estratégico, métodos de evaluación de impacto de programas sociales, estatuto administrativo, entre otros. Durante

su carrera ha estado ligado al trabajo con personas mayores, tanto en el ámbito público como privado. Bajo el primer mandato del Presidente Sebastián Piñera se desempeñó como jefe de Gabinete del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), entre los años 2013 y 2014, en los cuales se desarrollaron diversas políticas públicas que permitieran mejorar la calidad de vida de este grupo de la población.Antes de asumir como Director Nacional de SENAMA fue director ejecutivo de la Fundación Oportunidad Mayor, cuyo objetivo es articular y ejecutar iniciativas que promuevan el envejecimiento activo y el cuidado integral de las personas mayores de Chile.

Pilar Rodríguez Rodríguez
Presidenta de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal.Licenciada en Filosofía y Ciencias de la Educación por la Universidad Complutense de Madrid, fue miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) y coordinadora de los grupos de trabajo de Residencias y Ayuda a Domicilio. También fue Vicepresidenta de Gerontología de la SEGG; Directora General de Atención a Personas Mayores, Personas con Discapacidad y Dependencia del Principado de Asturias; Consejera de Bienestar Social y Directora General del IMSERSO. En la actualidad, es Presidenta de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal donde realiza investigación, publicaciones y aplicaciones en diferentes contextos del Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (MAICP).e-mail prodriguez@fundacionpilares.org.

Rachel Vainzoff Katz
Fisioterapeuta, Especialista em Gerontologia pela SBGG, Pós graduada em Reabilitação Geronto – Geriátrica – FMABC e Fisioterapia Neurológica - FMU, Especialista em Gestão do Terceiro Setor - GESC, Coordenadora da Área do Serviço Social da Unibes (OSC).
E-mail: rachelvkatz@gmail.com

Rodrigo Caetano Arantes
Pós-doutor (Universidad de La Habana e Cedeplar/UFMG), doutor em Demografia (Cedeplar/UFMG), mestre em Gerontologia (PUC-SP), especialista em Gerontologia (SBGG), graduado em Fisioterapia (Unifenas), consultor em envelhecimento. E-mail: rodrigoarantes1@hotmail.com

Rodrigo Cardoso Bonicenha
Geógrafo, mestre e doutor em Planejamento e Gestão do Território. Tese de doutorado sobre a intersecção entre moradia, promoção da saúde e envelhecimento na cidade de São Paulo, a Vila dos Idosos como caso estudado.

Rosalu Ferraz Fladt Queiroz
Formada em Administração de Empresas pela FAAP, com especialização em Hotelaria. Entrou na Liga Solidária há 20 anos como voluntária e posteriormente conselheira do residencial para terceira idade Lar Sant'Ana, unidade mantenedora da Liga. Vice-presidente da organização desde 2012, assumiu a presidência no triênio 2018 - 2021. Profissionalmente, foi presidente do Núcleo Feminino de Agronegócios, grupo de mulheres pecuaristas que se reúnem para troca de experiências.

Rosa Maria Bruno Marcucci
Enfermeira, especialista em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Especialista em Docência em Saúde e em Políticas Públicas de Atenção à Pessoa Idosa pela FIOCRUZ, mestranda em Gerontologia pela EACH-

USP, Assistente Técnico e Coordenadora da Área Técnica de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (desde 2017), docente no Curso de Graduação em Enfermagem na Faculdade Capital Federal (FECAF). Contato: marcuccirosa@hotmail.com

Rosamaria Rodrigues Garcia
Fisioterapeuta, especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, mestre e doutora em Saúde Pública pela FSP/USP, docente da Universidade Municipal de São Caetano do Sul e do Centro Universitário São Camilo, diretora-técnica de Saúde da Gerência Especializada em Gerontologia do IPGG.

Rosa Yuka Sato Chubaci
Graduação em Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem pela Universidade de Mogi da Cruzes (1988), mestrado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (1999) e doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (2004). Atualmente é professora doutora da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP, ex-coord. curso de bacharelado em gerontologia da Universidade de São Paulo, professora doutora da Universidade de São Paulo e orientadora de mestrado da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em GERONTOLOGIA, atuando principalmente nos seguintes temas: fenomenologia social; saúde do idoso; promoção de saúde e prevenção no envelhecimento; imigrante japonês e seus descendentes.

Ruth Caldeira de Melo
Fisioterapeuta, Doutora em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos, Docente do curso de Gerontologia e Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP (EACH-USP).Contato: ruth.melo@usp.br

Sabrina Almeida da Silva
Bacharel e mestre em Gerontologia pela Faculdade de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

Sérgio Márcio Pacheco Paschoal
Médico Geriatra, Doutor em Medicina pela USP, ex-coordenador da Área Técnica de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Responsável pela implantação do Programa Acompanhante de Idosos no município de São Paulo. Contato: spaschoal@gmail.com

Susana Maria da Silva Ferreira Matias dos Santos
Técnica Superior na Divisão Municipal de Desenvolvimento Social no Departamento Municipal de Coesão Social da Câmara do Porto - Portugal

Taiguara Bertelli Costa
Graduado em Educação Física pela Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas (2004) (FEF/UNICAMP), Mestre e Doutor em Gerontologia pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM/UNICAMP). Atua como Professor Titular no Centro Universitário de Jaguariúna (UniFAJ) e como Gestor Acadêmico da graduação em Educação Física do Centro Universitário de Jaguariúna (UniFAJ) e do Centro Universitário Max Planck (UniMAX), Indaiatuba/SP. Possui experiência como docente e como gestor acadêmico no ensino superior, além de atuar como pesquisador em investigações de base populacional e estudos de intervenção referentes a velhice.

Talbian Raony Przybycz
Enfermeiro - Bacharel em Enfermagem pela Universidade do Vale do Iguaçu, Uniguaçu, União da Vitória-PR. Enfermeiro da ILPI Lar dos Velhinhos de Rio Azul desde 2010 e Coordenador desde 2012. Professor de Teatro da UATI - Universidade Aberta a Terceira Idade, Universidade Estadual do Centro Sul, Unicentro, Irati-PR, 2014 e 2015.

Tatiane Cristina Ferreira
Psicóloga- Bacharel em Psicologia pela Universidade do Contestado-UNC, Porto União-SC. Psicóloga Clínica desde 2009, Professora do Curso Técnico em Cuidador de Idosos - Centro de Educação Profissional Anísio Pedrussi -CEAP, Curitiba-PR em 2015 a 2017, Coordenadora do Projeto Social de contraturno escolar pela Associação Batista de ação Social de Curitiba. Pós Graduação em Logoterapia, em andamento.

Waldemar de Carli
Prefeito de Veranópolis gestão 2021–2024. Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1976). Residência em Medicina Interna no Hospital de Clinicas de Porto Alegre. Especialização em Cardiologia no Instituto Nacional de Cardiologia do México. Mestrado em Cardiologia pela Universidade Nacional Auonoma do Mexico (1981). Sócio colaborador da Associação Veranense de Assistência em Saúde -AVAES. Médico cardiologista do Hospital Comunitário São Peregrino Lazziozi. Coordenador clinico do Projeto Veranópolis Estudos em Envelhecimento Longevidade e Qualidade de Vida.

Walquíria Cristina Batista Alves
Mestre em Ensino em Saúde (Cesupa), especialista em Gerontologia (SBGG). Coordenadora da Especialização em Envelhecimento e Saúde do Idoso (Cesupa), licenciatura plena em Educação Física (UEPA), professora efetiva da Secretaria de Estado de Educação do Pará. E-mail: walquiriacris2012@gmail.com

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte
Enfermeira. Livre-docente pela Escola de Enfermagem da USP. Pós-doutoranda em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da USP e Sealy Center on Aging da University of Texas Brunch. Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Professora-associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) Coordenadora do Estudo Saúde Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) Coordenadora do Núcleo de Apoio à Pesquisa do Estudo Saúde Bem-Estar e Envelhecimento (NAPSABE)yedausp@gmail.com - http://lattes.cnpq.br/4648711010185688