

• **CLAUDIA CRISTINA MUSSOLINI**

**ENVELHECIMENTO E AUTO-EFICÁCIA :
DISPOSITIVOS ASSISTIVOS DESENVOLVIDOS E
ADAPTADOS PELOS IDOSOS**

Mestrado em Gerontologia

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

SÃO PAULO

2007

- **CLAUDIA CRISTINA MUSSOLINI**

**ENVELHECIMENTO E AUTO-EFICÁCIA:
DISPOSITIVOS ASSISTIVOS DESENVOLVIDOS E
ADAPTADOS PELOS IDOSOS**

Trabalho apresentado no Programa de Estudos de Pós-Graduação em Gerontologia para exame de Defesa de Dissertação, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia, sob orientação da Profª Drª Ursula M. S. Karsch.

PUC - SÃO PAULO

2007

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

Aos idosos entrevistados que cederam o seu tempo, abriram a sua casa e compartilharam comigo a sua história de vida.

À minha orientadora Ursula Karsch que com sua paciência e bondade soube me guiar e me incentivar a realizar este projeto tão sonhado.

Ao meu pai que sempre acreditou no poder da sabedoria e viabilizou de todas as formas o meu querer.

À minha mãe que com seu exemplo de força e determinação me tornou o que eu sou.

Ao meu marido, meu amor, que esteve incondicionalmente ao meu lado.

Às amigas Neuma e Lúcia que, junto comigo, enfrentaram as dificuldades e incertezas do mestrado tornando o percurso mais brando.

A todos aqueles que, de alguma forma, não me deixaram desistir, o meu muito obrigado.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha avó Irene
que sempre cuidou e olhou por mim e, ao envelhecer,
me mostrou que é possível ser feliz e manter a doçura
até o fim.

Vó, para você, a minha eterna admiração.

RESUMO

Dispositivos assistivos são utilizados por idosos para auxiliá-los nas atividades de vida diária, no trabalho e na integração com a comunidade, tendo como objetivo principal a melhora da capacidade funcional.

Em nossa experiência de campo, chamou a nossa atenção, o fato de alguns idosos utilizarem dispositivos assistivos idealizados e construídos por eles mesmos.

Para entender este comportamento, nosso estudo utilizou-se da abordagem qualitativa, através de entrevistas semi-estruturadas com cinco idosos moradores da Cidade de São Paulo.

Como resultado, percebemos que através de um ambiente físico e social facilitador houve a possibilidade da expressão da auto-eficácia (BANDURA, 1977;1991;1993) contribuindo para que estes idosos – mesmo com algumas limitações funcionais - fossem capazes de pensar, construir e usar com eficiência o dispositivo que lhe faltava.

Além disso, o dispositivo assistivo construído serve de constante *feedback* para a auto-estima dos idosos, pois traz em si marcas da sua identidade e da sua história de vida.

A presença da auto-eficácia na personalidade dos idosos serve como um recurso interno para minimizar os efeitos das incapacidades funcionais que podem afetar o bem-estar e a qualidade de vida no envelhecimento. Cabe, portanto, aos programas com caráter gerontológico estimular o potencial vivencial e criativo deste segmento garantindo a sua integração e atuação social.

Palavras-chave: idoso, envelhecimento ativo, auto-eficácia e dispositivos assistivos.

ABSTRACT

Assistive devices are used by elderly people to help them in their daily tasks, at work and in their integration with the community. Such devices contribute to the improvement of the elderly's functional capacity.

During our field research, our attention was drawn to the fact that some of the elderly people devised and made their own assistive devices. In order to understand such behavior, our study employed a quantitative approach through semi-structured interviews with five elderly people, residents of the city of São Paulo, Brazil.

Results showed that through a facilitating physical and social environment, defined types of self-efficacy expression were enabled (BANDURA, 1977;1991;1993), thus allowing those elderly people to efficiently devise, make and use – albeit with some functional limitations – the device that they needed.

Furthermore, the assistive device built by the elderly serves as a continuous feedback for their self-esteem, since it bears the marks of their identity and life history traits.

The presence of self-efficacy in the elderly's personality is an inner resource capable of minimizing the effects of functional incapacities, which may, in turn, affect their well-being and quality of life during their ageing process. Therefore, geriatric assistance programs should support and encourage the creative and productive potential of older individuals as a means to ensure their social integration and participation.

Key words: elderly person, active ageing, self-efficacy and assistive devices.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	01
JUSTIFICATIVA.....	05
CAPÍTULO I - Instrumentos com histórias para contar	13
CAPÍTULO II - Tecnologia assistiva e suas caracterizações	18
CAPÍTULO III - Políticas públicas e o terceiro setor.....	26
CAPÍTULO IV - A construção e a personalização dos dispositivos assistivos.....	31
CAPÍTULO V – Envelhecimento e auto-eficácia	35
OBJETIVOS.....	43
METODOLOGIA	44
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	71

APRESENTAÇÃO

Idosos que necessitam de dispositivos assistivos¹ despertaram o meu interesse, quando exercia o cargo de Fisioterapeuta Supervisora em um programa de Atendimento Domiciliar. Observava, durante as visitas, que, indivíduos de diferentes classes sociais e seus familiares utilizavam materiais alternativos e objetos da casa para desenvolver adaptações que auxiliassem na sua mobilidade e locomoção.

Os materiais mais utilizados para esse fim eram: cabo de vassoura, cordas, rodízios de geladeira, borracha, entre outros. Os motivos geralmente relatados para a construção destes dispositivos eram o alto custo, a sua má aparência ou a dificuldade de acesso aos cômodos da casa.

Os dispositivos assistivos padrão, ou seja, adquiridos no comércio, não eram bem aceitos por alguns idosos. Isso pôde ser observado através dos seguintes relatos: “eu deixei de usar o andador, porque ele não passa pelo vão das portas...”, “esta cadeira de rodas me faz parecer um deficiente...”, “este trambolho (andador) é muito pesado, eu não consigo levantá-lo do chão...”. Outras pessoas, percebendo a real necessidade de um “amparo”, mas não aceitando o dispositivo recomendado, adaptavam-se com objetos domésticos.

Houve um caso de uma senhora que ganhou da sobrinha um andador de alumínio para auxiliar na deambulação pela casa, porque, devido aos seus 92 anos, apresentava fraqueza nas pernas. Quando fui visitá-la presenciei a seguinte situação: após treinamento com a fisioterapeuta e “aceitando passivamente” todas as instruções, a senhora, uma vez a profissional tendo ido embora, andava pela casa segurando uma vassoura em cada mão e utilizando o andador como cabide de roupas.

¹ Entende-se por dispositivo assistivo todo instrumento ou produto que auxilia o indivíduo nas atividades de vida diária, no trabalho e na integração com a comunidade, tendo como objetivo principal uma vida independente, conforme O'Day e Corcoram, 1994.

Um outro exemplo interessante foi de uma senhora, muito vaidosa, que usava a cadeira da mesa de jantar como andador. Ela dizia: “Sabe Claudia, eu empurro esta cadeira, pois, se aparecer alguém de repente eu posso me sentar e fingir que a cadeira já estava aqui”.

À medida que fui acompanhando os casos, passou a me intrigar o fato dos idosos construírem os dispositivos assistivos ou adaptá-los com materiais não convencionais. Acreditava, até então, que eles seriam sempre inapropriados para o uso, por não possuírem normas e medidas padrões.

Esta visão mudou ao realizar uma coleta de fotos para o NEPE (Núcleo de Estudo e Pesquisa sobre Envelhecimento). Na ocasião, percebi que estes instrumentos eram utilizados de forma correta e auxiliavam na independência do idoso. Portanto, cumpriam a sua função primordial.

Percebi, também, que estes dispositivos traziam consigo significados de criatividade, de iniciativa, do fazer com as próprias mãos, respeitando e acompanhando o perfil do idoso e da casa.

Ao construírem e adaptarem os seus dispositivos, os idosos mostram-se preocupados com a funcionalidade² e com a estética³ dos objetos que os acompanham, de acordo com sua identidade e sua história de vida.

Tendo em vista essas observações, percebemos que o nosso trabalho era mais abrangente do que nos pareceu num primeiro momento. Além de verificar os motivos que levam os idosos a desenvolverem e adaptarem dispositivos assistivos para uso próprio ou de seus familiares, também demonstraremos a presença da auto-eficácia na velhice, através do caminho percorrido para a construção do dispositivo, desde a idéia até a sua materialização e utilização.

² Funcionalidade enquanto objeto significa que ele é utilitário, ou seja, possui um design com uma finalidade, uma forma para uma função (AZEVEDO, 1996).

³ Estética vem do grego *aisthesis*, que significa literalmente, sensação, percepção sensível. É entendida dentro da filosofia como uma teoria do saber sensível. (GUARALDI, 2005).

Um recurso enriquecedor utilizado nesse trabalho é a fotografia. Tem a finalidade de “fixar” a imagem do dispositivo assistivo, ilustrando para o leitor o seu design, junto ao idoso que o construiu ou idealizou.

Através desta pesquisa, poderemos refletir sobre o design dos dispositivos encontrados no mercado e o papel de consumidor do idoso, contribuindo assim, para a conscientização do Mercado e do Marketing, no sentido de mostrar que o idoso tem em si a definição clara do que quer e possui um senso próprio de estética e funcionalidade.

No que diz respeito às Políticas Sociais, o trabalho pode incentivar a formação de programas que estimulem a participação dos idosos na fabricação e conservação de dispositivos assistivos com materiais reutilizáveis e conhecidos, ou seja, com algum significado para o usuário.

Em vista da complexidade do assunto abordado, separamos o trabalho em capítulos, a saber:

Capítulo 1 – Instrumentos com histórias para contar

Neste capítulo, descrevemos a história dos dispositivos assistivos, desde a antiguidade até os nossos dias, com ênfase aos utilizados para a locomoção.

Capítulo 2 – Tecnologia Assistiva e suas caracterizações

Esclarecemos de maneira sucinta o que é tecnologia assistiva e a que se presta, fornecendo uma classificação que nos pareceu mais objetiva. Apontamos ainda para a responsabilidade dessas tecnologias no desenvolvimento do dispositivo assistivo para idosos, além dos cuidados que se deve ter na aquisição e conservação dos mesmos.

Capítulo 3 – Políticas Públicas e o Terceiro Setor

Pesquisamos, para o desenvolvimento desse capítulo, os locais e meios que os idosos podem adquirir um dispositivo assistivo, seja no comércio ou por doação, bem como as leis que regulamentam esse setor no Brasil e nos Estados Unidos.

Capítulo 4 – A construção e a personalização dos dispositivos assistivos

Demonstramos aqui, que o idoso, na construção de um dispositivo assistivo, expressa a sua identidade e a sua história de vida, através do design do dispositivo. Este instrumento carregado de significado torna-se para ele uma extensão de si, uma demonstração de seus desejos e necessidades.

Capítulo 5 – Envelhecimento e Auto-eficácia

A partir do conceito de auto-eficácia, ampliamos o nosso trabalho para além dos motivos que levam os idosos a construir um dispositivo assistivo. A auto-eficácia é aqui definida e descrita nos diferentes períodos do curso da vida com ênfase no envelhecimento.

JUSTIFICATIVA

O discurso gerontológico defende que os profissionais envolvidos com os aspectos do envelhecimento devem estimular a independência e a autonomia do idoso como um dos principais objetivos para a melhora da qualidade de vida⁴. Um dos fatores essenciais para a manutenção da independência é a possibilidade de locomoção.

Quando falamos em locomoção, nos referimos à capacidade de mover-se de um espaço para outro com um gasto energético aceitável, ou seja, se um indivíduo demora muito para realizar um percurso, apresenta desequilíbrio e um cansaço excessivo (falta de ar, sudorese, palpitação), esta locomoção não é funcional.

O dispositivo assistivo vem para otimizar a locomoção, pois, tem como função diminuir o gasto energético auxiliando no equilíbrio e na distribuição do peso nos membros inferiores (SCHMITZ, 1993).

Estudos demonstram que os dispositivos assistivos para a deambulação promovem a melhora do desempenho nas atividades de vida diária com diminuição da dependência de auxílio externo (SONN AND GRIMBY, 1994; SONN, 1996). Segundo o Conselho Nacional de Portadores de Deficiência dos EUA (1993), cerca de 80% das pessoas idosas conseguem reduzir sua dependência dos outros e metade não é encaminhada para uma instituição após o uso adequado de um dispositivo assistivo.

A locomoção independente também propicia ao indivíduo a liberdade de vivências, ampliando suas experiências corporais e emocionais em outros ambientes. A este respeito, convém citar Monteiro, (2003), que descreve de forma brilhante a importância da movimentação na vida do idoso:

⁴ Qualidade de vida é um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem significados variados dependendo da época, país, cultura, classe social etc. Podemos considerar que para dimensionar a qualidade de vida é necessário avaliar o aspecto físico, psíquico e social do indivíduo. (PASCHOAL, 2002: 80-81)

O corpo estará aberto à aquisição do conhecimento, enquanto houver possibilidades de experimentação. Por meio do movimento, o conhecimento é adquirido conservando a vida. Pessoas com impossibilidade de locomoção apresentam dificuldade de relacionamento com o espaço, medo de se lançarem em novas descobertas e de descobrirem outros espaços, permanecendo anestesiadas para as sensações do mundo. (2003: 144)

O estímulo à locomoção torna-se essencial dentro de qualquer programa de promoção da saúde, visto que, conjuntamente ao crescimento demográfico dos idosos e ao aumento da expectativa de vida, cresce também a prevalência de incapacidades físicas neste segmento populacional.

Apesar de ter uma expectativa média ao nascer de chegar aos 68,6 anos de idade, a esperança de vida com qualidade do brasileiro é de 54 anos. Isso significa que, em 21,3% de sua vida, irá conviver com alguma incapacidade, devido a limitações físicas, funcionais ou doenças crônicas (GOIS E PETRY, 2003).

Observa-se que a idade, mais do que qualquer outra variável, como, por exemplo, renda ou escolaridade, é o maior determinante da presença de incapacidades na Cidade de São Paulo (SANTOS, 2003).

A idade também aparece como um fator determinante de incapacidades em um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (2001) na população geral. O estudo revela que idosos acima de 60 anos apresentam alta prevalência de incapacidades, variando de 20% até 58%, e, que, em idosos acima de 70 anos, esta prevalência pode chegar até 78%.

Estes dados são preocupantes especialmente para o Brasil, pois o segmento que mais cresceu na população idosa brasileira, foi aquele das pessoas de 75 anos ou mais: um crescimento de 49,3%, alterando a composição interna do próprio grupo e revelando uma heterogeneidade de características deste segmento populacional (IBGE, 2002). Esta heterogeneidade vai desde o consumo de viagens, roupas, cosméticos até o aumento significativo de idosos que necessitam de dispositivos assistivos.

Segundo o projeto SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) 2003, idosos, com 75 anos ou mais, apresentam queda expressiva no desempenho funcional, onde, 30,7 % apresentam dificuldade em realizar de uma a duas atividades básicas de vida diária⁵ (ABVDs) e 52,1 % apresentam dificuldade em realizar três ou mais destas atividades. As mais comprometidas por ordem de dificuldade são: vestir-se, banhar-se, mobilizar-se na cama e se locomover.

Nas atividades instrumentais da vida diária⁶ (AIVDs), também é observado um pior desempenho em pacientes com idade avançada, o que provavelmente contribui para o seu afastamento do entorno social e conseqüente tendência ao isolamento em sua residência, demonstrando ser prioritária a otimização de recursos neste grupo, juntamente com ações preventivas (DUARTE, 2003).

No Brasil, a implementação de programas de políticas públicas não tem acompanhado o crescimento da população idosa, dificultando a prevenção de doenças crônicas e incapacidades físicas, principalmente na idade mais avançada.

Tem-se constatado que é muito mais fácil evitar mortes do que evitar a ocorrência de doenças crônicas e o desenvolvimento de incapacidades associadas ao envelhecimento (OMS, 1984).

O tratamento dos indivíduos idosos que necessitam de dispositivos assistivos pode ser realizado nos três níveis de promoção da saúde, a saber:

- 1) Na prevenção primária onde ocorre a promoção da senescência bem sucedida, ou seja, nos adultos e idosos saudáveis, como por exemplo, a instalação de equipamentos que favoreçam a segurança do ambiente para todos os usuários, independentemente da sua idade e das suas capacidades funcionais;

⁵ ABVDs significa atividades básicas da vida diária como: higiene, vestuário, alimentação, deambulação.

- 2) Na prevenção secundária, deve ser realizada uma triagem dos fatores de risco pessoais e ambientais como problemas de equilíbrio, baixa acuidade visual e auditiva, associado à iluminação deficiente do ambiente domiciliar, escadas sem corrimão, vaso sanitário baixo e fatores sociais como viver sozinho, ser aposentado, entre outros. Estes fatores caracterizam o idoso como “frágil” e, portanto, propenso a quedas;
- 3) Na prevenção terciária, o objetivo é impedir que a limitação já instalada se torne uma incapacidade permanente. Isto pode ser evitado com o uso de um andador ou bengala que estimule a deambulação independente, evitando a imobilidade prolongada (PICKES et al., 1998, p.367).

Leduc (2002) ressalta a questão, declarando que a imobilidade prolongada gera uma deterioração funcional progressiva, levando a sucessivas internações hospitalares ou na permanência em instituições asilares, exigindo cuidados de equipe multidisciplinar e gerando no paciente um grande sofrimento existencial.

Preocupados com o fato das incapacidades funcionais estarem freqüentemente relacionadas, na literatura, com a presença de doenças, deficiências ou problemas médicos, Rosa e col. (2003) realizaram um estudo com 964 idosos do Município de São Paulo, chamando a atenção para outros fatores associados.

Os autores demonstram que o declínio da capacidade funcional é também influenciado por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais. Idosos com baixa escolaridade apresentaram cerca de cinco vezes mais chance de ter dependência moderada a grave nas atividades de vida diária. Da mesma forma, ser aposentado, dona de casa e pensionista aumenta em oito vezes a chance de dependência. Em relação às avaliações subjetivas, idosos que percebem a sua saúde como sendo má ou péssima, comparada com a de outros, ou seja, possuem uma auto-

⁶ AIVDs significa atividades instrumentais da vida diária como : preparar os alimentos, manipular medicamentos, administrar as próprias finanças, dirigir etc. (DUARTE, 2003)

avaliação pessimista sobre si, possuem até 11 vezes mais chance de dependência moderada/grave.

A ausência de atividades sociais como: visitar os amigos, visitar os parentes e participação em obras religiosas, também mostrou-se importante na chance de dependência grave/ moderada.

É necessário, portanto, que os programas de saúde pública estejam atentos a todos os fatores que influenciam a incapacidade funcional⁷, pois, associada ao envelhecimento, gera uma carga financeira, social e emocional muito grande a toda a sociedade. A manutenção da capacidade funcional durante toda a vida deve ser estimulada em programas educacionais, físicos e de integração social, normatizados através de leis direcionadas a toda a população.

No Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (ONU, 2003), onde o Brasil foi um dos países participantes, é citado como meta:

Estimular que se ofereçam tecnologias de assistência a pessoas idosas incapacitadas, a fim de satisfazer sua necessidade de serviços, apoio e plena integração na sociedade. (2003: 63)

Na Política Nacional de Saúde do Idoso é enfatizada a importância de ações que :

Estimulem a reabilitação da capacidade funcional comprometida, mediante a prescrição adequada de tecnologias assistivas como andador, bengala etc. Estes recursos deverão estar disponíveis em todos os níveis de atenção ao idoso, principalmente nos postos e centros de saúde. (1999: 16)

A concessão de dispositivos assistivos também é citada no Estatuto do Idoso, com a seguinte declaração :

⁷ Incapacidade funcional é entendida, neste trabalho, como a perda da capacidade de realizar pelo menos um ou mais atos da vida diária. (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO, 1999).

Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. (2003: 3)

Observa-se que, na literatura científica, nas políticas, leis e estatutos, o termo dispositivo assistivo pode estar denominado como dispositivo auxiliar, meios auxiliares de locomoção ou tecnologia assistiva.

No Brasil, especificamente na cidade de São Paulo, existem poucos locais que possuem programas direcionados à doação de dispositivos assistivos aos idosos. As instituições públicas, ou do terceiro setor que oferecem esta concessão, estão muitas vezes ligadas ao auxílio do deficiente físico e mental e, por consequência, atendem ao idoso. A falta de centros especializados no envelhecimento leva o idoso a se “encaixar” em programas não específicos às suas necessidades, ou adaptar-se de outra forma.

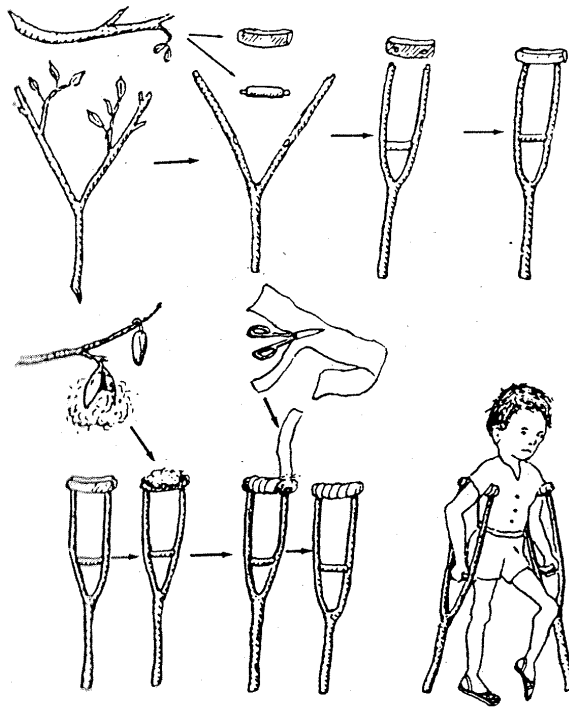
Se os dispositivos assistivos estão sendo desenvolvidos e adaptados pelos idosos, e não adquiridos no comércio, ou por doação, é necessário entender se os motivos são comportamentais, culturais, econômicos, funcionais ou estéticos, para que haja um planejamento mais adequado e direcionado das entidades que pretendem conceder estes dispositivos.

Através destas informações, é possível, também, planejar políticas que ensinem os idosos a construir os seus próprios dispositivos assistivos com materiais recicláveis, de forma segura e eficaz.

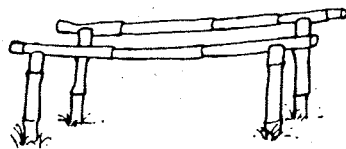
Países como México, Camboja, Indonésia e Paquistão possuem manuais informativos e oficinas especializadas em ensinar a comunidade rural a construir os dispositivos assistivos com a matéria-prima proveniente de cada região.

Materiais como canos de ferro, tubos de metal, pneu de carro, bambu, cana de açúcar, galhos de árvores, entre outros, são utilizados para a construção destes dispositivos como ilustram as figuras a seguir. (WERNER, 1994)

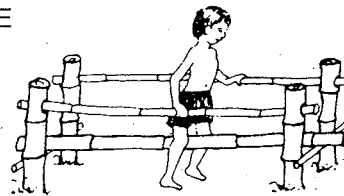
MULETAS DE GALHOS DE ÁRVORES, acolchoados com paina.



BARRAS PARALELAS AO AR LIVRE

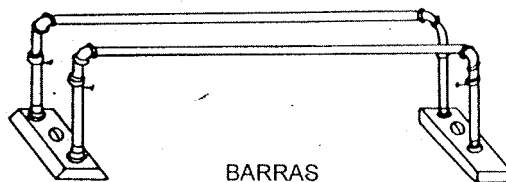


barras simples, não-reguláveis
(bambu, madeira ou metal)



barras com separador de pernas para
uma criança com joelhos valgos

BARRAS DE CANOS DE FERRO



BARRAS
NÃO-REGULÁVEIS

FIGURA 3. Projetos simples para a construção de muletas e barras paralelas. (WERNER,1994)

No Encontro Internacional de Gerontologia Social⁸ (2004), a portuguesa Concha Menendez encerrou a sua palestra com a seguinte afirmação : “Em países pobres como o nosso, e com o alto custo das tecnologias assistivas, a criatividade e a iniciativa devem ser estimuladas para a criação de adaptações que auxiliem o idoso e a sua família nas atividades de vida diária”.

No Brasil, a pobreza é certamente um dos fatores que impede o acesso dos idosos aos dispositivos assistivos, porém, não devemos pensar na pobreza somente como um fator de exclusão, mas, também, como um incentivador da criação e do aproveitamento de recursos.

Concordamos com Milton Santos (2000), quando diz que a precariedade e a pobreza, isto é, a impossibilidade, pela carência de recursos, de participar plenamente das ofertas materiais da modernidade, poderão, igualmente, inspirar soluções que conduzam ao desejado e hoje possível renascimento da técnica, com uso consciente e imaginativo de todo o tipo de oferta tecnológica, incentivando o exercício da inventividade, fortalecendo a individualidade.

A técnica pode voltar a ser “o resultado do encontro do engenho humano com um pedaço da natureza, cada vez mais modificada, permitindo que esta relação seja fundada nas virtualidades do entorno geográfico e social, de modo a assegurar a restauração do homem em sua essência” (SANTOS, 2000, p. 165).

⁸ Encontro Internacional de Gerontologia Social, comunicação oral. Realização SESC-SP, 2004.

CAPÍTULO I

INSTRUMENTOS COM HISTÓRIAS PARA CONTAR

Dentre os dispositivos assistivos utilizados para a locomoção, a bengala é sem dúvida, o mais conhecido por nós. Da antiguidade até os nossos dias, seus nomes e utilidades são variados, podendo ser, dependendo da época e dos valores culturais, um instrumento de nobreza ou representar o início de uma incapacidade funcional. É, hoje, o dispositivo assistivo mais vendido e também o mais abandonado. (CUSCHMAN and SHERER, 1996)

O homem primitivo, desde que adotou a postura ereta, passou a utilizar o cajado ou a muleta como um dispositivo auxiliar para a locomoção. Também o usava para se proteger, caçar e lutar.

Na civilização Egípcia, as classes sociais eram definidas de acordo com o posicionamento do cajado. Os trabalhadores usavam o cajado ao lado do corpo para distribuir o peso da carga durante a locomoção, auxiliando no equilíbrio. Já os nobres egípcios usavam o cajado posicionado verticalmente e à frente, simbolizando autoridade (LOEBL e NUNN, 1997).

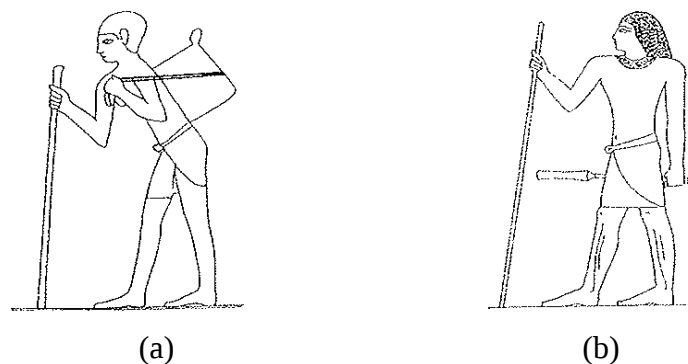


FIGURA 1. (a) Trabalhador e (b) Nobre Egípcio.

Desde a Bíblia, a bengala é citada como instrumento de poder, locomoção e apoio físico:

Durante a fuga dos israelitas pelo mar vermelho o Senhor disse a Moisés : e tu levanta a tua vara, estende a mão sobre o mar e fere-o, para que os israelitas possam atravessá-lo a pé enxuto.

(ÊXODO 14; xvi)

Em outras passagens, é descrito:

Quando em uma contenda entre dois homens, um dos dois ferir o outro com uma pedra ou com o punho, (...) aquele que o feriu não será punido, se, o outro se levantar e puder passear fora com seu bastão.

(ÊXODO 21; xix)

Pões tua confiança no Egito, êsse caniço rachado que fere e transpassa a mão de quem nêle se apóia, assim é o Faraó, rei do Egito, para todos os que nêle confiam.

(REIS II 18; xxi)

No século XVII, a bengala com um cabo de ouro era usada pelos médicos como instrumento de diagnóstico e assepsia (fig.2). Richard Gordon, no livro *A Assustadora História da Medicina* (1993) descreve o seguinte:

O médico do século XVII era inútil, mas decorativo. Casaco de cetim abotoado, calça de couro até abaixo dos joelhos, meias de seda e sapatos com fivela, babados de renda, peruca inteira, balançando uma bengala comprida com cabo de ouro oco, cheio de vinagre aromático de Marselha. Era le vinaigre de quatre voleurs, uma mistura eficaz, usada por quatro ladrões de corpos aprisionados durante a epidemia de peste em Marselha e que nunca foram infectados. Era aspirado repetidamente para imunizar o médico contra a infecção e dar a ele tempo para pensar.

(MACMICHAEL, 1884 apud GORDON, 1993: 85)



The Company of Undertakers

FIGURA 2. Médicos cheirando os cabos de ouro das suas bengalas e experimentando a urina dos seus pacientes (GORDON,1993)

Ao revermos a história do Brasil, encontramos alguns fatos curiosos, como o da "bengala de Petrópolis" ou simplesmente "uma Petrópolis" mencionada nos folhetins dos cronistas e nas peças de teatro de Joaquim José França Junior. Esta bengala era tida como artigo da moda na Corte de Dom Pedro II. Na viagem ao Brasil em 1887, o

soberano rei encomendou oito de pau cruz, palmito amargoso, muirapinima e airi (CORREIA, 2002).

Camilo Castelo Branco refere-se às bengalas de Petrópolis no *Cancioneiro Alegre*, respondendo a um crítico brasileiro, com a seguinte frase: "Este sujeito escreve-me que tem uma excelente bengala de Petrópolis, com a qual me baterá, se eu for ao Brasil" (CORREIA, 2002).

Ademar Vidal, em seu texto *Antigos Costumes Sociais* descreve a bengala como um acessório essencial na vestimenta do homem sertanejo quando ia para a cidade, "a bengala não era relaxada e sempre trazia como cabo a figura de um bicho ou alguma fantasia qualquer, (...) possuía castão de marfim e enfeites de ouro com pedras preciosas". Também os barões de café, conhecidos na época como a elite agrária do Brasil, passeavam nos parques e jardins de fraque e bengala, influenciados pela moda européia.

Com exceção da bengala, dispositivos assistivos como muletas, andador e cadeira de rodas têm sido, em nossa sociedade, associados à invalidez e perda de autonomia⁹. Apesar do avanço no que diz respeito à infraestrutura para indivíduos com capacidade funcional¹⁰ reduzida, esses dispositivos são mais utilizados dentro dos domicílios onde podem ser "encobertos".

Difícilmente observamos, na cidade de São Paulo, um idoso caminhando de andador pelas ruas, shoppings, parques ou utilizando uma cadeira de rodas de forma independente. Além do receio em ser visto com um dispositivo, a precariedade das calçadas e dos acessos aos locais públicos corrobora para um maior constrangimento do usuário.

⁹ Autonomia é o exercício da autodeterminação. O indivíduo autônomo é aquele que mantém o poder decisório e o controle da sua vida (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO, 1999, p.28).

¹⁰ Capacidade Funcional é a capacidade do indivíduo em manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO, Brasília, 1999, p. 28).

Locomover-se antigamente com as cadeiras de rodas constituídas exclusivamente de madeira e ferro e, portanto, muito mais pesadas, era difícil devido à própria constituição do dispositivo. Hoje, as cadeiras de rodas e os andadores são mais leves e ajustáveis; no entanto, o crescimento desordenado dos centros urbanos dificulta a acessibilidade do indivíduo, independente do quão evoluído é o seu dispositivo assistivo.

Com a rapidez da vida moderna, não existe espaço para a “lentidão” do idoso. A tecnologia avançou, mas, o respeito ao cidadão retrocedeu.

Nos países desenvolvidos, cujo processo de envelhecimento populacional se deu de forma lenta ao longo de mais de cem anos (VERAS, 2003), é comum observar, nas ruas, idosos com andadores ou cadeira de rodas motorizadas. São países com uma cultura baseada na produtividade e na rapidez, que, ao mesmo tempo, proporciona aos idosos artifícios para se sentirem integrados e pertencentes a esta sociedade.

Não poderemos mais fechar os olhos para o envelhecimento e para as peculiaridades que o acompanham. Negar ou retardar a velhice, como tentativa de melhorar a existência humana ou com a justificativa de que ela é indesejada, é não compreendê-la em toda a sua amplitude. Devemos estar preparados para acompanhá-la e respeitá-la dentro da sua realidade.

CAPÍTULO II

TECNOLOGIA ASSISTIVA E SUAS CARACTERIZAÇÕES

O termo Tecnologia Assistiva (TA) foi definido em 1988, por uma lei pública americana¹¹ como sendo, “todo item, peça de equipamento ou sistema, adquirido no comércio, modificado ou feito sob medida, que se destina a aumentar, manter ou melhorar as capacidades funcionais de indivíduos portadores de deficiências”.

O'Day e Corcoram, 1994, complementam que a tecnologia assistiva é todo instrumento ou produto que auxilia o indivíduo nas atividades de vida diária, no trabalho e na integração com a comunidade. Desta forma, o termo “tecnologia” não corresponde à simplicidade ou sofisticação do instrumento, e sim, é entendida como um meio capaz de atingir a independência. A desvantagem de uma pessoa que não possui um simples bastão de boca ou uma bengala pode ser tão grande quanto a de um indivíduo que é excluído por não possuir um sistema amplificador da fala ou uma cadeira de rodas elétrica.

Entendemos que “a definição de tecnologia assistiva é intencionalmente ampla, pois, o tipo de equipamento indicado dependerá do grau de dependência do indivíduo e o propósito do equipamento” (O'DAY e CORCORAM, 1994), porém, concordamos com Cook e Hussey (1994), que é necessária uma classificação mais detalhada para contextualizá-la sob vários pontos de vista, já que existe uma infinidade de aparelhos, instrumentos e equipamentos que diferem entre si nos seus aspectos tecnológicos, funcionais e em seus objetivos.

É considerada tecnologia assistiva, desde uma adaptação simples de um teclado de telefone ou um talher com cabo engrossado, até uma unidade computadorizada que auxilia um paraplégico a andar.

Atualmente, não existe uma classificação padronizada para a tecnologia assistiva, portanto, demonstraremos, na Tabela 1, uma classificação que acreditamos ser a mais objetiva.

Table 1: Assistive Technology: Common Examples

Mobility aids	Self-help devices
Walking canes	Reachers
Crutches, walkers	One-handed can openers
Wheelchairs	Adapted utensils
Electric wheelchairs	Button aids
Wheelchair cushions	Home equipment
Adapted seating systems	Hospital beds
Car hand controls	Alternating pressure mattresses
Portable ramps	Lifters and transfer aids
Wheelchair lifts for vans	Commodes, bedpans
Sensory	Tub seats, shower chairs
White canes	Grab bars
Eye glasses	Home modifications
Low-vision aids	Lowered counters
Braille writers	Widened doors
Hearing aids	Ramps
TDDs	Wheelchairs lifts
Speech synthesizers	Stair lifts
Prosthetics	Environmental control systems
Artificial legs	Railings
Powered arms and hands	Implantable devices
Breast prosthesis	Defibrillators
Eye prosthesis	Artificial hip & knee joints
Ear and Nose prosthesis	Breast implants
Dentures	Insulin pumps
Orthotics	Pacemakers
Hernia appliance (Truss)	Miscellaneous
Hand splints	TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulators)
Back braces	Home cervical traction
Body jackets	Heat lamps, hot packs
Leg braces	Edema compression sleeves
Shoe orthotics	Oxygen generators
Orthopedic shoes	
Elastic joint supports	
Ostomy appliances	

Fonte: O'DAY e CORCORAM, 1994

Tecnologia Assistiva também é considerada um ramo da ciência empenhado na pesquisa, no desenvolvimento e na aplicação de aparelhos e instrumentos que aumentem ou restaurem a função humana, quando as técnicas reabilitadoras não são suficientes para resgatá-las em sua totalidade. É uma área de domínio de engenheiros de reabilitação, de computação, biomédicos, médicos, arquitetos, desenhistas industriais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e fonoaudiólogos que trabalham

¹¹ Technology Related Assistance for Individuals with Disabilities - Act Public 100-407, 1988. In : O'Day B.L. e Corcoran P.J. Assistive Technology: Problems and Policy Alternatives. *Arch Phys Med Rehabil* v.75, p. 1165, 1994.

para restaurar a função humana por meio de dispositivos assistivos. (DE CARLO e LUSO, 2004).

Desta forma, quando se fala em dispositivo de auxílio, adaptação terapêutica ou equipamento de auto-ajuda, inclui-se um processo terapêutico onde ocorrerá um planejamento e modificação ambiental e/ou a fabricação de recursos tecnológicos para facilitar o desempenho de atividades de autocuidado, trabalho e lazer (DE CARLO e LUSO, 2004).

Atualmente, os dispositivos assistivos mais utilizados pelos idosos são respectivamente os que otimizam as funções de visão, audição, higiene e mobilidade (FORBES,1993; SONN, 1994; SONN, 1996).

Dispositivos assistivos para a locomoção e mobilidade são prescritos por uma série de razões, inclusive problemas de equilíbrio, dor, fadiga, fraqueza, instabilidade articular e carga esquelética excessiva. Sua principal função é a eliminação da carga do peso, de modo parcial ou completo, sobre um membro (SCHMITZ, 1993).

Para uma pessoa incapaz de alcançar e manter uma marcha segura, confortável e eficiente, uma cadeira de rodas apropriada permite a locomoção independente até às oportunidades sociais, vocacionais e recreacionais.

A cadeira de rodas é composta por um assento, um encosto para as costas, descanso para os braços, apoio para os pés e rodas (fig. 3). Por ser uma órtese¹² que sustenta o corpo humano, ela deve ser ajustada precisamente para proporcionar conforto e funcionalidade. (BRITELL, 1994)

Além dos aspectos antropométricos como peso e altura, a prescrição da cadeira de rodas também deve levar em consideração o estado da pele e a função cardiopulmonar, pois, a pessoa que a utiliza tende a permanecer várias horas do dia

¹² Órteses são dispositivos aplicados externamente ao corpo para proporcionar suporte às articulações, aos ossos e aos tecidos moles. Tem como finalidade promover o melhor alinhamento possível, buscando a posição funcional adequada, e de auxiliar e/ou melhorar as funções remanescentes (DE CARLO, 2004).

com o corpo encostado, dificultando a expansão posterior do pulmão e a vascularização da pele. (BRITELL, 1994)

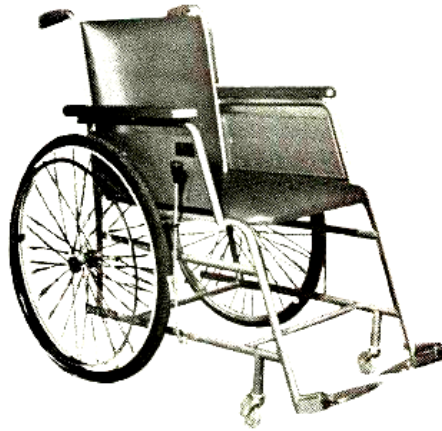


FIGURA 3. Cadeira de rodas

Após um evento traumático como um acidente vascular encefálico ou uma lesão da medula espinhal – passada a fase de recuperação inicial - é possível retomar a marcha de forma lenta e gradual com o auxílio das barras paralelas (fig. 4). As barras proporcionam ao paciente a segurança necessária para permanecer em pé e realizar os ajustes corporais orientados pelo fisioterapeuta. Pouco a pouco, o paciente vai alternando o apoio das mãos até se soltar por completo.

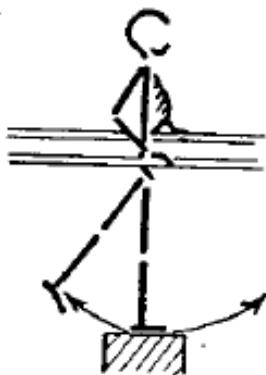


FIGURA 4. Barras paralelas

Após a saída das barras paralelas, deve-se iniciar a marcha com o dispositivo assistivo mais adequado para cada situação. Os andadores, por exemplo, são utilizados por indivíduos com equilíbrio deficitário, como no caso de patologias neurológicas, ou no retorno à deambulação, após um longo período acamado, muito comum em pós-operatório de fratura de fêmur.

O tipo mais comum é o andador de alumínio fixo, com quatro pés (fig. 5a). O indivíduo levanta o andador, deslocando-o para frente e, a seguir, dá dois passos. Já o modelo articulado ou recíproco permite ao indivíduo arrastar o andador sem levantá-lo, pois cada lado se movimenta de modo independente (fig. 5b). Existe também o andador com rodízios nos pés anteriores (fig. 5c). São usados por pacientes que apresentam fraqueza importante nos membros superiores ou tremores nas mãos. (GARDINER, 1983) Em geral, a desvantagem dos andadores é a dificuldade em passar pelo vão das portas, locais estreitos, além da subida e descida de escadas.

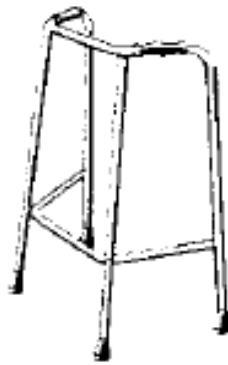


FIGURA 5a. Andador fixo

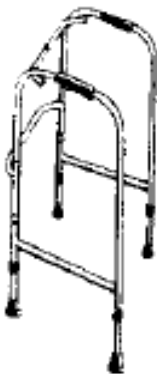


FIGURA 5b. Andador articulado

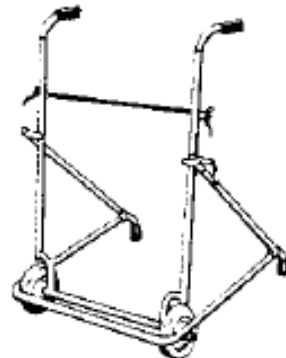


FIGURA 5c. Andador com rodízios

As muletas são usadas por indivíduos que precisam transferir para os braços a maior parte de seu peso. Existem muletas axilares e canadenses. As axilares (fig. 6a) são feitas geralmente de madeira, possuem um pegador para as mãos e uma almofada para o apoio nas axilas.

As canadenses (fig. 6b) são feitas de metal e o apoio é feito através de uma braçadeira para o antebraço. Essas muletas são especialmente indicadas para os indivíduos que tem bom equilíbrio e membros superiores fortes. (GARDINER, 1983). A sua grande vantagem é que permite o uso das mãos sem que as muletas se soltem, tornando-se, assim, mais funcional para as atividades de vida diária.



FIGURA 6a. Muleta axilar



FIGURA 6b. Muleta canadense

Existem no mercado inúmeros modelos de bengalas e a escolha depende da preferência do usuário e da quantidade de suporte requerido. As bengalas podem ser de madeira ou de metal, com apoio para a mão de forma curva ou reta. Quando é necessária uma estabilidade adicional, pode-se optar por bengalas de três ou quatro pés (GARDINER, 1983).



Erro! Vínculo não válido.

FIGURA 7a. Bengala comum

FIGURA 7b. Bengala quadripé

Uma questão importante é a forma como os dispositivos assistivos são adquiridos pelos idosos. Muitos deles costumam adquiri-los em farmácias ou casas ortopédicas, sem prescrição médica ou fisioterapêutica. Outras vezes, e até de forma mais comum, os dispositivos assistivos são “passados para a frente” por um vizinho, amigo ou por familiares que perderam seus parentes, sem a menor preocupação com as suas características ou com as condições em que ele se encontra (BROOKS, 1994).

Para proporcionar uma funcionalidade adequada, as bengalas, as muletas e os andadores, comprados ou construídos, devem possuir uma altura correta para evitar a flexão do tronco, compressão das axilas, sobrecarga nos ombros e outras alterações posturais. Os cabos para as mãos (pegadores/manoplas) devem proporcionar uma efetiva transferência de peso e possuir um formato compatível com a mão do indivíduo (SCHMITZ, 1993).

Outro fator importante é a verificação das ponteiros (pés) dos dispositivos assistivos, pois, com o tempo, existe um desgaste e ressecamento natural da borracha, dificultando o apoio no solo.

Todo o dispositivo assistivo deve ser revisado periodicamente para garantir a sua efetividade e segurança. Algumas vezes, é necessário trocar o tipo de dispositivo, pois as necessidades do idoso também se modificam com o tempo, bem como o seu senso estético.

CAPÍTULO III

POLÍTICAS PÚBLICAS E O TERCEIRO SETOR

No Brasil, o fornecimento gratuito de órteses, próteses e meios de auxílio à locomoção é garantido para a pessoa portadora de deficiência, de acordo com a portaria nº185 de 5 de junho de 2001 da Secretaria de Assistência à Saúde.

Esta portaria prevê que toda a pessoa deficiente, cadastrada no SUS (Sistema Único de Saúde), terá direito, “quando necessário, à prescrição, avaliação, adequação, treinamento e acompanhamento de dispensação de órtese, prótese e/ou meios auxiliares de locomoção e orientação familiar”.

Na prática, o paciente deve dirigir-se a uma unidade ambulatorial cadastrada pelo SUS e ser avaliado por um médico Fisiatra que o encaminhará à equipe multidisciplinar de reabilitação com a prescrição de um dispositivo assistivo. O paciente tem direito à retirada de até quatro aparelhos auxiliares e não é obrigado a devolver o dispositivo após o uso, melhora do quadro clínico ou falecimento.

Em São Paulo, os centros cadastrados mais atuantes são: Hospital das Clínicas, Santa Casa de Misericórdia e AACD (Associação de Assistência à Criança Deficiente). Centros de reabilitação, como a AACD, possuem desde dispositivos assistivos mais simples até equipamentos de alta tecnologia para a reabilitação, porém, o programa de concessão gratuita é restrito e a atenção maior é dada às crianças.

O Lar Escola São Francisco, Centro de Reabilitação do Hospital São Paulo, realiza atendimento a pacientes idosos com alterações neurológicas, ortopédicas e pulmonares e possui uma oficina de órteses e próteses. O bazar da instituição, localizado fora do Centro de Reabilitação, aceita doações de dispositivos assistivos, porém, são vendidos da mesma forma que foram entregues. Se um dispositivo doado necessitar de pequenos reparos como a troca ou reposição de manoplas (apoio das

mãos) e ponteiros, pode ser restaurado no Centro de Reabilitação e vendido para os pacientes por um custo menor.

Após pesquisa pela internet, localizamos algumas entidades que produzem e doam dispositivos assistivos para idosos. A Associação Beneficente São Lucas, localizada em Bragança Paulista (SP), iniciou o seu trabalho em 1997 com uma oficina que produzia muletas de alumínio e órteses ortopédicas, atendendo quase que exclusivamente deficientes físicos. Atualmente, a Associação possui um banco de empréstimo com a finalidade de disponibilizar, para toda a comunidade carente, órteses e/ou próteses, em título de empréstimo ou doação.

Outra Instituição que concede dispositivos assistivos é a Organização das Voluntárias de Goiás (OVG) que possui um departamento de produção, reunindo as seguintes fábricas: fábrica de cadeiras de rodas (padrão e higiênica), de fraldas descartáveis, de confecção de enxovais para recém-nascidos, de malha compressiva, monobloco, andadores e muletas. O Departamento responsável pela doação desses benefícios é o DATS (Departamento de Apoio Técnico Social). Para a aprovação dos pedidos, o DATS faz uma análise técnica e social, com realização de visitas domiciliares, para comprovar a situação socioeconômica do solicitante.

Nos EUA, bem como no Brasil, existem poucos locais que possuem programas direcionados à doação de dispositivos assistivos aos idosos. Qualquer concessão ou financiamento público está pautado sobre leis que beneficiam o deficiente físico e mental, ou seja, o idoso só recebe o dispositivo assistivo se possuir alguma moléstia que se enquadre nos padrões de deficiência.

Além disso, a verba direcionada para os estados dos EUA é muito maior do que no Brasil. Os estados americanos recebem entre quinhentos mil e um milhão de dólares por mês, enquanto, no Brasil, este valor é em torno de R\$ 30 mil reais.

No Brasil, as empresas mantenedoras de planos e seguros de saúde não prevêm o financiamento de tecnologia assistiva para os seus clientes. Na maioria dos

casos, os usuários desses dispositivos têm de financiar a si mesmos. Essa dificuldade econômica tem um efeito desanimador para o empresariado e as indústrias brasileiras deste ramo, as quais sabem que, se desenvolverem produtos mais sofisticados, não haverá recursos para a sua aquisição. Da mesma forma, a utilização de produtos importados torna-se quase proibitiva em razão do alto custo, da inexistência de um mostruário que permita ao cliente experimentar o produto e do longo prazo requerido para a entrega. (DE CARLO e LUZO, 2004)

Em um estudo sobre os problemas e políticas alternativas da Tecnologia Assistiva nos EUA, os autores O'Day e Corcoram, 1994, relatam que bengalas, muletas, andadores e cadeiras de rodas devem ser financiados pelos planos de saúde públicos e privados, pois são considerados equipamentos médicos duráveis¹³ (EMD).

O programa Medicare é provavelmente o maior provedor de equipamentos médicos duráveis dos EUA, investindo cerca de \$ 1.7 bilhões anualmente. Na visão dos autores O'Day e Corcoram (1994), o programa possui alguns problemas que precisam ser sanados com o tempo, sendo eles:

1) Os indivíduos portadores de deficiência que solicitam o benefício à Seguridade Social só são contemplados pelo Medicare com os equipamentos necessários, após dois anos que sua qualificação de deficiente tenha sido estabelecida. Devido a este tempo de espera, fica difícil evitar a instalação de deformidades e padrões de movimentos não funcionais.

2) O programa cobre 80% dos encargos sobre a tecnologia assistiva, ou seja, 20% é por conta do consumidor; nada mais justo, se não fosse o fato dos fornecedores cobrarem um valor acima da tabela estabelecida, onerando ainda mais o equipamento.

¹³ EMD é uma definição mais restrita, dentro da tecnologia assistiva, que engloba todo o equipamento que é resistente ao uso repetitivo, com um propósito médico, não podendo ser usado caso a pessoa melhore e de uso preferencialmente domiciliar. Esta definição enfatiza a natureza médica da deficiência e exclui muitos itens necessários para a independência do ser humano como barras de apoio, elevadores para banheira, cadeira higiênica entre outros. (O'DAY e CORCORAM, 1994)

3) O programa possui a autonomia de modificar a solicitação médica, trocando, por exemplo, uma cadeira de rodas mais leve por uma padrão. Para pessoas com força limitada, esta restrição pode resultar em difícil mobilidade e aumento da dependência.

Na opinião dos autores, o sistema burocrático dos programas governamentais estimula o mau direcionamento dos recursos, as fraudes e os abusos dos fornecedores. O programa requer que o indivíduo atenda a diretrizes de qualificação rígidas, tenha baixa renda e use o equipamento para propósitos vocacionais, médicos ou educacionais, não estimulando o uso para necessidades particulares, como atividades de vida diária e lazer, por exemplo.

Um contraste interessante a esta complexa política americana de concessão e financiamento é o programa operacionalizado pela Administração de Veteranos (AV). O programa procura avaliar com precisão as necessidades individuais num sistema de legitimidade extremamente complexo. Diferente de outros programas, o sistema da AV fornece uma grande quantidade de equipamentos, incluindo aparelhos auditivos, óculos, aparelhos sensoriais e de fala, computadores adaptados, vans adaptadas e equipamentos que dão acesso às casas. O equipamento pode ser usado para qualquer propósito, incluindo emprego, educação ou atividades de vida diária.

A AV também difere de outros programas, porque tem investido em capacitação de pessoal para ajudar os indivíduos a tomarem decisões quanto ao equipamento mais adequado ao seu perfil. Os beneficiários recebem avaliação, treinamento, reparos e outros serviços do mesmo fornecedor, minimizando os obstáculos para um uso eficaz da tecnologia assistiva.

Outras opções para adquirir a tecnologia assistiva são o financiamento de crédito e subsídios diretos. Estes, no entanto, não são muito usados, pois os consumidores de baixa renda acham que pagar os empréstimos é difícil e, por outro lado, os bancos são relutantes em usar a tecnologia assistiva como garantia, pois não possui valor para revenda.

Em São Paulo, a Nossa Caixa financia até R\$ 4.000,00 para a compra de meios auxiliares de locomoção, parcelado em até 14 vezes e com juros abaixo de 1% ao mês.

Apesar das iniciativas bem sucedidas descritas tanto para os EUA, quanto para o Brasil, ainda resta muito a ser feito para que estas políticas sejam mais efetivas. É necessário fornecer ao consumidor informações sobre as opções de tecnologia assistiva existentes, com suas vantagens e desvantagens; treinamento para uso e manutenção do equipamento, acompanhamento posterior para verificar a adesão e a funcionalidade do mesmo; além disto, estimular a doação do equipamento para locais especializados em reciclagem, quando o mesmo não for mais útil.

CAPÍTULO IV

A CONSTRUÇÃO E A PERSONALIZAÇÃO DOS DISPOSITIVOS ASSISTIVOS

A idéia de pessoas idosas construindo seus pertences nos remete imediatamente à falta de recursos financeiros como única motivação¹⁴.

No Brasil – um país em desenvolvimento e com um fosso sócio-cultural ainda intransponível para a grande maioria da população – o idoso é visto, frequentemente, como um empecilho para as realizações da família. Ele torna-se, neste contexto, um ser desinformado, marginalizado e sem dinheiro para idealizar ou comprar algo de bom para si mesmo.

Insistimos, porém, em acreditar que durante o envelhecimento, exista criação e criatividade e que os idosos estejam deixando para trás “os esteriótipos do abandono e da solidão, dando lugar à imagem de seres ativos, capazes de oferecer respostas criativas ao conjunto de mudanças sociais que redefinem a experiência do envelhecimento” (DEBERT, 1999, p. 206).

No que diz respeito aos dispositivos assistivos, os idosos não só os constroem, mas o fazem preocupados com a sua estética, já que este instrumento torna-se uma “extensão de si”, uma parte integrante da sua imagem corporal. Marshall McLuhan dizia que “o carro era a extensão de nossos pés, a mecânica, extensão de nossas funções ósseas e a eletrônica, a do nosso sistema nervoso”. (AZEVEDO, 1996, p. 59)

Através do design do dispositivo assistivo, o idoso expressa a sua individualidade e a sua identidade, buscando em um saber espontâneo, um saber intrínseco, caminhos para criar uma obra que para si lhe pareça esteticamente aceitável, ou seja, belo.

O conceito de belo pode, assim, ir além do sentido puramente estético. Por exemplo, no Oriente, considera-se algo bonito, na medida de sua utilidade, e útil, na medida de sua beleza. Octavio Paz disse que “a beleza dos objetos artesanais é inseparável da sua função, eles são bonitos porque são úteis”.

Ao construir e adaptar um dispositivo assistivo, o idoso consegue determinar, através da composição de diferentes “peças”, a cor, o formato, a textura que lhe for mais agradável, criando um aspecto particular para cada dispositivo – dando o toque do criador.

Na comercialização e prescrição de um dispositivo assistivo, é, portanto, imprescindível o conhecimento dos fatores psicossociais que envolvem o seu uso, pois, só assim, poderão ser criados equipamentos que se adequem à realidade do usuário.

É necessário conhecer as preferências e o comportamento da pessoa idosa, considerando o que ela pensa e sente sobre o dispositivo, pois, embora a tendência mundial seja de assemelhar os indivíduos ao máximo possível, é muito melhor quando o estilo pessoal é preservado e respeitado (DE CARLO e LUSO, 2004).

O não respeito à raça levou à indignação um idoso que sofreu amputação da perna e aguardava para experimentar pela primeira vez a sua prótese: “(...) como vocês querem que eu use uma perna de cor amarelada, vocês não percebem que eu sou negro, não tinha uma de cor preta?”.

Esta indignação demonstra que os profissionais envolvidos no processo de produção dos dispositivos assistivos estão pouco sensíveis aos desejos e preferências do usuário, inclusive no que se refere à aparência. Associado a isto, grande parte dos produtos oferecidos aos idosos são caros, possuem poucas preocupações ergonômicas¹⁵ e sua funcionalidade é pouco notada (NOGUEIRA, 2004).

¹⁴ Motivação é definida dentro das teorias psicológicas, como sendo um esforço dirigido, intencional e orientado, na tentativa de satisfazer alguma necessidade e adaptar-se às modificações ambientais. (NOVAES, 1975, p.84-85)

¹⁵ Ergonomia é a “ciência do trabalho”. Ela busca dois objetivos fundamentais: de um lado, produzir conhecimento sobre trabalho, as condições e a relação do homem com o trabalho, por outro, formular conhecimentos, ferramentas e

Mesmo com a crescente atuação do Design Social¹⁶ na idealização de produtos para idosos - considerando seu contexto social, suas necessidades, valores e desejos - a presença do marketing e do design ainda não se aplica aos dispositivos assistivos que permanecem com características hospitalares, cores e texturas frias, associando o idoso a um ser doente ou deficiente.

Na verdade, existe uma confusão conceitual entre idoso e deficiente físico acarretando em uma situação de mercado na qual equipamentos e produtos são ofertados simultaneamente a ambos, desconsiderando as particularidades de cada segmento.

Os idosos não devem ser vistos como uma população muito distante das demais, mas como alguém que necessita de algumas adequações para facilitar e amenizar as perdas naturais do envelhecimento. Ele traz consigo não apenas a idade avançada, mas, também, uma grande bagagem de costumes e hábitos.

Assim, os produtos direcionados para idosos devem ser criados a partir da concepção do próprio idoso, compatibilizando a experiência de um profissional com a expectativa do usuário (NOGUEIRA, 2004).

Essa visão do idoso e suas necessidades é fundamental, pois, estudos realizados nos EUA, demonstram que, em média, 30% dos dispositivos assistivos são completamente abandonados pelos usuários, mais frequentemente os dispositivos de locomoção. (PHILLIPS and ZHAO, 1993; SHERER and GAVIN, 1994; CUSHMAN and SHERER, 1996). Dentre eles, estão as bengalas (43%), as muletas (36%) e as cadeiras de rodas (36%) (CUSHMAN and SHERER, 1996).

princípios suscetíveis de orientar racionalmente a ação de transformação das condições de trabalho, tendo como perspectiva melhorar a relação homem-trabalho (ABRAHÃO e PINHO, 1999).

¹⁶ Design Social é definido como a materialização de uma idéia que propõe um processo de transformação na sociedade. Vem demonstrando interesse em desenvolver produtos que alcancem o consumidor idoso, considerando seu contexto social, suas necessidades, valores e desejos. Possui como característica a participação do indivíduo ou do grupo social em praticamente todas as etapas do processo de produção (NOGUEIRA, 2004).

O uso parcial, relutante e inapropriado dos dispositivos assistivos, são questões que merecem avaliação e intervenção, pois, mesmo quando os dispositivos são necessários por um curto período de tempo, o abandono prematuro é custoso em termos de dinheiro e resultados, independentemente se o aparelho é de alta ou baixa tecnologia (CUSCHMAN and SHERER, 1996).

Ao selecionar um dispositivo assistivo, o profissional deve verificar aspectos funcionais do indivíduo como força, equilíbrio, coordenação e julgamento, bem como avaliar o ambiente onde este idoso reside e frequenta. O consumidor, por sua vez, deve experimentar o dispositivo na hora da compra, para sentir a sua eficiência e funcionalidade e, desta forma, identificar-se com o instrumento.

É necessário, portanto, compreender as necessidades e desejos dos idosos, não somente como potenciais consumidores, mas, como sujeitos que expressam a sua identidade e subjetividade, através da construção desses objetos.

Na época dos nossos avós, os brinquedos, os móveis e as roupas eram construídos ou consertados pelos próprios indivíduos que os utilizavam. Isto conferia ao objeto um valor de identidade e personalidade.

Hoje, construir ou consertar os próprios pertences é alvo de menosprezo e falta de praticidade. Vivemos em um mundo descartável, onde as emoções e os objetos são mais facilmente trocados, ao invés de serem calmamente consertados e recuperados. A tecnologia, que nos proporcionou economia de tempo para realizar as coisas, parece ter nos roubado a iniciativa do fazer com as próprias mãos.

CAPÍTULO V

ENVELHECIMENTO E AUTO-EFICÁCIA

**“Se não houver um entendimento
do que foram, não há possibilidade
de entender o que são”.
(Settersen, 2003)**

Na perspectiva da teoria do curso de vida, o envelhecimento é entendido como um processo e não apenas como um período de tempo isolado, onde os comportamentos e atitudes atuais são reflexos de trajetórias e mudanças sociais que se fizeram presentes em nossas vidas.

Enquanto nós somos produtos de forças físicas e sociais, somos também, agentes causais na construção de nós mesmos e do ambiente que nos cerca: “Por bem, ou por mal, somos nós os arquitetos da nossa própria vida”. (GECAS, 2003)

Estamos sempre tentando controlar o direcionamento de nossas vidas ao exercer nossa vontade, atingindo nossas metas e interferindo nas circunstâncias, apesar das limitações impostas pela biologia, pela história, pela estrutura social, pela boa ou má sorte e também por outros fatores que possamos ou não estar cientes deles. (GECAS, 2003)

No âmago do agente humano, está o *self* (o eu, a própria pessoa). Ele está presente na maioria dos processos cognitivos e afetivos, tais como a percepção e sua regulação, o processamento de experiências, memória, emoção e motivação.

A visão do eu como um agente criativo e ativo em seu ambiente é denominado como “função executiva do *self*” ou *self-agency*. Está envolvido na tomada de decisões,

iniciando a ação, negociando, controlando, manipulando, ou seja, exercendo controle sobre o ambiente. (BAUMEISTER, 1999 *apud* GECAS, 2003)

O auto-gerenciamento (*self-agency*) é a base da teoria sociocognitiva da auto-eficácia, que identifica as pessoas como agentes pró ativos, auto-pensantes, auto-reguladores e criativos e não simplesmente criaturas reativas, moldadas por eventos externos. (GECAS, 2003)

O conceito de auto-eficácia foi definido por Bandura, em 1977, como sendo a crença na própria capacidade em organizar e executar os cursos da ação necessários para alcançar determinado resultado. (RABELO, 2005) Através das crenças de auto-eficácia, o ser humano é capaz de acionar estratégias de comportamento que permitem enfrentar situações estressantes, ambíguas e imprevisíveis. (BANDURA, 1997)

As crenças pessoais de eficácia influenciam nas escolhas que as pessoas fazem perante um dilema, o quanto de esforço mobilizam em uma determinada empreitada, o quanto perseveram frente às dificuldades, se seus padrões de pensamento são positivos ou negativos, a quantidade de stress que experienciam no cumprimento das demandas do ambiente e sua vulnerabilidade à depressão. (BANDURA, 1991).

Aqueles que têm um alto senso de eficácia visualizam cenários de sucesso que eliciam guias positivos e suporte para a performance. Já quem duvida de sua eficácia visualiza cenas de fracasso e insiste nos vários aspectos do que pode dar errado. (BANDURA, 1993) Pessoas que olham para si mesmas como auto-eficazes tendem a justificar suas falhas à falta de esforço suficiente, enquanto aqueles que se acham ineficientes tributam como causa de suas falhas a sua baixa habilidade¹⁷ (BANDURA, 1991).

¹⁷ Segundo Bandura (1991), habilidade não é um atributo fixo que existe no nosso repertório comportamental. Na verdade é uma capacidade generativa, na qual, as características comportamentais, cognitivas, sociais e motivacionais devem ser organizadas e efetivamente orquestradas para servirem a numerosas finalidades. Também envolve a capacidade em lidar com reações emocionais aversivas que podem prejudicar a qualidade do que é pensado e a ação.

Existe uma diferença marcante entre possuir habilidades e conhecimentos para uma determinada ação e estar apto a usá-los sob condições adversas. Concluir uma tarefa requer não só habilidades, mas crenças em sua auto-eficácia para utilizá-las com propriedade. Portanto, uma pessoa com o mesmo conhecimento e habilidade pode ter um resultado pobre, adequado ou extraordinário dependendo das flutuações de como ela pensa a sua auto-eficácia. (BANDURA, 1993).

Apesar das flutuações associadas com as transições de comportamento, eventos históricos, sucessos e fracassos nos vários setores do autogerenciamento, a auto-eficácia, em geral, pode ser um dos mais estáveis aspectos da personalidade durante o curso da vida. (GECAS, 2003)

Bandura (1997) relata que experiências relevantes quanto à auto-eficácia, vivenciadas durante a infância, produzem conseqüências, a longo prazo, na construção da vida adulta: “A progressão desenvolvida pelo senso de gerenciamento pessoal leva a criança a perceber a relação causal entre os eventos, a entender a causa através da ação e finalmente se reconhecer como agente da ação”

As crianças entendem a causalidade dos eventos, exercitando o controle sobre o ambiente. Ambientes que respondem às ações da criança promovem o desenvolvimento da causalidade, enquanto que, ambientes onde as ações ocorrem independentemente da ação da criança podem retardar o desenvolvimento do gerenciamento pessoal (BANDURA 1997).

Embora ações eficazes de sucesso continuem sendo a mais importante origem da auto-eficácia durante a infância, outros princípios que dependem mais da interação simbólica também surgem como conseqüência.

Segundo Bandura (1997), existem três outros princípios de informação eficaz: a experiência indireta, que se refere à observação da performance bem sucedida de outros, envolvendo uma comparação social; a persuasão verbal, que diz respeito à opinião dos outros sobre o seu desempenho e o despertar emocional, que se refere às

percepções individuais sobre as suas capacidades, perante alguns estados emocionais como o medo e a ansiedade.

Em nosso estudo¹⁸, encontramos ações de auto-eficácia na infância através dos relatos dos idosos sobre a construção dos seus brinquedos:

“Sabe, a gente construía tudo com madeira, pois não tinha borracha ou lata. Às vezes, a gente conseguia um pedaço de borracha para fazer um estilingue, mas, a maioria dos brinquedos nós fazíamos de madeira como pião, carrinho, vai e volta (....)”.

(Manoel)

”Quando eu era criança, eu fazia carrinho, peão. Eu pegava a madeira, ia cortando ele assim e depois, quando estava quase na posição, eu ia girando ele e raspando assim. (faz gestos circulares com as mãos). Eu também fazia roda gigante para as meninas brincar de boneca. Eu fazia um parque, neste parque tinha barco, roda gigante, tudo direitinho. Fazia banquinho, fazia as mesinhas para almoço e botava as bonecas pra almoçar. A gente pegava um pedaço de pau, montava e saía andando (...) na época da gente, era muito pobre só tinha pião e bolinha de gude.”

(Edvaldo)

Estas histórias revelam uma infância rica em experiências de “erro e acerto”, dentro de um ambiente favorável à liberdade de imaginação e criação. Devido à necessidade de construir os próprios brinquedos, estes idosos iniciaram a formação da sua auto-eficácia desde cedo, qualidade que foi aprimorada e desenvolvida na vida adulta, permanecendo ativa até a velhice.

Diferentes períodos da vida são associados com certos desenvolvimentos dentro de diferentes contextos sociais, exigindo do indivíduo mudanças nas demandas de competência. Família, grupo de amigos e escola são especialmente importantes para o desenvolvimento da criança e do adolescente. Trabalho, hobby e a formação de uma

¹⁸ Para demarcar com mais ênfase a abordagem da auto-eficácia utilizada para teorizar a investigação, citamos, desde já, alguns trechos dos depoimentos dos sujeitos que ajudaram na escolha deste aporte teórico.

família são contextos importantes para desenvolver a auto-eficácia e o exercício da ação/intervenção para os adultos. (GECAS, 2003)

A variação do contexto social e a ocupação de diferentes cargos ou posições dentro da estrutura social concedem às pessoas diferentes acessos às oportunidades de exercício da auto-eficácia. (GECAS, 2003) Se pensarmos no envelhecimento, a aposentadoria sem uma preparação adequada, a falta de locais para convivência e a dificuldade de acesso aos ambientes de lazer são fatores que dificultam o exercício da auto-eficácia pelos idosos.

Outro fator relevante é a avaliação incorreta das suas capacidades, principalmente as que dizem respeito ao funcionamento físico e cognitivo. Isso ocorre devido a uma incorreta compreensão do envelhecimento biológico, de atitudes sociais e práticas institucionais. (RABELO, 2005)

Como existe uma expectativa de que a velhice acarrete um obrigatório declínio nas competências físicas e cognitivas, as instituições sociais se antecipam e criam barreiras à participação social das pessoas mais velhas, antes mesmo que eventuais incapacidades se instalem. “Ao longo de toda a vida, as pessoas aprendem a ter expectativas compatíveis com essas crenças, ou seja, aprendem que é normal e esperado perder competência e agência na velhice e passam a comportar-se de acordo com essas crenças” (NERI, 2006, p. 4).

Riley, Kahn and Foner (1994) argumentam que existe um “lapso cultural” em nosso conceito sobre o envelhecimento que foi transferido de geração em geração, quando então, os idosos eram realmente mais frágeis e mais dependentes do que a maioria dos idosos na nossa sociedade contemporânea.

Atualmente, a manutenção de níveis mais elevados de auto-eficácia na velhice, difíceis de manter-se nas gerações passadas, é possível, devido ao aumento da longevidade e da qualidade de vida dos idosos, proporcionada pelas mudanças tecnológicas e pelo avanço da medicina moderna. Quando as capacidades mentais e

físicas realmente declinam, o que inevitavelmente acontece na idade mais avançada, os idosos podem sustentar a crença de auto-eficácia de várias maneiras.

Algumas pessoas entram em um processo de “auto-imunização” que protege e estabiliza sua auto-estima. Este processo inclui comparações sociais vantajosas a seu respeito como, por exemplo, comparando suas habilidades com as de pessoas da mesma faixa etária ou mais velhas, através de avaliações seletivas. Este comportamento faz com que o declínio nas suas habilidades seja menos evidente. (BRANDTSTADTER e GREVE, 1994)

Outra forma é através das atribuições seletivas, nas quais o indivíduo atribui inabilidade em um determinado domínio, de uma determinada área, à falta de interesse, motivação ou às circunstâncias externas, como também à memória seletiva, percepção e a outros mecanismos de defesa que todos nós utilizamos como uma proteção ao nosso sentido de eficácia e a nossa autovalia. (BRANDTSTADTER e GREVE, 1994)

Gecas (2003) também afirma que “enquanto as habilidades físicas e mentais declinam com a velhice, a auto-eficácia pode não apresentar o mesmo nível de declínio, devido a processos compensatórios, mudanças de setores de comparação e outros mecanismos de autoproteção”.

A presença da auto-eficácia na velhice aparece como um forte indício de envelhecimento ativo¹⁹ e longevidade: “saber superar adversidades determina o nível de adaptação a mudanças e a crises do processo de envelhecimento. Homens e mulheres que se preparam para a velhice e se adaptam a mudanças fazem um melhor ajuste em sua vida depois dos 60 anos”. (OMS, 2002, p.27)

Lawton (1989), ao estudar os efeitos do ambiente na depressão em idosos, dividiu a eficácia em objetiva e subjetiva. O autor relata que a eficácia objetiva reflete a forma como o indivíduo, com um certo grau de competência, lida com a pressão do

¹⁹ Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (OMS, 2002).

ambiente ou como se utiliza dos recursos provenientes do ambiente para solucionar um problema. Já a eficácia subjetiva indica a expectativa do indivíduo quanto a ter sucesso em lidar com os desafios do ambiente.

Em nosso estudo, a eficácia objetiva é demonstrada com a construção do dispositivo assistivo e a subjetiva quando observamos na fala dos idosos expressões como: “eu mesmo fiz”, “eu consigo”, “eu faço de novo”.

Knipscheer et al. (2000), ao examinarem os determinantes psicossociais e ambientais que estão envolvidos na depressão em idosos através do modelo de Lawton (1989), observaram que o baixo senso de auto-eficácia está intimamente relacionado com sintomas depressivos, principalmente quando combinado à baixa capacidade funcional. Aspectos relacionados à auto-eficácia subjetiva (sentir-se capaz e sentir-se seguro na vizinhança) e à auto-eficácia objetiva (realizar sozinho os serviços da casa) contribuíram significativamente para a diminuição dos sintomas depressivos.

Os autores concluíram que ser capaz e sentir-se capaz de influenciar o ambiente são condições associadas ao aumento de comportamentos pró-ativos e diminuição de sintomas depressivos em idosos com baixa capacidade funcional. Através da construção do dispositivo assistivo, os idosos modificaram a sua situação frente ao ambiente, ou seja, diminuíram as barreiras que os separam de uma vida autônoma e independente, facilitando a sua movimentação que antes era inviável ou difícil.

O senso de auto-eficácia pode variar de acordo com a complexidade da tarefa, exigindo do indivíduo maior ou menor esforço para realizá-la. Na literatura, existem trabalhos que estudam a auto-eficácia em domínios específicos como: auto-cuidado, memória, relações interpessoais, atividades instrumentais entre outros, avaliados através de testes em tarefas específicas.

Concordamos com Rabelo (2005) que, dada a grande heterogeneidade de funcionamento das competências na velhice, a análise das crenças de auto-eficácia requer avaliação em domínios selecionados. Além disso, as diferenças de idade,

gênero e ambiente também são grandes influenciadores no desenvolvimento e na expressão da auto-eficácia. (GECAS, 2003)

No entanto, para que ocorra a realização de uma tarefa por completo, ou seja, com intenção, início, meio, e fim, é necessário que todos os sistemas estejam interligados e sincronizados.

O que podemos afirmar é que, para uma dada tarefa, é necessário maior ou menor uso de cada domínio. Assim, acreditamos que o ato de construir o dispositivo assistivo está relacionado ao aspecto cognitivo e instrumental.

Instrumental, pois o ato de construir o dispositivo pode ser relacionado à competência instrumental de vida diária, na medida que se relaciona com atividades que criam arranjos para facilitar a vida.

Cognitivo, pois utiliza-se de competências como: memória, abstração, habilidades construtivas e visuo-perceptivas. Em nosso estudo, os idosos não utilizaram apenas a sua capacidade física para construir o dispositivo, mas tiveram primordialmente a idéia, a intenção de produzi-lo, o que para nós é o fundamental para se iniciar uma ação auto-eficaz.

Diante do aporte teórico exposto, a pergunta inicial que questionava quais os motivos que estimulam o idoso a desenvolver e adaptar dispositivos assistivos foi ampliada para a compreensão da auto-eficácia na vida dos idosos estudados.

Pergunta Inicial

- Verificar os motivos que levam os idosos a desenvolverem e adaptarem dispositivos assistivos para uso próprio ou de seus familiares.

Objetivo Geral

- Compreender o comportamento dos idosos ao construírem e adaptarem dispositivos assistivos para uso próprio ou de seus familiares.

Objetivos Específicos

- Averiguar quais dispositivos são desenvolvidos e adaptados pelos idosos, fotografando-os²⁰ ;
- Averiguar quais os materiais utilizados para a construção e adaptação do dispositivo, seu custo e aquisição;
- Verificar se existe relação da idade, renda mensal, escolaridade, profissão e gênero, com o ato de construir um dispositivo assistivo;
- Contribuir com a formulação de Políticas Sociais que estimulem a participação dos idosos na fabricação e conservação de dispositivos assistivos, além de repensar o design dos dispositivos atuais.

²⁰ As fotos encontram-se no Anexo IV.

METODOLOGIA

**“Com a fotografia,
a imagem do homem
se democratiza”
(Boris Kossoy, 2004)**

Frente aos objetivos propostos nesta pesquisa, a metodologia com abordagem qualitativa torna-se a opção de escolha mais adequada, pois é a mais apropriada nos estudos que buscam interpretar o comportamento humano, levando-se em conta que o homem não é um organismo passivo, mas sim que interpreta continuamente o mundo em que vive (MOREIRA, 2002).

Esse ser dinâmico interage todo o tempo com o meio, modificando-o. Esta interação ocorre, muitas vezes, sem razões explícitas e sem intenção significativa, cabendo ao pesquisador analisar o sujeito em um contexto social, de pertinência a uma geração, a um sexo, uma profissão, a filiações diferenciadas, para entender seu sentido, sua razão, sua organicidade e sua visão de mundo.

Concordamos com Veras (2003), que é chegado o momento de ir além da descrição basicamente quantitativa do envelhecimento, das mudanças do perfil demográfico, para uma reflexão das mudanças culturais e sociais presentes nesta população.

Entende-se que cada ser humano é um ator social que se caracteriza pela participação no seu tempo histórico, em um certo grupo social, construído e construtor de uma cultura. Assim, o ser humano tanto é “portador passivo de tradições”, como construtor ativo de uma nova cultura, portanto, uma fonte inesgotável de comportamentos acumulados e novos (MINAYO, 2000; BOURDIEU, 1973; GEERTZ, 1989).

Diante destas múltiplas facetas do ser humano, escolhemos como procedimento metodológico a entrevista semi-estruturada, cuja ordem e assuntos abordados não obedecerão a uma seqüência rígida, mas serão determinados, freqüentemente, pelas próprias preocupações e ênfases que os entrevistados darão ao assunto em pauta.

A entrevista será uma “conversa com finalidade” cujo roteiro servirá de orientação, de baliza para o pesquisador e não de cerceamento da fala dos entrevistados (PARGA NINA, 1983 *apud* MINAYO, 2000).

Considerando que parte da entrevista possui dados sócio-demográficos como, idade, renda familiar, entre outros, utilizaremos conjuntamente uma abordagem quantitativa para observar se existe relação entre estes dados e a pergunta de pesquisa. Como afirma Minayo (2003), “O conjunto dos dados qualitativos e quantitativos, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois, a realidade abrangida por eles, interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”.

Foram entrevistados quatro sujeitos do sexo masculino e um do sexo feminino, com idade acima de 65 anos, moradores da Cidade de São Paulo, que construíram ou adaptaram dispositivos assistivos para uso próprio. (Tabela 2)

Infelizmente, dois idosos do projeto inicial faleceram antes de ser realizada a entrevista. No entanto, incluímos a fotografia de um deles e seus dados pessoais que certamente contribuíram para o esclarecimento dos objetivos.

Os sujeitos foram localizados através de contatos com agentes comunitárias, ou líderes das comunidades, que já possuíam um vínculo prévio com o idoso, intermediando o primeiro contato. As entrevistas foram realizadas no domicílio dos idosos, pois devido a nossa experiência anterior é geralmente na casa que as adaptações são projetadas e idealizadas.

Tabela 2. Sujeitos da pesquisa.

Nome	Idade	Profissão	Renda mensal	Dispositivo Assistivo
Manoel	76	Pedreiro	R\$ 440,00	bengala
Miguel	86	Serralheiro	R\$ 760,00	Barras paralelas e apoio para os pés da cadeira de rodas.
Edvaldo	70	Pedreiro	R\$ 80,00	bengala
Alice	71	Do lar	R\$ 700,00	Cadeira de rodas
Mariano	65	Eletrotécnico	R\$ 10.000,00	Faixa de alongamento
Leonildo*	89	Cortador de cana	s/ inf.	bengala
Agripino*	85	Carpinteiro	s/ inf.	bengala

* faleceram antes de ser realizada a entrevista.

As entrevistas foram gravadas e seguiram, sempre que possível, o roteiro previamente determinado (anexo I), onde foram abordados os principais tópicos relativos ao problema desta pesquisa.

Paralelamente às entrevistas, o diário de campo (Anexo II) foi utilizado para registrar as impressões sobre o ambiente, a pessoa entrevistada, os familiares, enfim, detalhes que foram esclarecedores e incorporados à análise da pesquisa. Oliveira (1998), ao interpretar a obra de Wright Mills, “O artesão intelectual”, cita a importância de coligir anotações em arquivos:

Não devemos descuidar nem mesmo dos minúsculos detalhes, das coisas momentaneamente vagas. Futuras associações criativas podem desvendar nexos hoje não percebidos. (1998:19)

Além da entrevista e do diário de campo, utilizamos o uso da imagem em fotografia (Anexo IV), artifício já usado pela antropologia social para analisar a relação

do sujeito com a sua própria imagem, a construção da representação de si e sua interação social (PEIXOTO, 2000).

Nesta pesquisa, a fotografia tem o papel de “fixar” a imagem do dispositivo assistivo, primeiramente como um dado ilustrativo, podendo, se necessário, complementar informações na análise de dados, principalmente em seu aspecto estético e utilitário.

Vivemos em uma sociedade onde a imagem tem predominância sobre os demais sentidos, embora, o emprego de materiais visuais, como método de pesquisa qualitativa seja pouco utilizado na comunidade científica. (LOIZOS, 2000) Compartilhamos com Loizos, (2000), ao assinalar que a imagem congelada em foto oferece um “registro restrito, mas poderoso das ações temporais e dos acontecimentos concretos e materiais”. Por acreditar nisto, esta pesquisa, ao se utilizar de dados visuais, mostra a complexidade que envolve, não só conhecer, através do roteiro, os motivos que levam os idosos a desenvolverem e adaptarem os dispositivos, mas, concretizá-los no design, materializado através das imagens congeladas.

A fotografia foi o último passo no trabalho de campo, pois, como bem coloca Clarice Peixoto:

A câmera foi introduzida à medida que as relações iam sendo tecidas: mais do que um instrumento invasor que poderia provocar uma rejeição por parte dos atores e uma ruptura das relações entre observador e observado, ela deveria servir como mediação entre o antropólogo e as pessoas filmadas. A câmera se insinua no campo a partir do momento em que a confiança se estabelece entre os diversos atores da cena social. (2000: 73)

A câmera fotográfica digital possui um recurso tecnológico muito importante: a visualização da imagem fotografada por uma tela. Curiosamente, os idosos do sexo masculino mostraram-se extremamente preocupados com a sua aparência e interessados em receber as fotos. Este recurso mostrou-se de extrema importância,

pois possibilitou ao fotografado avaliar a sua própria imagem e, desta forma, autorizar com maior esclarecimento a sua utilização para a pesquisa²¹.

Como prometido, voltei uma semana depois, sem a agente comunitária, para entregar as fotos de presente. Houve neste momento, a consolidação do vínculo. Fui recebida pelos idosos com muita alegria e uma certa surpresa. Desta vez, a conversa fluiu mais naturalmente, com assuntos variados e espontâneos. Aproveitei a oportunidade para tirar algumas dúvidas que não tinham sido esclarecidas na primeira entrevista. A devolução para o pesquisado, da sua contribuição, tornou a pesquisa mais gratificante e, de certa forma, mais igualitária.

Durante as primeiras entrevistas, a pergunta de aspecto mais subjetivo como: Qual o significado deste instrumento para você? foi substituída, pois os idosos não a compreendiam. Optamos por perguntas mais objetivas que representam o universo particular do idoso, dentro da importância ou o valor que ele dá ao seu dispositivo.

Assim, essas entrevistas mostraram-se importantes, pois auxiliaram na modificação do roteiro e na elaboração de uma estratégia de ação mais direcionada à população estudada. Edgar Morin (2000), quando discursa sobre as incertezas do conhecimento, ressalta a importância da estratégia em ambientes instáveis.

O cenário pode e deve ser modificado de acordo com as informações recolhidas, os acasos, os contratempos ou boas oportunidades encontradas ao longo do caminho. Podemos no âmago de nossas estratégias, utilizar curtas seqüências programadas, mas, para tudo que se efetua em ambiente instável e incerto, impõe-se à estratégia (2000: 90).

Acreditamos ser relevante mencionar que, ao entrevistar os primeiros idosos, não possuíamos conhecimento sobre a teoria da auto-eficácia. Este fato permitiu ao entrevistador atuar em campo sem “idéias pré-concebidas”, tornando a pesquisa menos contaminada.

²¹ Os termos de consentimento livre e esclarecido encontram-se no Anexo III.

Após a análise do conteúdo das entrevistas, cruzando os dados entre si, observamos concordâncias entre as falas dos sujeitos, principalmente no que diz respeito à crença nas próprias capacidades em solucionar um problema. Portanto, os elementos de construção para a escolha da teoria de análise, a auto-eficácia, foram dados, exclusivamente pelos sujeitos, através dos seus relatos.

Assim, nos valeremos dos dizeres de Medeiros (2004), para resumir como o nosso trabalho foi desenvolvido: Primeiramente, as histórias de vida foram reconstituídas, organizando-se os acontecimentos em ordem cronológica. Em seguida, procurou-se identificar categorias, por meio das quais se pudesse conhecer o sujeito estudado.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

**“Por isto eu pergunto
À você no mundo
Se é mais inteligente
O livro ou a sabedoria”
(Marisa Monte)**

A intenção inicial, ao se realizar esta pesquisa, foi de verificar quais os motivos que levam os idosos a construir e adaptarem dispositivos assistivos para uso próprio, ou de seus familiares.

Quando fomos a campo, percebemos que os motivos para a construção relatados pelos idosos eram variados e, às vezes, múltiplos como: a falta de dinheiro, a falta de informação sobre o local da compra, a necessidade de um dispositivo mais funcional, motivos estes já observados anteriormente em nossa experiência no Atendimento Domiciliar.

Porém, uma característica presente no discurso de todos os entrevistados era a confiança nas próprias habilidades para construir o dispositivo assistivo, ou seja, resolver o seu problema com os recursos disponíveis no momento. O motivo para a construção, isoladamente, tornou-se então insuficiente para entendermos a atitude dos idosos frente a sua necessidade.

Este comportamento observado nos idosos nos direcionou para a teoria da auto-eficácia e são evidenciados nos relatos a seguir.

Para responder às perguntas: Por que você decidiu produzir este dispositivo? ou, de onde veio a idéia de construir o dispositivo? a utilização das expressões “de mim mesmo” utilizada várias vezes por 2 entrevistados e “foi da minha cabeça”, “eu mesmo que fiz” demonstram um senso combinado de competência e confiança nas próprias habilidades.

Outros exemplos claros da confiança em seus próprios atos e nos objetos que constroem são demonstrados, por exemplo, no discurso do Sr. Manoel que, ao ser questionado sobre a necessidade de dar uma das bengalas, qual seria, o mesmo respondeu:

“Eu daria a que eu fiz, pois eu posso fazer outra de novo. Eu faço outra quando eu quiser, é fácil”.

Da mesma forma, o Sr. Miguel, quando questionado se trocaria as suas barras paralelas por uma vendida na loja, respondeu:

“Eu prefiro ficar com esta, porque fui eu que soldei. Olha, modéstia à parte, as coisas (que eu faço) não têm retorno, faz direito, com uma solda muito bem feita, fica bom.”

O Sr. Mariano também respondeu:

“Primeiro, eu iria testar para ver se tem o mesmo efeito, mas, eu acho que eu não trocaria não, eu ficaria com a minha.”

Em contrapartida a esta atitude de confiança e orgulho da sua criação, temos o Sr. Edvaldo que disse:

“Eu trocaria a minha bengala por uma vendida no comércio, porque é mais decente, é mais bonita”.

Acreditamos que esta fala tem a ver com o fato do mesmo ter utilizado como material para a sua bengala, peças retiradas do lixo. Durante a entrevista, ficou claro o

seu constrangimento em relação ao seu lar e a sua situação financeira. Neste caso, a falta de auto-estima e de reconhecimento da família não permitem que o idoso enxergue o quão maravilhosa e criativa é a sua construção.

Em um outro momento, quando questionados sobre qual a técnica, o modelo ou a medida que eles utilizaram para a construção, a resposta surpreende. Nenhum deles utilizou um modelo, ou uma fotografia. A construção se deu a partir de dados armazenados na memória e da concepção particular de cada um, de como deveria ser a forma do objeto.

“Eu vi um parecido em uma Clínica de Fisioterapia que eu freqüentei uns tempos atrás para cuidar do meu joelho direito. O que tinha lá era mais ou menos assim, só que tinha um tamanco na ponta”.

(Sr. Mariano)

“Eu sempre fui acostumado a trabalhar em construção, em encanamento, estas coisas, aí eu vi um cotovelo do cano de plástico e notei que dava certo para uma bengala, aí eu fiz”.

(Sr. Manoel)

“Eu medi por mim mesmo. Eu botei a madeira por aqui (aponta o quadril direito) e fiz”.

(Sr. Edvaldo)

“Olha, modéstia à parte, eu sou uma pessoa meio curiosa, então, um dia eu estava fazendo Fisioterapia e vi uma pessoa usando as barras paralelas, aí cheguei em casa e fiz. Eu fui testando, coloquei a cadeira de rodas na frente (das barras) e levantava com as próteses para ver a altura”

(Sr. Miguel)

Outro dado interessante é que os idosos não só construíram o dispositivo sem um modelo ou uma medida, como acertaram o lado correto de utilização e a altura

adequada ao seu biotipo. Eles foram construindo o dispositivo e testando neles mesmos até obterem um resultado satisfatório.

Além disso, o motivo para a construção e o uso do dispositivo não foi por indicação de um profissional ou familiar. Os idosos, através da percepção do próprio corpo, sentindo a necessidade de um auxílio, resolveram tomar uma atitude e realizar uma ação para resolver o seu problema:

“Ninguém me indicou. A Fisioterapeuta me disse que eu precisava melhorar a movimentação do pé, então eu pensei e fiz. Agora todo mundo aqui me chama de Professor Pardal”.

(Sr. Mariano)

“Não, ninguém me orientou. Eu dei um tiro e acertei”.

(Sr. Edvaldo)

“Por mim mesmo, eu vi que eu ia necessitar. A minha perna estava ficando fraca (...) ninguém me deu a instrução ou a idéia, foi de mim mesmo. Eu sentia a perna fraca, queria andar e não conseguia”.

(Sr. Manoel)

“No início, o meu marido alugou uma cadeira de rodas. Com ela, eu andava na rua e no quintal, só que, na cozinha, a cadeira de rodas, por causa do tamanho das rodas não encosta na pia, então, eu tive esta idéia, expliquei para o meu cunhado e ele fez pra mim na firma dele”.

(Sra. Alice)

Através desses relatos, podemos perceber a auto-eficácia como uma característica presente na personalidade dos idosos estudados que os auxiliou no enfrentamento das suas perdas físicas e sociais. Ela é, antes de tudo, uma condição interna do indivíduo, algo que lhe pertence e que foi construído e moldado durante o seu curso de vida.

Para entendermos melhor os fatores que influenciam a expressão da auto-eficácia na velhice, temos como objetivos específicos da nossa pesquisa a análise dos dados pessoais no que se refere à idade, renda, escolaridade, profissão e gênero.

A idade, por exemplo, variou de 65 até 89 anos com uma média de 77 anos. Essa média demonstra que, mesmo idosos mais velhos são capazes de solucionar os seus problemas de maneira eficaz. Esse achado está em acordo com a literatura (IMUTA e col., 2001 SCHUURMANS e col., 2004 *apud* Néri, 2006) que considera a presença e o grau de incapacidade funcional mais relacionada à baixa eficácia do que à idade cronológica: idosos frágeis apresentam pior senso de auto-eficácia que os independentes, porém melhor do que os restritos ao leito.

Em relação à situação econômica, observamos que a falta de recursos financeiros não foi o motivo principal para a construção do dispositivo, ou seja, indivíduos com grandes diferenças de renda mensal (de R\$ 80,00 até R\$ 10.000,00) demonstraram um comportamento semelhante frente a uma necessidade individual – construíram um dispositivo para auxílio. Diante dessa grande diferença de recursos econômicos, tentamos aqui, desmistificar o papel da pobreza como único e principal motivo deste comportamento.

Podemos então inferir, baseado em um provérbio popular, que a necessidade é sim, a mãe da invenção. Porém, a necessidade de que falamos aqui não está relacionada a aspectos econômicos, mas, a uma necessidade interna de cada ser humano em resolver o seu problema, através das suas habilidades.

Outro dado interessante é em relação ao grau de escolaridade. Os idosos estudados são analfabetos ou possuem baixa escolaridade e, mesmo assim, sentem-se capazes e seguros para construir um objeto somente com a sua percepção individual, com o seu aprendizado vivencial.

Observamos também que a profissão/ocupação tem um peso importante na construção e expressão da auto-eficácia. Os idosos que construíram e adaptaram os

dispositivos assistivos possuem, na sua história, uma ocupação ligada ao “fazer com as mãos”, seja ela no trabalho, ou como um hobby. Hoje, na velhice e sem uma ocupação formal, estes idosos utilizaram as suas habilidades para manter o seu bem-estar e garantir a sua independência.

Nossos achados estão em acordo com a literatura que considera o local de trabalho e o tipo de ocupação como grandes influenciadores da auto-eficácia: “A quantidade de tempo que homens e mulheres despendem no trabalho e na preparação de papéis ocupacionais, assim como, a importância do trabalho na identidade pessoal possui grande influência no desenvolvimento e expressão da auto-eficácia e do gerenciamento pessoal”. (GECAS, 2002)

Além disso, Mortimer e Lorence (1995) acreditam que, dependendo das condições ocupacionais e do local de trabalho, o desenvolvimento e a expressão da auto-eficácia podem variar consideravelmente. Os fatores que afetam este comportamento são: a natureza do trabalho envolvido, as relações de poder e a presença de colaboradores. O grau de autonomia e o controle que o trabalhador tem sobre as condições e os resultados que derivam da sua produção também aparecem como fatores determinantes.

Os autores ainda complementam que: “O trabalho solidifica a auto-eficácia quando ele é complexo, desafiador e interessante e quando o trabalhador possui um alto grau de autonomia e responsabilidade”. Por outro lado, “condições desfavoráveis como, trabalho rotineiro, monótono onde o trabalhador tem pouca autonomia com pouca responsabilidade na tomada de decisão, há uma diminuição da auto-eficácia e o aumento da alienação e insatisfação pessoal”. (MORTIMER e LORENCE 1995)

Além da profissão, o hobby também aparece como influenciador na construção e expressão da auto-eficácia, como é observado no caso do Sr. Mariano. Ele tem o hobby de entalhar bichos na madeira, atividade que aprimora a habilidade manual fina e a capacidade de percepção visual e espacial.

Em depoimento sobre esta atividade, ele também deixa clara a presença da auto-eficácia na sua vida:

“Um dos hobbies que eu tenho e gosto é o entalhe de madeira. Eu faço tudo com as mãos, para isso eu uso madeira macia, não uso martelo. É um entalhe digamos, primário, mas eu consigo fazer. Eu fiz figuras realmente boas, fiz gansos, patos, ruas, montanhas, eu fiz a Cidade de Ouro Negro, eu peguei uma foto, copiei na madeira e entalhei. (...) eu aprendi sozinho na realidade. Comecei observando um colega que fez as aulas do SESI, lá aonde nós trabalhávamos e rapidamente eu consegui fazer melhor do que ele. Eu aprendi só observando.”

Através dos relatos, pudemos observar, também, que os materiais utilizados têm relação direta com a profissão. O Sr. Leonildo, por exemplo, construiu a bengala com o facão que utilizava para cortar a cana-de-açúcar na roça.

O Sr. Miguel, por ser serralheiro, construiu as barras paralelas e o apoio dos pés da cadeira de rodas com aço e ferro ao invés de madeira.

A Sra. Alice, que exerceu a ocupação de dona de casa, indicou para a construção da cadeira de rodas, uma cadeira de mesa de jantar e rodízios de geladeira, materiais encontrados em uma cozinha.

O Sr. Manoel, que exerceu a profissão de pedreiro da construção civil, construiu a sua bengala com canos de PVC, utilizados na construção da rede de esgoto e água de prédios e casas.

O Sr. Agripino, ao ver que a sua bengala necessitava de uma ponteira nova, aproveitou um pneu furado que estava no quintal e confeccionou uma. Ou seja, os idosos utilizaram materiais disponíveis e acessíveis ao seu alcance, mas, também, materiais e objetos conhecidos por eles.

Confirma-se, então, a nossa hipótese de que, ao construírem e adaptarem os seus dispositivos, os idosos escolham de forma natural, a estética dos objetos que os acompanham, de acordo com sua identidade e sua história de vida.

Vale ressaltar que, o que levamos em consideração nesta pesquisa não foi somente o idoso que teve a idéia e a concretizou. A Sra. Alice, por exemplo, não construiu a cadeira, porém, deu a idéia e orientou quais os materiais seriam necessários para a sua construção. Ela deu o primeiro passo, e a nosso ver, o mais importante para a solução do seu problema.

Da mesma forma, o Sr. Mariano teve a idéia e seguiu passo a passo a construção do dispositivo, dando as instruções para seu amigo e seu irmão. Nos dois casos, a ação da construção não foi efetivada pelo próprio idoso, devido a dificuldades físicas para realizá-la. O Sr. Mariano está com a movimentação restrita do hemicorpo esquerdo e a Sra. Alice tem dores fortes na coluna e nos pés.

Este fato demonstra que a preservação da capacidade funcional não é um preditivo para a presença da auto-eficácia, porém, auxilia na sua expressão. Se os dois idosos não tivessem auxílio dos familiares e amigos, talvez não conseguissem efetivar a sua idéia.

Podemos inferir então que, idosos que possuem um ambiente familiar e social facilitador, conseguem, mesmo com as suas restrições, manifestar a sua auto-eficácia.

Tanto a profissão/ocupação como o hobby, influenciaram estes idosos a projetarem e construírem o seu dispositivo. Isto não quer dizer que pessoas que não realizaram uma ocupação de característica predominantemente manual durante a vida, não possam ser auto-eficazes, até porque esta pesquisa estuda a presença da auto-eficácia em um domínio específico: a construção de um dispositivo assistivo.

Uma análise interessante que foi percebida, ao longo do trabalho, é a dicotomia entre estética e funcionalidade. Ao construírem e adaptarem os seus dispositivos

assistivos, os idosos consideraram ambas características importantes. Alguns consideram que as duas caminham juntas, outros as expressam com importância, porém, separadamente.

O Sr. Miguel, por exemplo, além de construir as barras paralelas, também adaptou um peso de ferro nos pés da cadeira de rodas. Ele explicou que com esse contrapeso a cadeira de rodas não tomba para trás ao subir as escadas melhorando, desta forma, a funcionalidade do dispositivo assistivo. Ao mesmo tempo, enfeitou este contrapeso com um papel de parede, personalizando o mesmo. Quando questionado o porquê do acabamento, ele respondeu:

“É para não ficar muito feio né. De vez em quando, eu troco o plástico e fica bonitinho. Também coloquei uns percevejos aqui em cima e pronto.”

Alguns idosos possuem a idéia de que o dispositivo comprado será sempre melhor do que o construído, mesmo admitindo que o construído funciona bem. Existe um conflito em escolher o dispositivo pela sua funcionalidade, ou pela sua estética.

“Eu troquei porque é melhor e mais bonitinha a bengala comprada, ela é mais bonita e também mais forte”.

(Sr. Manoel)

Esta fala demonstra que, para ele, a estética é consequência da funcionalidade, ou seja, ela é bonita, porque é mais forte.

Da mesma maneira, o Sr. Miguel diz:

“Ela funciona bem (bengala), eu já estou acostumado. É que aquela lá, (comércio) é envernizada, é bonitinha, tem um acabamento”.

A Sra. Alice, por outro lado, não teve dúvidas. Escolheu utilizar o dispositivo pela sua funcionalidade. Quando questionada se a cadeira construída era bonita, ela não teve dúvidas e respondeu:

“Não, eu acho ela horrorosa, mas, como ela é boa... quem ama o feio, bonito lhe parece, né? Ela se torna maravilhosa pela utilidade”.

Fica claro aqui, que os dispositivos assistivos fornecidos pelo comércio devem prezar igualmente pela estética e pela funcionalidade, não se esquecendo de que ambos são de cunhos individuais e pessoais. O Marketing e o Design devem avançar nos estudos sobre o envelhecimento, proporcionando aos idosos, opções de escolha mais amplas com respeito às diferenças culturais e de gênero, não esquecendo de incluí-los em todas as etapas do processo de produção.

Um outro aspecto que tem chamado a atenção dos estudiosos da auto-eficácia são as influências de gênero nas diferentes fases do curso da vida.

Trabalhos de pesquisa sobre o desenvolvimento da criança indicam que os meninos são mais ativos, impulsivos, agressivos, interessados em comportamentos mais exploratórios e de risco, procuram oportunidades para exercer o controle sobre o seu ambiente e apresentam mais autoconfiança que as meninas. (GECAS, 2002)

Na realidade, as diferenças de gênero no que diz respeito à auto-eficácia, refletem uma concepção cultural de “masculinidade” e “feminilidade”, onde o masculino é caracterizado pela capacidade do indivíduo de gerenciar o stress, a independência e a assertividade, enquanto que o “caráter” feminino é mais passivo, dependente e sensível.

Dessa maneira, em nossa sociedade, os homens são, desde cedo, estimulados a aumentar a eficiência e o autocontrole, enquanto as mulheres ainda são mais valorizadas por suas qualidades sensitivas.

Essa diferença no comportamento aparece em primeiro lugar na família, escolas e grupos de amigos. Na vida adulta, inexoravelmente, meninos e meninas terão adquirido as identidades apropriadas para o seu gênero com todas as implicações, positivas ou negativas, não só para o desenvolvimento da auto-eficácia como para todo e qualquer comportamento social. (GECAS, 2002)

É interessante notar que a autodescrição dos homens inclui maiores conceitos de gerenciamento, poder, controle e instrumentalidade, todos como um reflexo de um autoconceito no qual a eficácia e o domínio são componentes importantes. Já as mulheres se descrevem como mais generosas, mais perceptivas, mais preocupadas com “o cuidar” e ter mais consideração com os outros, enfatizando as relações e a comunicação interpessoal. (BLOCK, 1983)

Para a construção do dispositivo assistivo, foi necessária a utilização de competências ligadas à instrumentalização, o que em nossa sociedade, como foi descrito, é uma característica tipicamente masculina. Talvez, por isso, em nosso trabalho os homens se apresentaram em maior número que as mulheres. Além disso, a combinação de menores possibilidades de atuação durante a vida com a influência de estereótipos sociais, provavelmente levou as mulheres idosas a uma queda na crença em seu potencial de eficácia instrumental.

Seeman et. al. (1993) avaliaram as crenças na eficácia interpessoal (referente ao controle sobre as relações de amizade e laços familiares) e as crenças na eficácia instrumental (referente ao controle sobre a capacidade de locomoção, meios de vida e produtividade em geral), em relação à capacidade cognitiva de idosos na faixa dos 70 anos. Como resultado, os homens apresentaram maior eficácia instrumental que as mulheres, mas seus resultados de eficácia interpessoal foram semelhantes. Além disso, as crenças na eficácia instrumental entre os homens foram significativamente associadas a um melhor escore cognitivo total.

No caso de se auto-avaliar em relação a um desempenho específico, os homens mais velhos geralmente referem melhor capacidade de desempenho do que as mulheres, mesmo quando elas possuem um desempenho melhor ou igual a eles. (HERTZOG, 1990)

West et al. (2002) estudaram a auto-eficácia de memória e as diferenças entre os sexos durante o envelhecimento, com foco nas habilidades de memória espacial (recordação da localização de objetos da casa). Os resultados revelaram que os homens idosos tiveram tendência a superestimar a sua capacidade de localização, foram mais confiantes em tarefas com maior nível de dificuldade e responderam “eu consigo” mais freqüentemente. As mulheres, embora apresentassem melhor desempenho nas tarefas do que os homens mostraram uma auto-eficácia mais baixa.

Em um outro estudo sobre gênero e auto-eficácia, Beyer (1990) distribuiu a homens e mulheres jovens, tarefas cognitivas do tipo “masculino” (ex: perguntas sobre esporte), do tipo “feminino” (ex: perguntas sobre moda) e “neutras” (ex: anagramas), a fim de verificar se as avaliações de desempenho pós-tarefa variavam entre eles. Os resultados indicaram que a avaliação dos homens sobre a tarefa realizada foi significativamente mais confiante que a das mulheres, em relação às tarefas masculinas e algumas neutras, mas não houve diferenças entre os sexos quanto às tarefas femininas.

A análise de Beyer (1990) sugere que as diferenças de exatidão observadas foram devidas às expectativas diferenciais pré-teste, de homens e mulheres, pois quando as expectativas de eficácia passavam a ser controladas, essas diferenças entre os sexos não eram significativas. Ou seja, as mulheres iniciam as tarefas com a pré-concepção de que não vão conseguir, porém com o passar do tempo e com um *feedback* positivo passam a acreditar que são capazes.

Nesta mesma linha, Hertzog et al. (1990) observaram que as mulheres iniciaram os testes de memória com menos autoconfiança que os homens, porém depois de várias etapas de desempenho, suas crenças se modificaram, de acordo com os níveis de sucesso observado. Com o passar do tempo, durante o teste, as previsões feitas pelas mulheres tornam-se cada vez mais exatas que as dos homens.

Em relação a esses achados, Bandura (1992) relata que as realizações pessoais são o elemento de maior impacto na auto-eficácia do indivíduo, através do *feedback* direto obtido pelo resultado de suas ações. As expectativas sobre a auto-eficácia estão relacionadas, de modo integral e recíproco, ao desempenho: as crenças exercem influência sobre o desempenho e o *feedback* sobre o desempenho, por sua vez, exerce influência sobre as crenças de eficácia.

Concordando com este raciocínio, acreditamos que o dispositivo assistivo, por caracterizar-se como um evento físico e material, ou seja, “palpável”, serve para os idosos como um *feedback* constante de sucesso. Ao ver a sua idéia materializada em um objeto e utilizando-se dele para as atividades de vida diária, o idoso reafirma diariamente a sua independência. A presença do dispositivo assistivo serve, portanto, de constante *feedback* à auto-estima dos idosos estudados.

Por outro lado, a falta de oportunidade ou motivação para exercer certas habilidades pode estar relacionada a expectativas negativas acerca dos sexos e do envelhecimento. Néri (2006) acredita que o papel deletério desempenhado por preconceitos e estereótipos negativos ligados à idade dificulta a preservação da auto-eficácia. Os idosos passam a não se envolverem com as demandas da vida diária, a

dedicar menos esforço e a ter baixa persistência na busca de informações ou de estratégias que possam favorecer o seu desempenho.

Historicamente, sempre se deu mais ênfase à necessidade de sucesso profissional e acadêmico entre os homens do que entre as mulheres. Provavelmente, as próximas gerações de idosos apresentarão menores diferenças de desempenho entre os sexos, graças às tendências de maior igualdade nas oportunidades de trabalho e socialização. (SEEMAN, 1993).

Assim sendo, torna-se imprescindível incentivar o uso de habilidades adquiridas durante a vida, bem como o aprendizado de novas habilidades que facilitem o processo de envelhecimento independentemente do gênero e da idade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do nosso estudo, observamos a presença de elementos essenciais no processo de criação e construção dos dispositivos assistivos.

Lawton e Nahemow, 1973 *apud* Néri (2006, p.18) os descrevem da seguinte forma: “(...) para que as competências comportamentais de vida diária se manifestem é necessário a presença de três elementos: condições biológicas (capacidade funcional e cognitiva), mecanismos de auto-regulação do self (a auto-eficácia, por exemplo) e ambiente físico e social que permite, facilita, restringe ou impede a ocorrência das competências”.

A presença da auto-eficácia na personalidade dos idosos serve como um recurso interno para minimizar os efeitos das incapacidades funcionais que podem afetar o bem-estar e a qualidade de vida no envelhecimento.

Da mesma forma, a presença de condições biológicas favoráveis também são importantes, porém, devem ser analisadas de forma ampla. Os idosos deste estudo possuem histórico de doenças “incapacitantes” como AVC, artrose, amputação de membro inferior e alguns relatam episódios esporádicos de falha de memória. Mesmo assim, com as suas restrições físicas e cognitivas foram capazes de imaginar e construir, (na maioria dos casos, sem auxílio externo) um dispositivo assistivo.

Este dispositivo assistivo para a mobilidade - como no caso das bengalas e das cadeiras de rodas - possibilitou para o idoso a manutenção da sua rede social, já que o dispositivo auxilia na sua locomoção em casa e na comunidade. Desta forma, torna-se mais fácil o enfrentamento da sua nova condição, recuperando-se de um evento estressante como um AVC ou a piora de um quadro clínico.

Utilizando materiais conhecidos e disponíveis, os idosos concretizaram a sua idéia em um objeto que constantemente afirma a sua auto-eficácia, já que ele foi construído através da percepção individual de cada um e praticamente sem a necessidade de recursos financeiros.

Acreditamos, assim, que uma das contribuições essenciais do nosso trabalho é demonstrar que não existe a necessidade de grandes recursos financeiros para a concretização de um projeto.

O que realmente é necessário é um ambiente físico e social facilitador, onde os idosos possam expressar a sua auto-eficácia de diversas formas. Como exemplo disto, temos a construção dos dispositivos assistivos que, além de auxiliarem na sua independência, também expressam a sua identidade e sua história de vida, pois conservam na sua estrutura as “impressões digitais” de quem os fez. Este instrumento carregado de significado torna-se para ele uma extensão de si, uma demonstração de seus desejos e necessidades.

Cabe ao mercado e ao design continuar aprofundando seus estudos no envelhecimento e projetando dispositivos assistivos que se adequem melhor à realidade social, econômica e cultural do idoso. Paralelamente a isso, idosos ativos e criativos continuarão a desenvolver instrumentos para o seu bem-estar, pois possuem, na sua essência, a auto-eficácia como guia na resolução dos seus problemas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHÃO, J., & PINHO, D. L. M. (1999). Teoria e prática ergonômica: seus limites e possibilidades. In M. G. T. Paz & A. Tamayo (Orgs.), Escola, saúde e trabalho: estudos psicológicos (pp. 229-240). Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SÃO LUCAS. <http://www.associacaosaolucas.org.br>. Acesso: 18/02/2005.
- AZEVEDO, W. Os signos do design. São Paulo: Global, 1996.
- BANDURA, A. Social Cognitive Theory of Self-Regulation. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 1991, 50, p. 248-287.
- BANDURA, A. Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In: R. Schwarzer (ed.). Self –efficacy: Thought control of action, p. 3-38. Washington, DC: Hemisphere, 1992.
- BANDURA, A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. Educational Psychologist, 1993, 28 (2), 117- 148.
- BANDURA, A. Self-Efficacy: The exercise of control. New York: W.H.Freeman and Company, 1997.
- BEYER, S. Gender differences in the accuracy of self-evaluations of performance. Journal of Personality and Social Psychology, 1990, 59, 960-970.
- BÍBLIA. Português. Bíblia sagrada. Trad. Centro Bíblico Católico. 34^a ed. rev. São Paulo (SP): Ave Maria: 1982.
- BLOCK, J.H. Differential premises arising from differential socialization of the sexes: Some conjectures. Child Development, 1983, 54, 1335-1354.
- BRANDTSTADTER, J., GREVE, W. The aging self: Stabilizing and protective processes. Developmental Review, 1994, 14, p.52-80.
- BRASIL. ESTATUTO DO IDOSO. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003.
- BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 185, 5 de junho de 2001.
- BRITELL C.W. Prescrição de cadeira de rodas. In: Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen. São Paulo: Manole, 1994, p. 537-552.

- BROOKS et al. Use of devices for mobility by the elderly. *Wis Med J.* 1994, 93 (1): 16-20.
- COOK, A.M.; HUSSEY, S.M. *Assistive technologies: principles and practice*. St. Louis: Mosby, 1994.
- CORREIA, D.M.P.R. A origem da gíria bastão de Petrópolis. *Jornal de Petrópolis*, ano 5, n. 292, 2002. <http://www.ihp.org.br> Acesso: 01/03/2005.
- CUSHMAN, L.A.; SHERER, M.J. Measuring the relationship of assistive technology use, functional status over time, and consumertherapist perceptions of ATs. *Asst Technol.* 1996, 8, 103-109.
- DE CARLO M.M.R.P., LUZO M.C.M. Recursos Tecnológicos em Terapia Ocupacional – Órteses e Tecnologia Assistiva. In : *Terapia Ocupacional – Reabilitação Física e Contextos Hospitalares*. São Paulo, Rocca, 2004, p. 114-116.
- DEBERT, G.G. *A reinvenção da velhice*. São Paulo: Edusp, 1999, p.206
- DUARTE, Y.A. *SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) – O Projeto Sabe no Município de São Paulo: uma abordagem inicial – Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Brasília, 2003.*
- FORBES W.F. et al. Factors associated with self-reported use and non-use of assistive devices among impaired elderly residing in the community. *Canadian Journal of Public Health.* 1993; 84 (1): 53-57.
- GARDINER, M.D. Equipamento auxiliar de marcha. In: *Manual de Terapia por Exercícios*. São Paulo: Santos, 1986.
- GECAS, V. Self-Agency and the Life Course. In: *Handbook of the Life Course – (Handbooks of sociology and social research)*. New York: Kluwer Academic Publishers, 2003, p.369-385.
- GEERTZ, G. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro, LTC.
- GOIS, A., PETRY S. Brasileiro vive 1/5 de sua vida sem qualidade. *Jornal Folha de São Paulo*. 2003. junho 28; Caderno Cotidiano, p.C1.
- GORDON, R. A bengala com cabo de ouro. In : *A assustadora história da medicina*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1993, p.85-107.
- GUARALDI, S. Uma conversa sobre estética. *Revista Digital Art&*. 2005.
- HERTZOG, C. et al. Relationships between metamemory, memory predictions and memory task performance in adults, 1990, 5, 215-227.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. Rio de Janeiro, IBGE, 2002.
- KNIPSCHEER, C.P.M. et. al. The effects of environmental context and personal resources on depressive symptomatology in older age: a test of the Lawton model. *Ageing and Society*. 2000, 20: 183-202.
- LAWTON, M.P. Environmental proactivity and effect in older people. *The Social Psychology of Aging*. 1989 a, 135-163
- LEDUC M.M.S. Imobilidade e Síndrome da Imobilização. In: *Tratado de Geriatria e Geronologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.645.
- LOEBL W.Y., NUNN J.F. Staffs as walking aids in ancient Egypt and Palestine. *J.R. Soc Med*. 1997, 90: 450-454.
- LOIZOS, P. Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa. In: BAUER, M.W., GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático*. Petrópolis, Vozes, 2000.
- MEDEIROS, S.A.R. As trajetórias de vida dos cuidadores principais. In: KARSCH, U.M.S. *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: Educ, 1998.
- MINAYO M.C.S. A Entrevista. In : *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2000, p.107-122.
- MINAYO M.C.S. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. *Política Nacional de Saúde do Idoso*. Brasília: 1999.
- MONTEIRO, P.P. Espaços internos e externos do corpo: envelhecimento e autonomia. *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, 2003, n.75, p. 143-152.
- MORIN, E. *Os Sete Saberes necessários à Educação do Futuro*. São Paulo: Cortez, 2000, p.90.
- MORTIMER, J.T.; LORENCE J. Social psychology of work. In: COOK, K.S; FINE, G.A.; HOUSE J.S. *Sociological Perspectives on Social Psychology*. Boston, MA: Allyn & Bacon. 1995, p.497-523.

- NERI, A. L. (No prelo) O senso de auto-eficácia como mediador do envelhecimento bem sucedido no âmbito da cognição, das competências para a vida diária e do autocuidado à saúde. In: Auto-eficácia em diferentes contextos. R. G. Azzi e S. A. Polydoro (Orgs). Campinas: Editora Átomo e Alinea, 2006.
- NOGUEIRA, M.D.D.P.; SILVA, L.M.P.; SILVA, M.G.S. Design para a terceira idade nas áreas de higiene pessoal e necessidades fisiológicas. [Dissertação] São Paulo (SP) Centro Universitário Belas Artes de São Paulo - Desenho Industrial; 2004.
- NOVAES, M.H. Psicologia da Criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1975, p.85.
- O'DAY B.L., CORCORAN P.J. Assistive Technology: problems and policy alternatives. Arch Phys Med Rehabil. 1994; 75: 1165-9.
- OLIVEIRA, P.S. Caminhos de construção da pesquisa em ciências humanas. In : Metodologia das Ciências Humanas. São Paulo: Hucitec/Unesp, 1998, p.19.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Active Ageing - A Policy Framework. Key Policy Proposals, Madrid, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Hacia un Consenso Internacional sobre la Política de Atención de Salud a Largo Plazo en el Envejecimiento. Definición de la atención a largo plazo. Francia, 1998, p. 6.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. 2001; 79 (11): 1047-1055.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Plano de ação internacional para o envelhecimento, Madri: 2002 ; tradução de Arlene Santos - Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.
- ORGANIZAÇÃO DAS VOLUNTÁRIAS DE GOIÁS. <http://www.ovg.org.br> acesso: 18/02/2005
- PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- PEIXOTO, C.E. Imagens em caleidoscópio: jardins, praias, danças, jogos e gente envelhecida. In : Envelhecimento e Imagem – As fronteiras entre Pais e Rio de Janeiro. São Paulo: AnnaBlume, 2000, p. 71-97.
- PHILLIPS B., ZHAO H. Predictors of assistive technology abandonment. Assist Technol. 1993; 5 (1): 36-45.

- PICKLES et al. Dispositivos auxiliares para ajudar a independência. In : Fisioterapia na Terceira Idade. São Paulo: Santos, 1998, p.360-381.
- RABELO, D.F. Auto-eficácia. In: Néri, A. L. Palavras chave em Gerontologia. Campinas: Alínea, 2005, p.19-22.
- RILEY, M.W., KAHN, R.L., FONER, A. Age and Structural lag. New York: Wiley, 1994.
- ROSA, T.E.C. e col. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev Saúde Pública. 2003; 31 (1): 40-48.
- SANTOS, M. Por uma outra globalização. Do pensamento único à consciência universal. São Paulo: Record, 2000, p.46-78.
- SEEMAN, T.E. Self-efficacy and cognitive performance in high-functioning older individuals. Journal of aging and health. 1993, 5 (4), 455-474.
- SETTERSEN, JR. Richard A. "Introduction- Invitation to the Life Course: The Promise" In : Invitation to Life Course: Toward New Understandings of Later Life. New York: Baywood Publishing Company, 2003, p.1-11.
- SCHERER M.J., GAVIN J.C. Matching people with technology. Rehabilitation Management.1994; 9: 128-130.
- SCHMITZ T.J. Treinamento da marcha com dispositivos auxiliares. In : Fisioterapia – Avaliação e Tratamento. São Paulo: Manole, 1993, p.323-352.
- SONN U., GRIMBY G. Assistive devices in an elderly population studied at 70 and 76 years of age. Disability and Rehabilitation. 1994;16 (2): 85-92.
- SONN U. et al. The use and effectiveness of assistive devices in an elderly urban population. Aging (Milano). 1996; 8 (3):176-183.
- VERAS, R. A longevidade da população : desafios e conquistas. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, 2003, n.75, p. 6-18.
- VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad. Saúde Pública. 2003, v.19, n.3, p. 705-715.
- WERNER, D. Guia de Deficiências e Reabilitação Simplificada. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: CORDE, 1994. 654p.
- WEST, R.L., WELCH, D.C., KNABB, P.D. Gender and Aging: spatial self-efficacy and location recall. Basic and Applied Social Psychology. 2002; v.24 (1), p.71-80.

Anexos

Anexo I

ROTEIRO

Nome

Idade : Sexo: Origem:

Diagnóstico:

Credenciado pelo SUS:

Profissão :

Ocupação atual :

Escolaridade:

Religião:

Hobby:

Profissão dos pais :

Renda mensal :

Dispositivo que utiliza:

1 - Quem construiu este dispositivo?

2 – Quais os materiais que foram utilizados para a construção deste equipamento? Lembra quanto custaram? Foi fácil encontrar os materiais para fazê-lo? Quanto tempo levou?

3 - Porque você decidiu produzir este dispositivo?

4 - Quem lhe indicou o uso deste dispositivo?

5 - Este instrumento lhe auxilia a realizar qual atividade da vida diária?

6 - Você utilizou algum modelo?

7 - Você sabe se este dispositivo existe para vender?

8 - Você tem idéia de quanto custa este dispositivo?

9 – Você trocaria o seu dispositivo por um encontrado no mercado?

10 – Você possui algum familiar ou amigo próximo que já utilizou um dispositivo auxiliar? Como você o via?

Anexo II

Data: 23/03/2005

Nome : Manoel Calado da Silva Filho

Sexo: M Idade: 76 Origem: PE

Diagnóstico: HAS, Hérnia de hiato, Insuficiência Vascular Periférica

Credenciado pelo SUS: sim

Profissão: Pedreiro

Ocupação atual: ajuda a filha em casa

Hobby: -

Escolaridade: Aprendeu a ler e escrever na roça (nunca foi à escola)

Religião: Evangélico

Profissão dos pais : Lavrador (pai) Costureira (mãe)

Renda mensal : R\$ 240,00 (aposentadoria) + R\$ 200,00 (venda produto de limpeza)

Dispositivo que utiliza: bengala

1 - Quem construiu esta bengala? Por que o Sr. teve a idéia de construí-la?

Eu estava precisando, e fiz tudo sozinho. Eu tive a idéia de mim mesmo, ninguém me falou nada. Eu sempre fui acostumado a trabalhar em construção, em encanamento estas coisas, aí eu vi um cotovelo do cano de plástico e notei que dava certo para uma bengala, aí eu fiz.

2 - O Sr. pegou um modelo de algum lugar?

Não.

3 - Mas o Sr. já tinha visto uma bengala em algum lugar, para poder ter construído esta. O Sr. tem lembrança de alguém usando uma bengala ?

Foi da minha cabeça. Eu tive idéia vinda do cano de plástico que dá certinho.

4 - Onde estavam estes materiais?

Faz muitos anos que eu trabalho na construção civil, sabe.... Eu peguei de casa e da construção. Foi idéia minha mesmo.

5 - Porque o Sr. decidiu usar a bengala? Alguém indicou?

Por mim mesmo, eu vi que eu ia necessitar. A minha perna estava ficando fraca, ninguém me deu a instrução ou a idéia, foi de mim mesmo. Eu sentia a perna fraca, queria andar e não conseguia.

6 - Qual é a perna fraca?

A direita

7 - E de que lado o Sr. usa a bengala?

Do lado Direito

8 - Onde o Sr. usava esta bengala?

Onde eu podia ir ...na igreja ou em qualquer lugar eu ia de bengala.

9 - O Sr. se sentia melhor com ela ?

Sim, porque primeiro eu tive um andador, sabe como é, né? de quatro pernas, a minha filha comprou pra mim e depois, um irmão trouxe umas muletas, mas, tudo muito difícil de usar, dava muito trabalho para andar...aí, eu criei esta idéia.

10 - O Sr. tem idéia de quanto custou esta bengala?

É baratinho, um metro de cano de plástico deve ser uns R\$ 6,00, nem isso.

11 - A ponteira de borracha eu me lembro que o Sr. pegou da muleta, está certo?

É, peguei da muleta.

12 - Esta bengala custou então uns R\$ 6,00?

Não chegou a isto..uns R\$ 3,00 ou 4,00 no máximo.

13 - Onde o Sr. comprou o cotovelo?

Aqui no Itaim, em um depósito de construção.

14 - Na época que o Sr. construiu, tinha idéia de quanto custava uma bengala na loja?

Eu não sabia aonde procurar, aí Maria Luíza achou a bengala e pagou R\$ 12,00. Eu pensava que seria uns R\$ 20,00 ou R\$ 15,00.

15 - Então o Sr. achou que não valia a pena procurar por uma bengala, ou o Sr. não tinha este dinheiro?

Nós estávamos e ainda estamos muito pobres. A gente não achava bengala por aqui, eu ouvi falar que só em São Miguel que tinha...aí, eu digo, é muito mais fácil eu pegar um pedaço de cano de 1 metro e 30 cm e fazer a bengala.

16 - Então, o Sr. não sabia onde vendia uma bengala?

Não sabia...eu não tinha idéia

17 - O Sr. tinha idéia em loja de que, que vendia?

Não tinha, não sabia. Foi minha filha que achou.

18 - E o que aconteceu quando ela trouxe a bengala, o Sr. trocou pela sua?

Eu troquei porque é melhor e mais bonitinha a bengala comprada, ela é mais bonita e também mais forte. A outra está aí encostada, guardada.

19 - O Sr. tinha vergonha de andar com a sua bengala?

Não, não tinha. É que esta bengala é mais bonita.

20 - O Sr. teve algum familiar (pai, avô, avó) que utilizou uma bengala, um andador alguma vez?

Não. Não sei, não conheci, pois faz 50 anos que eu deixei eles todos lá em Pernambuco, papai e mamãe. Eu ouvi falar, por alto, que papai andou manquejando de uma perna, mas não sei se ele chegou a usar bengala.

21 - Qual a profissão do seu pai?

Da Lavoura

22 - E lá em Pernambuco? o Sr. chegou a ver alguém de bengala?

Não, lá em Pernambuco eu não conhecia nada disso, foi aqui em São Paulo, no interior em Fernandópolis e aqui no Itaim (Paulista).

23 - E qual a sua profissão?

Primeiro foi na lavoura até os 22 anos, aí eu comecei a trabalhar de pedreiro, na construção civil.

24 - E o Sr. trabalhou até quando?

Eu parei faz uns 4 anos, não consegui mais trabalhar. **(A filha interfere e diz que faz mais de 4 anos).**

25 - E o Sr. construiu quando esta bengala?

Foi depois que eu fiquei doente da perna. Faz uns 2 anos.

26 - Se o Sr. pudesse dar um significado para esta bengala, qual seria?

(O idoso não entende a expressão “significado”), então, reformulo a pergunta.

27 - O Sr. tem apreço, apego por esta bengala?

Tenho.

28 - Eu percebi que o Sr. não jogou ela fora.

Ela está bem guardada, porque é uma demonstração de como eu sou.

29 - Então o Sr. tem orgulho dela?

Tenho, porque eu gosto muito da minha profissão, eu tenho orgulho da minha profissão. Sabe, na minha casa, o único lugar que não tem azulejo é aqui. Até a Maria Luiza sabe colocar azulejo.

30 - Se o Sr. tivesse que dar uma das bengalas, qual seria?

(Fica um pouco pensativo) Eu daria a que eu fiz, pois eu posso fazer outra de novo, eu faço outra quando eu quiser, é fácil.

31- O Sr. usa a bengala para ir aonde?

Para ir na igreja para dar umas voltas no Itaim ...para ir no posto (saúde).

32 - Em casa, o Sr. não usa?

Eu uso, sempre uso, é que agora a minha perna está um pouco mais forte.

33 - Quanto tempo demorou para fazer a bengala?

Olha...umas 2 horas.

34 - E para juntar todo o material?

Eu fui ajuntando uns 2 dias. Comprei o cotovelo que eu não tinha, o cano é de um poço que tinha aqui, ele jogava água para cima para a caixa d'água. O poço está inativo porque eu entupi ele, faz muito tempo, antes de chegar a água da Sabesp. Aí eu aproveitei e só comprei o cotovelo.

35 - O Sr. também usou um cabo de vassoura né?

É, eu enfiei a vassoura no cano. Tinha um pedaço de vassoura velho no quintal, aí eu usei ele.

36 - E como o Sr. sabia qual era a altura certa para cortar o cano e a vassoura?

Eu medi aqui, no lugar aqui ó...na altura certa (aponta para o quadril direito).

37 - E como o Sr. sabia que era aqui?

Eu medi na altura certa, pois aqui é aonde vem todo o peso do corpo. Eu aprendi há pouco tempo que este osso é o fêmur.

38 - E como foi na sua infância, vocês compravam ou construíam as roupas e os brinquedos?

Sabe...a gente construía tudo com madeira, pois não tinha borracha ou lata. Às vezes, a gente conseguia um pedaço de borracha para fazer um estilingue, mas, a maioria dos brinquedos nós fazíamos de madeira como pião, carrinho, vai e volta....

39 - O Sr. sabia que o SUS tem um programa de fornecimento gratuito de meios de locomoção, como a bengala, por exemplo?

Não.

Diário de Campo

O Sr. Manoel me reconheceu da outra visita e concordou em responder ao roteiro e ser novamente fotografado. Percebi que, algumas vezes, lhe faltavam as palavras, não por esquecimento, mas, por falta de fluência verbal. Aprendeu a ler e escrever na roça, nunca freqüentou uma escola. Por exemplo, quando eu perguntei por que ele trocou a bengala comprada pela construída, ele repetia que a bengala comprada era mais bonita ééé..mais bonita, né? Ficou claro que ele queria usar o termo mais apropriada ou mais completa, mas, não conseguia. Necessitava algumas vezes da minha interferência ou da filha para completar as frases.

Mesmo dizendo que a bengala comprada era melhor, seu Manoel não doou ou jogou fora a sua. A manteve guardada, por quase 1 ano, em local visível e sabido.

O uso da máquina fotográfica digital trouxe como recurso tecnológico, a visualização da foto na tela. Este recurso mostrou-se importante para o Sr. Manoel que disse estar preocupado em sair feio na foto, pois não tinha feito a barba. Este fato demonstra a preocupação com a aparência. Após visualizar-se na tela, concordou em liberar a foto.

Data: 23/03/2005

Nome: Miguel Ribeiro do Nascimento

Idade: 86 Sexo: M Origem:MG

Diagnóstico: HAS, DM, Amputação de MMII

Credenciado pelo SUS: sim

Profissão: Policial /Mecânico/ Serralheiro

Ocupação atual : -

Hobby: -

Escolaridade: estudou na polícia (não sabe definir os anos)

Religião: Católica

Profissão dos pais: pedreiro (pai) Doméstica (mãe)

Renda mensal: R\$ 260,00 (aposentadoria) + R\$ 500,00 (aluguel)

Dispositivo que utiliza: cadeira de rodas e barras paralelas

1 - Como o Sr. fez as barras paralelas?

Olha, modéstia à parte, eu sou uma pessoa meio curiosa, então, um dia eu estava fazendo fisioterapia e vi uma pessoa usando as barras paralelas, aí cheguei em casa e fiz. Eu sou mecânico, aprendiz de serralharia e muita coisa de pedreiro também a gente faz, e eu não tenho preguiça sabe, eu subo, desço....

2 - Quando que o Sr. construiu estas barras?

Já faz uns 3 anos.

3 - Quais materiais o Sr. usou?

Isso aí é ferro, cano de ferro, eu comprei estes canos para fazer as barras.

4 - O Sr. lembra quanto custou?

Eu não estou lembrado não. Eu pedi para o moço aqui de casa que trabalha com serralharia comprar pra mim e depois eu soldei. Eu mesmo posso soldar mesmo sentado na cadeira de rodas.

5 - E como o Sr. mediu a altura?

A altura, eu acho que tem 0,80 de altura por 2,00 de comprimento.

6 - E de onde o Sr. tirou estas medidas? Como o Sr. sabia qual altura era a certa?

Eu fui testando. Coloquei a cadeira de rodas na frente e levantava pra ver a altura com as próteses.

7 - Quanto tempo demorou para fazer as barras?

Umas 2 horas.

8 - Quantas vezes por semana o Sr. treina com as próteses?

Eu não tenho feito atualmente, pois o aparelho está machucando. Tem um osso aqui que é muito saliente né, quando amputaram esta perna deixaram muito saliente e me machuca, machuca muito. Às vezes, colocando bem as faixas, eu consigo dar uns passos.

9 - Onde o Sr. conseguiu estas próteses?

No Hospital das Clínicas.

10 - O Sr. as ganhou?

Sim. Já faz 3 anos.

11 - E a cadeira de rodas?

Eu também ganhei no Hospital das Clínicas.

12 - O Sr. já precisou reformar ela?

Por enquanto, não. Eu apenas preciso trocar 2 parafusos que espanaram, mas ela está funcionando bem (O apoio para braços está remendado com fita adesiva preta).

13 - E este apoio aqui dos pés?

Sabe, quando estou com a prótese, ao subir a rampa com a cadeira, ela não tomba, mas, sem a prótese ela virava para trás, aí eu peguei e engenhei isto aqui. Coloquei um peso aqui em baixo e aí ela não tomba mais – faz um contrapeso!!!!

14 - E do que é feito?

Isto aqui é um ferro quadrado com cimento dentro, furei na oficina, pus a madeira em cima e coloquei este plástico.

15 - Para que serve o plástico?

É para não ficar muito feio, né. De vez em quando, eu troco o plástico e fica bonitinho. Também coloquei uns percevejos aqui em cima e pronto.

16 - E se a gente fosse à loja e comprasse essas barras prontas?

Não, pronto não tem. Precisa comprar os canos e fazer.

17 - O Sr. sabia que existe pronta para comprar? O Sr. trocaria por esta?

Olha, se for da mesma medida.....(pausa)

18 - O Sr. trocaria a sua barra por uma vendida na loja?

Eu prefiro ficar com esta, porque fui eu que soldei. Olha, modéstia à parte, as coisas não têm retorno, faz direito, com uma solda muito bem feita, fica bom.

19 - O Sr. tem alguém na família que necessitou utilizar uma cadeira de rodas ?

Não, nunca.

20 - E esta cadeira de banho?

Esta cadeira eu ganhei de uma vizinha, porque o pai dela faleceu.

21 - Como eram os brinquedos da sua infância?

A gente pegava um pedaço de pau, montava e saía andando.....na época da gente, era muito pobre só tinha pião e bolinha de gude. Meu pai era pedreiro, mas não construiu nenhum brinquedo pra mim.

Diário de Campo

O Sr. Miguel é um homem extremamente ativo, mesmo necessitando da cadeira de rodas para se locomover. A sua casa possui rampas em todas as entradas (construídas por ele) para facilitar a locomoção. A casa está constantemente em reforma, é uma forma de manter-se ativo, explica-me. O Sr. Miguel aluga os cômodos da casa para outras famílias, desta forma, consegue um dinheiro extra. No período da entrevista, encontrei-o em cima da laje (!!!!), orientando o pedreiro na construção de um novo quarto.

Mesmo morando com um dos filhos, queixa-se de solidão. O relacionamento entre eles é distante. Sente-se magoado com os amigos do bairro, pois, quando possuía um carro, acolhia todos da vizinhança em uma necessidade como acidentes, partos, casamentos..... Hoje, quando necessita de ajuda, de um transporte para um posto de saúde, é o maior problema. Quem o auxilia, quando necessário, é a Sra. e o filho que moram no cômodo alugado.

Trabalhou por 10 anos como segurança, “polícia especial” como era denominado, no Palácio do Governo. Relata que foi ele quem trouxe a primeira escola e o primeiro distrito policial para o Itaim Paulista, por ter influência com Sr. Ademar de Barros que autorizou a construção. Foi também fundador da Associação dos Moradores do Itaim Paulista.

Data: 06/07/2005

Nome : Edvaldo Pedro da Silva

Sexo: M Idade: 70 Origem: BA

Diagnóstico: AVC

Credenciado pelo SUS: sim

Profissão: Pedreiro

Ocupação atual: -

Hobby: -

Escolaridade: Aprendeu a ler e escrever na roça (nunca foi à escola)

Religião: não tem

Profissão dos pais : Cabelereiro (pai) Costureira (mãe)

Renda mensal : R\$ 80,00 da esposa

Dispositivo que utiliza: bengala

1 - De onde o Sr. tirou a idéia da bengala?

Eu via o pessoal usando, às vezes eu pegava emprestado só de brincadeira e usava um pouco, porque um dia eu poderia precisar né. E aí, agora, eu me meti a fazer e fiz. A primeira vez, eu fiz um par.

2 - Um par de bengalas ou de muletas?

Muletas, eu fiz direitinho. Usei estas muletas por um bom tempo eu e a minha esposa que tem um problema no pé. E agora eu fiz a bengala.

3 - Quais os materiais usados para fazer a bengala ?

Aqui é um cabo de vassoura, o pé do cabo da vassoura.

4 - E esta ponteira vermelha?

É do próprio cabo.

5 - Quanto tempo demorou para construir a bengala ?

Foi rápido, umas duas horas. Primeiro eu fui procurar a madeira e depois o resto.

6 - Onde o Sr. encontrou os materiais para construí-la?

Eu achei tudo no lixão. Todas as partes.

7 - E como o Sr. sabia qual a medida correta, qual a altura correta?

Eu medi por mim mesmo. Eu botei a madeira por aqui (**aponta o quadril D**) e fiz.

8 - Qual o lado que o Sr. tem dificuldade?

O direito.

9 - E o Sr. usa a bengala de que lado?

Do esquerdo.

10 - Foi alguém que lhe orientou?

Não. Eu dei um tiro e acertei.

11 - Então a bengala não custou nada, pois, o Sr. pegou tudo do lixão?

É.

12 - O Sr. usa esta bengala para ir aonde?

Eu uso dentro de casa, para sair fora no terreno.

13 - E para subir as escadas?

Eu também uso ela e, às vezes, as muletas.

14 - O Sr. trocaria a sua bengala por uma vendida no comércio?

Trocaria.

15 – Por quê?

Porque é mais decente, é bonitinha.

16 - E o que o Sr. acha da sua bengala ?

Ela funciona bem e eu já tô acostumado. É que aquela lá (**a do comércio**) é envernizada, é bonitinha, tem um acabamento.

17 - O Sr. possui algum familiar ou amigo que já usou uma bengala?

Não.

18 - Como foi a sua infância?

Foi na roça.

19 - E os seus brinquedos como eram?

Quando eu era criança, eu fazia carrinho.

20 - Era o Sr. que fazia?

Era. Eu fazia carrinho, peão.

21 - E como era feito o peão?

Ah.... eu pegava a madeira, ia cortando ele assim e depois quando ele estava quase na posição eu ia girando ele e raspando assim - faz gestos circulares com as mãos. Eu também fazia roda gigante para as meninas brincar de boneca. Eu fazia um parque, neste parque tinha barco, roda gigante, tudo direitinho. Fazia banquinho, fazia as mesinhas para almoço, botava as bonecas pra almoçar. Eu tinha nesta época 12 anos. Se você visse as moças que brincavam de boneca, nós tínhamos a casa pegada, enchia de gente vinha umas 12, 15 moças, moçona mesmo, e eu, aquele palitinho no meio.

22 - E você brincava de boneca com elas ?

Brincava. Eu era o carpinteiro. A mãe da gente quando matava a galinha, pegava os miúdos da galinha e levava para o almoço nosso. Era a tripa da galinha, os pés, essas coisas.

Neste momento, a agente comunitária Vanilda, confirma que também comeu muito tripas de galinha rememorando a sua infância.

23 - E quando o Sr. foi trabalhar pela primeira vez, qual era a sua profissão?

Foi de carpinteiro, lá em Barra Nova, encostado em Vitória da Conquista.

24 - E depois?

Depois eu vim para São Paulo e trabalhei aqui de Pedreiro. Já faz 22 anos.

25 - Na construção?

È, na construção civil.

26 - O Sr. tem idéia de quanto custa uma bengala na loja?

Deve ser uns 15 reais.

27 - O Sr. sabe onde vende bengalas?

Em casa de umbanda

28 - O Sr. sempre foi de consertar as coisas em casa?

Eu já fiz umas 50 casas. Esta casa não é minha não, aqui eu tô de aluguel.

29 - Mas o Sr. conserta as coisas da casa quando é necessário?

Agora não, porque eu não estou agüentando.

30 - E antes?

Antes eu consertava. Quando tinha um aparelho estourado eu remendo, às vezes arreia uma porta e eu conserto, enfim, tudo. No banheiro, se dá um problema na bacia ou no azulejo, eu conserto. Olha essa casa, tá cheia de vazamento, porque não é minha, se fosse minha, não tinha.

Diário de Campo

O Sr. Edvaldo após 3 episódios de AVC, apresenta uma fala dislállica dificultando a compreensão dos relatos. Às vezes, era necessário pedir para ele repetir a resposta, pois eu não havia entendido.

A entrevista foi realizada no cômodo da casa onde dormem o Sr. Edvaldo, a esposa e os dois filhos. No momento da entrevista, as crianças estavam jogando videogame, dificultando ainda mais o entendimento das palavras.

Era notório que a presença do Sr. Edvaldo, na casa, passava despercebida. As crianças não obedeciam às suas ordens e a esposa ficou fumando na porta do cômodo sem o menor interesse na entrevista.

A casa estava muito bagunçada e o Sr. Edvaldo estava com as roupas sujas e com a cama repleta de restos de alimentos.

Segundo a agente comunitária, ele possuiu muitos bens, casas que eram alugadas e auxiliavam na renda da família. Hoje, o Sr. Edvaldo não possui mais estas propriedades nem benefício previdenciário. Recebe pouca ajuda de um filho do primeiro casamento.

Data: 10/11/2004

Nome : Alice

Idade: 71 anos Sexo:F Origem:SP

Diagnóstico: Artrose

Profissão: Do lar

Hobby: Costurar e tricotar roupas

Religião: Católica

Profissão dos pais : gerente da Estação da Luz (pai), do lar (mãe)

Renda Mensal: 2 salários mínimos

1 - Como surgiu a idéia da cadeira?

Depois que eu operei do esporão no pé D, eu não conseguia mais andar, pois os médicos da Santa Casa disseram que, na operação, removeram a proteção do meu calcanhar. Removeram de forma errada, então, eu precisava de auxílio para fazer as coisas da casa.

No início, o meu marido alugou uma cadeira de rodas. Com ela, eu andava na rua, no quintal, só que na cozinha a cadeira de rodas, por causa do tamanho das rodas não encosta na pia, então, eu tive esta idéia, expliquei para o meu cunhado e ele fez pra mim na firma dele.

2 - Para que a Sra. usa a cadeira?

Com esta cadeira eu coloco as coisas em cima e vou arrastando ela com os pés prá lá, prá cá..... Hoje, eu uso ela quando estou com muita dor no pé para fazer o serviço de casa...eu fico descascando e lavando as verduras sentada nela, lavando as panelas, estas coisas.

3 - Quais os materiais que foram usados?

Ah, as de rodinhas são de geladeira... a cadeira é uma cadeira normal de madeira, dessas de escritório.

4 - Em quais ambientes da casa a Sra. usa a cadeira?

Só na cozinha.

5 - A senhora sabe quanto tempo demorou para fazer a cadeira?

Olha, a gente conversou no fim de semana e quando era no outro a cadeira já estava aqui.

6 - A Sra. acha esta cadeira bonita?

Não, eu acho ela horrorosa, mas, como ela é boa... quem ama o feio, bonito lhe parece, né? Ela se torna maravilhosa pela utilidade.

7 - A Sra. trocaria esta cadeira por uma cadeira de rodas?

Não, pois como eu já lhe disse, a cadeira de rodas não serve, a roda é muito grande.

Diário de Campo

A Sra. Alice é uma pessoa muito irritada. Foi difícil conseguir a entrevista com ela e logo de início deixou bem claro que só poderia falar comigo alguns minutos, pois tinha muito serviço em casa. Durante a entrevista, ela retomava sempre o assunto da operação, demonstrando muita indignação e revolta com o acontecido.

A vizinha, D. Neide, que me apresentou para a D. Alice, relatou que, nos últimos meses, ela vem apresentando um quadro de agressão com o marido e um pouco de confusão mental.

Data: 07/05/2006

Nome: Mariano Alcazar Balester

Sexo: M Idade: 65 Origem: SP

Diagnóstico: CA

Credenciado pelo SUS: sim

Profissão: Eletrotécnico

Ocupação atual: -

Hobby: Entalhar madeira, cozinhar, jardinagem

Escolaridade: 1º grau

Religião: Católica

Profissão dos pais: Trabalhava no moinho de trigo (pai) Prespontadeira de calçados (mãe)

Renda mensal : R\$ 10.000,00

Dispositivo que utiliza: Faixa elástica para auxiliar o alongamento dos MMII.

1 – Quem construiu este dispositivo?

A idéia de construir foi minha. Eu precisava manter este pé plano, então eu pensei inicialmente em usar com um tamanco amarrado ao pé, só que o tamanco não deu certo. Aí, eu troquei pelo chinelo e deu certo, depois também com este sapato de couro que fixa melhor o pé, é o “Maria –Mole”, aí deu certo também.

Mas, o Sr. está fazendo hoje sem o sapato.

Eu consigo fazer com o pé descalço, normalmente eu faço com o chinelo ou com o sapato, é que hoje o meu pé está inchado, então eu fiz descalço.

2 – De onde veio a idéia?

Eu vi um parecido em uma clínica de Fisioterapia que eu freqüentei uns tempos atrás, para cuidar do meu joelho D. O que tinha lá era mais ou menos assim, só que tinha um tamanco na ponta.

3- Quem lhe indicou o uso deste dispositivo?

Ninguém. A Fisioterapeuta me disse que eu precisava melhorar a movimentação do pé, então eu pensei e fiz. Agora todo mundo aqui me chama de Professor Pardal (o cientista das histórias em quadrinhos da Diney).

4 – Quais os materiais que o Sr. utilizou para construí-lo?

Eu usei um lash de prancha de surf, e dois metros de tripa de mico ou garrote grosso.

5- Quanto custou o material?

O garrote custou R\$ 4,00, o Lash foi R\$ 20,00 e o tamanco mais R\$ 20,00, só que o tamanco eu acabei desprezando.

6- Quanto tempo levou para construí-lo?

Umas 3 horas.

7 – Como se deu a construção deste dispositivo?

A idéia foi minha. Como eu estou impossibilitado de mexer a minha mão E, eu pedi para o meu irmão e um amigo ajudar. O meu irmão, como é habilidoso, fez a amarra com o cadarço do sapato e o meu amigo Arnaldo fez o acabamento com esparadrapo para não ficar tudo exposto. A princípio ficou muito “grosseiro”, mas aí nós tivemos a idéia de cobrir com o esparadrapo para dar uma disfarçada.

8 – Onde o Sr. conseguiu o material para construí-lo?

O garrote eu consegui em uma farmácia em Itanhaém, o Lash foi em uma loja de Surf.

9 – Eu gostaria de entender de onde veio à idéia de usar um equipamento de uma prancha de surf? Foi na praia?

Meus dois filhos são surfistas. Eu sabia que aquele velcro segura bem o pé, tanto é que ele segura a prancha de surf, né?.

10 - O Sr. sente que fez diferença usar este dispositivo?

Está fazendo, porque este movimento lateral do pé eu já recuperei quase todo. Este (movimento) de levantar, devagar, devagar eu estou conseguindo subir a ponta do pé. E agora, saindo do hospital, eu vou fazer uma órtese com mola para manter a ponta do pé levantada, aí eu vou melhorar...se Deus quiser.

Sabe, a vantagem também é que eu posso me exercitar sozinho, sem precisar de ajuda.

11- Quantas vezes por dia o Sr. usa este dispositivo?

Eu uso 3 a 4 vezes.

12- Por quanto tempo?

Uns 10,15 minutos por vez.

13 – Qual o nome que o Sr. deu para este dispositivo?

Eu chamo de tripa de mico com a “gambiarra”. Ou só “gambiarra”.

14 – O Sr. sabe se existe alguma coisa parecida para vender?

Não, para vender não existe nada parecido. Segundo os Fisioterapeutas, não existe nada parecido.

15 – E se eu dissesse que iria trazer para o Sr. um dispositivo parecido, só que comprado, o Sr. trocaria?

Primeiro, eu iria testar para ver se tem o mesmo efeito, mas, eu acho que eu não trocaria não, eu ficaria com a minha.

16 – Me fale um pouquinho sobre esse seu hobby de entalhar madeira.

Um dos hobbies que eu tenho e gosto é o entalhe de madeira. Eu faço tudo com as mãos, para isso eu uso madeira macia, não uso martelo. É um entalhe digamos, primário, mas eu consigo fazer, eu fiz figuras realmente boas, fiz gansos, patos, ruas, montanhas, eu fiz a Cidade de Ouro Negro, eu peguei uma foto, copiei na madeira e entalhei.

17- Como o Sr. aprendeu a entalhar?

Eu aprendi sozinho na realidade. Comecei observando um colega que fez as aulas do SESI, lá onde nós trabalhávamos e rapidamente eu consegui fazer melhor do que ele. Eu aprendi só observando ele.

18- Onde o Sr. trabalhava?

Na Eletropaulo como eletrotécnico. Primeiro, eu fiz um curso técnico no SENAI, trabalhando com baterias e depois com rolamento de motores. Aí, eu prestei um concurso, pois a Usina Piratininga estava recrutando um pessoal para trabalhar... eu já tinha 17 anos (orgulhoso!!). Eu fiquei 22 anos trabalhando no operacional e o restante na manutenção, até me aposentar. Em termos de responsabilidade, o operacional era pior, em termos de trabalho, de cuidado, era a manutenção, pois a gente mexia com alta tensão, tinha que tomar muito cuidado. Eu era bom em emergências.

19 – O Sr. costuma fazer pequenos consertos na sua casa?

Toda a minha vida. Eu comecei aos 15 anos. Eu pinteí a casa do meu avô, por fora todinha, raspei as paredes e pinteí com cal...e daí para frente, eu não parei mais. Meu pai e meu avô me deram uma pequena orientação de como tirar as crostas da parede antes de iniciar a pintura e aí eu não parei mais.

Quando eu mudei para Itanhahém, depois de me aposentar, lá eu tenho uns portões e umas janelas muito bonitas envernizadas, aí, eu raspei tudo, tudo com caco de vidro e lixei na madeira e depois envernizei deixando tudo laqueado.

Hoje, com esta dificuldade, eu não consigo mais fazer todas as coisas da casa, quem está sofrendo com isto é a minha mulher, porque antes eu limpava, cozinhava, cuidava das plantas, agora ela tem que fazer tudo sozinha.

20 – Me conte um pouco da sua infância.

Eu nasci em São Paulo, na Vila Esperança, o meu avô um dos fundadores de lá. Minha infância foi relativamente feliz e eu não sabia. Eu não tinha tanto conforto como eu tenho hoje, mas em compensação eu tinha muito mais liberdade e muito mais ação (!!!)

21 – Como assim?

Eu podia fazer coisas que hoje eu não posso fazer como sair na rua a hora que eu bem entender, correr sem olhar para os lados, hoje para dar um passo na rua você tem que olhar para os lados e para frente e mesmo assim tem que tomar cuidado.

22- O que o Sr. gostava de fazer na sua infância?

Eu gostava de jogar futebol, brincar de corredeira de água de chuva, a gente escorregava no barranco de barro roxo, mesmo sabendo que ia apanhar da minha mãe depois, mas eu adorava fazer aquilo. O barro era muito liso, parecia um sabão, a gente sentava e a correnteza nos levava. Bons tempos aqueles....

Diário de Campo

Mesmo estando há 40 dias internado no hospital, o Sr. Mariano concedeu a entrevista com muito entusiasmo. Com uma ótima fluência verbal, falou da sua vida pessoal e profissional com orgulho, afirmando que sempre foi uma pessoa ativa e auto-suficiente. Por isso mesmo, lamenta-se de estar nesta situação: com uma hemiparesia do lado E que dificulta a visão, a fala e os movimentos.

Relata que o uso da “gambiarra” ajudou a melhorar o movimento do pé E, e por isso já consegue caminhar com auxílio. Estava ansioso para receber alta, voltar para casa e recuperar-se.

Data: 20/07/2004

Nome: Leonildo

Idade: 89 anos

Profissão: Cortador de cana-de-açúcar

Dispositivo: bengala

Material utilizado: cabo de vassoura

Relata que cortou o cabo de vassoura com o seu facão. Não utilizou nenhuma medida. Não comprou pois, “achava besteira gastar com isso”.

Data: 20/07/2004

Nome: Agripino

Idade: 85 anos

Profissão: Carpinteiro

Dispositivo: bengala

Material utilizado: pneu de carro

Relata que ganhou a bengala de um amigo, só que a “borracha que encosta no chão” (ponteira) estava gasta. Então, aproveitou um pneu furado do quintal para confeccionar uma ponteira.

Anexo III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Sr.,

Solicito o seu consentimento para participar da nossa pesquisa cujo nome é Criatividade com Personalidade: Dispositivos Assistivos desenvolvidos e adaptados por Idosos*, que está sendo realizada no Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. (PUC-SP)

As informações de seus dados gerais e as respostas ao questionário são confidenciais e serão mantidas comigo e seu nome não será mencionado na divulgação dos resultados.

A sua participação é absolutamente voluntária.

Agradeço-lhe atenção e deixo o meu telefone para contato

Claudia Cristina Mussolini
Pesquisadora

Telefone : 011-41938720 / 99110451

São Paulo, __/__/____

Entrevistado _____

* Título Provisório.

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Autorização de Utilização de Imagem

Eu, abaixo assinado, autorizo a utilização de minha imagem para a pesquisa “Dispositivos Auxiliares Desenvolvidos e Adaptados pelos Idosos” realizado pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, para fins de estudos em pesquisas realizadas no Curso de Mestrado em Gerontologia.

Autorizo também a publicação de artigos, livros e documentos científicos a respeito do tema citado acima.

Agradeço-lhe a atenção dispensada.

São Paulo, __ / __ / ____

Nome: _____

R.G. nº _____

Anexo IV

Relação das fotografias

Foto 1 – Sr. Manoel

Foto 2 – Bengala de cano de PVC

Foto 3 – Bengala de cano de PVC (detalhe do dispositivo)

Foto 4 – Sr. Miguel nas barras paralelas

Foto 5 – Barras paralelas (detalhe do dispositivo)

Foto 6 – Apoio para os pés da cadeira de rodas

Foto 7 – Apoio para os pés da cadeira de rodas (detalhe do dispositivo)

Foto 8 – Sr. Edvaldo com a bengala

Foto 9 – Bengala de rodo de cozinha

Foto 10 – Bengala de rodo de cozinha (detalhe do dispositivo)

Foto 11 – Bengala de rodo de cozinha (detalhe do dispositivo)

Foto 12 – Cadeira com rodízios de geladeira

Foto 13 – Cadeira com rodízios de geladeira (detalhe do dispositivo)

Foto 14 – Elástico com suporte para o pé

Foto 15 – Sr. Mariano utilizando o dispositivo

Foto 16 – Elástico com suporte para o pé (detalhe do dispositivo)

Foto 17 – Sr. Leonildo com a bengala de cabo de vassoura

Anexo IV

Relação das fotografias



Foto 1 – Sr. Manoel



Foto 2 – Bengala de cano de PVC



Foto 3 – Bengala de cano de PVC (detalhe do dispositivo)



Foto 4 – Sr. Miguel nas barras paralelas



Foto 5 – Barras paralelas (detalhe do dispositivo)



Foto 6 – Apoio para os pés da cadeira de rodas



**Foto 7 – Apoio para os pés da cadeira de rodas
(detalhe do dispositivo)**



Foto 8 – Sr. Edvaldo com a bengala



Foto 9 – Bengala de rodo de cozinha



Foto 10 – Bengala de rodo de cozinha (detalhe do dispositivo)



Foto 11 – Bengala de rodo de cozinha (detalhe do dispositivo)



Foto 12 – Cadeira com rodízios de geladeira



Foto 13 – Cadeira com rodízios de geladeira (detalhe do dispositivo)



Foto 14 – Elástico com suporte para o pé



Foto 15 – Sr. Mariano utilizando o dispositivo



Foto 16 – Elástico com suporte para o pé (detalhe do dispositivo)



Foto 17 – Sr. Leonildo com a bengala de cabo de vassoura