

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Ilka Custódio de Oliveira

**Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes –
uma experiência da prática profissional do assistente social na
educação para os cuidados de idosos**

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

São Paulo
2008

Ilka Custódio de Oliveira

**Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes – uma
experiência da prática profissional do assistente social na
educação para os cuidados de idosos**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do curso de Pós-Graduação *Stricto Senso* em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, sob orientação da Prof^ª Dra. Ursula Karsch.

São Paulo

2008

Banca Examinadora

Prof^a Dra. Ursula Karsch (orientadora)

Aos meus pais por me mostrarem o que é cuidar.

Aos cuidadores familiares, pela coragem de assumir
tarefa tão valorosa.

AGRADECIMENTOS

_ Ao Deus, Uno e Trino, por cuidar de mim;

_ Aos meus pais por sonharem os meus sonhos;

_ À CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo financiamento dos estudos;

_ À orientadora Dra. Ursula Karsch pela confiança e liberdade, essenciais para a criatividade e amadurecimento;

_ Aos professores do Programa de Estudos Pós Graduated em Serviço Social da PUC-SP, por momentos tão enriquecedores e desafiadores;

_ À Prof^a Dra. Maria Lúcia Martinelli e Prof^a Dra Elza Koumrouyan pelas instigantes colaborações à época do exame de qualificação;

_ A Kátia Cristina Silva, por todos os sorrisos e auxílios ao longo desses 05 semestres;

_ Ao meu afilhado Bruno Henrique por insistir nas coisas realmente importantes da vida: brincar, tomar sorvete, empinar pipa, assistir desenho, andar de bicicleta...;

_ Ao Luciano Luna, meu primo Cezar da Silva, minhas tias Juraci Silva e Jairza Cara, meus anjos da guarda, alimentação, roupas limpas, brincadeiras, conversas fiadas,...;

_ Aos amigos da Paróquia Natividade do Senhor “porque somos brasileiros e não desistimos nunca”. Especialmente, Bruno Rufino, Daniela Grillo, Elisângela Cavalcante, Juliana Cezaretti, Leandro Alcardi, Ana Lúcia Custódio, Rodrigo Pequeno, Thais Veiga, Carolina e Helton Veneno, pelas incansáveis orações e partilha das angústias e alegrias;

_ Aos sempre amigos Júlio Andrade, Ricardo Sousa e Evandro Munhoz, pois nosso modo peculiar e bem humorado de olhar o mundo é o que nos mantêm lúcidos;

_ Aos amigos da disciplina “Prática profissional II” do segundo semestre de 2007, pelas reflexões, na praia ou no campo, e pelas boas risadas;

_ À equipe do Grupo Vida - Barueri, especialmente a Maria Luiza Pegoraro e Neuma Nogueira, porque somos amigas para sempre;

_ A todos os profissionais que participaram dos Ciclos de Orientação a Familiares de idosos dependentes promovido pelo Grupo Vida – Barueri no período de 2004 a 2006, por acreditarem na iniciativa e estarem sempre prontos a colaborarem para sua realização e aperfeiçoamento, especialmente Renata Franco Lopez,;

_ À equipe de serviço social do NGA - Núcleo geral de ambulatorios Várzea do Carmo, especialmente Ivone Lisauskas, e do ambulatório de ostomia pela flexibilidade, compreensão e incentivos constantes e,

_ Ao grupo de pesquisa “Epidemiologia do Cuidador”, especialmente a Ms. Claudia Mussolini, pela partilha da vida.

MESTRADO IMPREGNADO NA ALMA

Quando iniciei esta pós-graduação, imaginei que, as limitações financeiras ou a conciliação dos horários dos estudos e do trabalho seriam os maiores desafios. Não podia imaginar que estas nem sequer se configurariam como dificuldades perante os problemas de saúde enfrentados por queridos familiares, pneumonias do meu pai, descontrole da pressão arterial da minha tia (com direito a queda com fratura e um longo período de internação), além da cirurgia do meu afilhado.

Madrugadas em pronto-socorros, dias em hospitais e ambulatórios, esperas intermináveis... Melhoras, exames, horários para alimentação e remédios. Recaídas e novas correrias e esperas... Parecia uma perfeita coreografia, um melhorava, outra piorava, outra melhorava e um recaía.

E assim, as leituras ficavam atrasadas, os trabalhos prontos em cima da hora e, para essa dissertação, sobraram as madrugadas... Durante, praticamente todo o tempo, fiquei entre a angústia de não conseguir findar a caminhada e a preocupação com a saúde deles. Mas esse sentimento não pôde me impedir de prestar os cuidados necessários.

O que estava acontecendo? Uma indagação sempre presente e sem resposta, até que um dia, às vésperas do final do prazo de entrega, a resposta e um riso aliviado: o tema, que venho estudando há tantos anos, estava sendo impregnado, não apenas na minha vida profissional e acadêmica, mas principal e intensamente, na minha alma.

A angústia dos cuidadores, a rigidez dos horários, a dificuldade de conciliar as atividades pessoais, realização de exames e tratamentos complementares. Tanto zelo e esperança e mesmo assim nem sempre a melhora era real.

E assim, mestra em serviço social e cuidadora, sigo pronta para alçar novos vôos, morrendo de medo de altura...

RESUMO

Oliveira, Ilka Custódio de. **Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes – uma experiência da prática profissional do assistente social na educação para os cuidados de idosos.**

Este trabalho traz uma experiência profissional do assistente social na educação para os cuidados de idosos, intitulada COFID – Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes, realizada no período de 2004 a 2006, no GV – B – Grupo Vida Barueri, entidade sem fins lucrativos, voltada ao atendimento de idosos, localizada na região metropolitana da cidade de São Paulo.

O COFID é uma atividade educativa que visa instrumentalizar o cuidador familiar para prestar assistência ao idoso dependente para as AVDs – atividades de vida diária, configurando-se como um espaço de troca de experiências sobre o cuidado e construção da identidade do cuidador.

A pertinência do tema deve-se ao processo brasileiro do envelhecimento populacional, que pode ser caracterizado como uma nova manifestação da questão social quando conjugado como uma das diversas formas de exclusão social, o que o torna campo legítimo para a atuação do assistente social, impondo-lhe novos desafios e exigências. Além disso, a legislação brasileira pertinente ao segmento idoso, traz a obrigatoriedade das famílias de se responsabilizarem pelos cuidados do idoso, sem garantir-lhes condições necessárias para o cumprimento dessa imposição legal.

Palavras chaves: cuidador familiar, dependência para as atividades de vida diária, educação para os cuidados.

ABSTRACT

Oliveira, Ilka Custódio de. **Counseling Program for Families of Dependent Elderly – A practical experience by social workers in elderly caregiving education.**

This paper brings together the professional experience of social workers in a program for elderly caregiving education. The program is titled COFID (Counseling Program for Families of Dependent Elderly) and was carried out between 2004 and 2006 by the Vida Baureri Group, a non-profit organization located in the Greater São Paulo Metropolitan Area, Brazil, which is geared to the needs of elderly patients.

COFID is an education training program whose main purpose is to provide family caregivers with the necessary tools to assist dependent elderly patients in their everyday activities and serve as a space for exchange of experiences on caregiving and building the caregiver's identity.

This theme has become increasingly relevant in Brazil over the years due to the Brazilian population's rapid aging process, which may be characterized as a new manifestation of social issues when perceived as one of the various forms of social exclusion. This corroborates the social workers' activity as they are faced with new challenges and demands. Furthermore, the legislation concerning the elderly in Brazil enforces that families should be responsible for the elderly person's care without, however, ensuring the necessary conditions for complying with this legal requirement.

Key words: family caregiver, dependence to perform everyday activities, caregiving education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AIVDs	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVDs	Atividades de Vida Diária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BF	BrazilFoundation
CBO	Código Brasileiro de Ocupação
CC	Centro de Convivência
CEPAC	Associação Para a Proteção de Crianças e Adolescentes
CMAS	Conselho Municipal de Assistência Social
CMDPI	Conselho municipal de direitos da pessoa idosa
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
COFID	Ciclo de Orientação a Familiares de Idosos Dependentes
CRATOD	Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
GRB	Grêmio Recreativo de Barueri
GV- B	Grupo Vida – Barueri
GVR	Grupo Vida Residência
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGG	Instituto de Geriatria e Gerontologia
ILP	Instituição de Longa Permanência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MP	Ministério Público
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Nacional
NUDEC	Núcleo de Envelhecimento Cerebral
OARS	Older Americans Resources And Service
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAI	Plano de Atendimento ao Idoso
PAD	Programa de Atendimento Domiciliar
PMB	Prefeitura Municipal de Barueri

PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PS	Pronto Socorro
PSF	Programa de Saúde da família
PUC/ SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RPA	Recibo de Pagamento de Autônomos
SAMEB	Serviço de Assistência Médica de Barueri
SENAI	Serviço Nacional da Indústria
SPS	Secretaria de promoção social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UPF	Utilidade Pública Federal
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Capítulo I: ALGUMAS PALAVRAS INICIAIS

1.1 Aproximação do tema

I. População geral e população de idosos (Barueri 1980 a 2005)	23
--	----

1.2 Da angústia á ação: os procedimentos metodológicos

1.2.1 O Grupo Vida – Barueri

II. PAI 2007 – Plano de Atendimento ao Idoso.....	33
---	----

Capítulo II: JUSTIFICATIVA

2.2 A senhora “Envelhecimento Populacional”

III. Crescimento do nº de idosos em países com mais de 100 milhões de habitantes.....	47
---	----

IV. Proporção de idosos nos estados brasileiros.....	49
--	----

V. Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade, responsáveis pelos domicílios, em relação ao tipo de arranjo familiar em que se encontram inseridas (%)......	50
--	----

2.3 Quando o envelhecimento tem uma companhia não desejada

VI. Deficiência em idosos no Brasil.....	57
--	----

Capítulo III: RECONSTRUINDO A PRÁTICA PROFISSIONAL NA EDUCAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE IDOSOS

VII. Comprometimento das AVDs de idosos que solicitaram vaga no GVR no período de 2000 a 2003.....	73
--	----

3.1I COFID: buscando dar concretude a uma inquietação

VIII. Projeto piloto do I Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (abril de 2004).....	74
---	----

IX. Cronograma do I Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (abril de 2004).....	77
---	----

X.	Avaliação dos temas do I Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (abril de 2004).....	79
3.2 II COFID: esboço do manual de procedimentos		
XI.	Cronograma do II Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2004).....	82
XII.	Avaliação dos temas do II Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2004).....	84
XIII.	Esboço do manual de procedimentos do Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2004).....	85
3.3 III COFID: nova diretriz, antigos desafios		
XIV.	Projeto do III Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (abril de 2005)	87
XV.	Perfil dos participantes do III Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (abril de 2005)	88
XVI.	Cronograma do III Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (abril de 2005)	90
XVII.	Avaliação dos temas do III Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (abril de 2005).....	91
3.4 IV COFID: aproximação e distanciamento do público alvo		
XVIII.	Cronograma do IV Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2005).....	93
XIX.	Avaliação dos temas do IV Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2005).....	94
3.5 V COFID: a edição compacta		
XX.	Cronograma do V Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (abril de 2006).....	97
XXI.	Avaliação dos temas do V Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (abril de 2006).....	98

3.6 O VI COFID: adolescentes invadem a atividade

XXII. Cronograma do VI Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (julho de 2005).....	99
XXIII. Avaliação dos temas do VI Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (julho de 2006).....	100

3.7 O VII COFID: a parceria entre o Grupo Vida – Barueri e a BrazilFoundation

XXIV. Projeto do Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes para o processo seletivo da ONG BRAZILFOUNDATION (dezembro de 2005).....	102
XXV. Proposta para o Módulo de Iniciação do Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes.....	103
XXVI. Proposta para o Módulo de Aprimoramento do Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes.....	104
XXVII. Perfil dos participantes do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006).....	106
XXVIII. Perfil dos idosos assistidos pelos participantes do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006).....	108
XXIX. Cronograma do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006).....	111
XXX. Conteúdo da Apostila do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes.....	113
XXXI. Avaliação do 1º encontro do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006).....	115
XXXII. Avaliação do 2º encontro do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006).....	116
XXXIII. Avaliação do 3º encontro do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006).....	117
XXXIV. Avaliação do 4º encontro do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006).....	118
XXXV. Avaliação do 5º encontro do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006).....	119

XXXVI. Avaliação do 6º encontro do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006).....	120
XXXVII. Avaliação do 7º encontro do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006).....	121
XXXVIII. Avaliação do 8º encontro do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006).....	122
XXXIX. Avaliação do 9º encontro do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006).....	123
XL. Avaliação do 10º encontro do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006).....	124
XLI. Avaliação do 1º encontro do módulo de aprimoramento do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (outubro de 2006).....	126
XLII. Avaliação do 2º encontro do módulo de aprimoramento do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (novembro de 2006).....	127
XLIII. Avaliação do 3º encontro do módulo de aprimoramento do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (dezembro de 2006).....	128
XLIV. Avaliação do 4º encontro do módulo de aprimoramento do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (fevereiro de 2007).....	129
XLV. Prestação de contas para BrazilFoundation (novembro de 2006).....	131

Capítulo IV: ENSAIO REFLEXIVO DA PRÁTICA PROFISSIONAL NA EDUCAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE IDOSOS

XLVI. Finalidades dos projetos dos Ciclos de orientação a familiares de idosos dependentes (período: 2004 a 2006).....	135
XLVII. Objetivos gerais dos projetos dos Ciclos de orientação a familiares de idosos dependentes (período: 2004 a 2006).....	138
XLVIII. Objetivos específicos dos projetos dos Ciclos de orientação a familiares de idosos dependentes (período: 2004 a 2006).....	139

4.3 O III COFID: nova diretriz, antigos desafios

XLIX. Consenso dos funcionários do GV – B sobre os princípios fundamentais do Estatuto do Idoso (2005), presentes no conceito de cidadania.....	142
---	-----

4.7 O VII COFID: a parceria entre do Grupo Vida – Barueri e a
BrazilFoundation

L. Total de participantes dos Ciclos de orientação a familiares de idosos dependentes (período: 2004 a 2006).....153

SUMÁRIO

Capítulo I: ALGUMAS PALAVRAS INICIAIS.....	19
1.1 Aproximação do tema.....	19
1.2 Da angustia a ação: os procedimentos metodológicos.....	27
1.2.1 O Grupo Vida – Barueri.....	31
Capítulo II: JUSTIFICATIVA.....	36
2.1 Letras e ideais postos no papel.....	37
2.2 A senhora “Envelhecimento Populacional”.....	44
2.3 Quando o envelhecimento tem uma companhia não desejada.....	54
2.4 Os cuidadores familiares de idosos dependentes: um papel social forjado no dia-a-dia.....	59
Capítulo III: RECONSTRUINDO A PRÁTICA PROFISSIONAL NA EDUCAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE IDOSOS.....	69
3.1 I COFID: buscando dar concretude a uma inquietação.....	73
3.2 II COFID: esboço do manual de procedimentos.....	81
3.3 III COFID: nova diretriz, antigos desafios.....	86
3.4 IV COFID: aproximação e distanciamento do público alvo.....	92
3.5 V COFID: a edição compacta.....	96
3.6 O VI COFID: adolescentes invadem a atividade.....	98
3.7 O VII COFID: a parceria entre o Grupo Vida – Barueri e a BrazilFoundation.....	101
Capítulo IV: ENSAIO REFLEXIVO DA PRÁTICA PROFISSIONAL NA EDUCAÇÃO PARA O CUIDADO DE IDOSOS	133
4.1 I COFID: buscando dar concretude a uma inquietação.....	140

4.2	II	COFID: esboço do manual de procedimentos.....	141
4.3	III	COFID: nova diretriz, antigos desafios.....	142
4.4	IV	COFID: aproximação e distanciamento do público alvo.....	144
4.5	V	COFID: a edição compacta.....	145
4.6	VI	COFID: adolescentes invadem a atividade.....	146
4.7	VII	COFID: a parceria entre o Grupo Vida – Barueri e a BrazilFoundation.....	146
ALGUMAS PALAVRAS FINAIS.....			156
BIBLIOGRAFIA.....			160

CAPÍTULO I

ALGUMAS PALAVRAS INICIAIS

Eu quero ficar perto
De tudo que acho certo
Até o dia em que eu mudar de opinião
A minha experiência
Meu pacto com a ciência
Meu conhecimento é minha distração
Coisas que eu sei

Coisas que eu sei (Dudu Falcão)

Este trabalho solidariza-se com as famílias que vivenciam o envelhecimento com dependência e guarda o sonho que essa experiência com a educação para os cuidados de idosos dependentes não seja restrita àqueles que dela participaram e possa contribuir para que formas de assistência aos cuidadores familiares sejam ampliadas e enriquecidas.

1.1 APROXIMAÇÃO DO TEMA

Eu e o tema “Envelhecimento com dependência” somos vinculados de forma terna e tensa. Sou a única filha de um casal de idosos, papai e mamãe possuem 85 e 64 anos, respectivamente. Ambos independentes para as atividades cotidianas.

Ao voltar os olhos para minha infância e adolescência vejo 02 momentos marcantes. No primeiro, vejo uma festa. Era minha primeira eucaristia, a casa estava cheia de familiares e amigos. Eu tinha 09 anos e era a única criança, os outros tinham cabelos grisalhos e rostos marcados.

O segundo é minha chegada em casa após a primeira cirurgia do joelho, tios e tias me recebendo com muito carinho e muitos doces. Eu tinha 15 anos, os jovens presentes eram meus amigos da comunidade e da escola, que logo se foram, me deixando na companhia de idosos.

Mas até o final da juventude esse enlace com os idosos permanecia circunscrito ao âmbito familiar, quando o estágio supervisionado, exigência do curso de graduação em Serviço Social, realizado no setor de Recursos Humanos do

SENAI - Serviço Nacional da Indústria, semeou a indignação com a situação dos idosos. Funcionários fiéis á empresa por toda vida profissional, completavam 60 anos e eram incluídos num programa de preparação para a aposentadoria. Os funcionários comemoravam o 60º aniversário e não serviam mais para a empresa. Tornar-se idoso era também se tornar improdutivo?

Busquei essa resposta com a elaboração do TCC – trabalho de conclusão de curso, intitulado “Velhice e mercado de trabalho: uma relação vincular tensa, conflituosa e excludente¹”, que possibilitou apreender que a exclusão dos idosos não é um fato contemporâneo e remonta as primeiras formas de organizações sociais, mas que, sob a roupagem do neoliberalismo, ganha contornos ainda mais cruéis, pois o trabalhador quando excluído do mercado, por estar na fase do envelhecimento, dificilmente consegue retornar ao mercado formal de trabalho e, quando consegue, é para posições precárias e em troca de baixos salários.

Porém, eu passei a ansiar por um conhecimento maior sobre o envelhecimento e busquei a especialização em gerontologia na UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo. Passei todo ano de 2002 estudando, observando e convivendo com idosos que não eram saudáveis como meus familiares, nem desempregados como aqueles da época de estágio. Idosos com diversas doenças crônicas que, em muitos casos, necessitavam de auxílio para as mais vãs atividades cotidianas.

Mas, agora como assistente social, angustiava-me também as possibilidades de intervenção nessas situações. Essa combinação de preocupações, conduziu-me a elaboração do TCC “A atuação do Serviço Social junto às famílias de idosos inscritos em Programas de Assistência Domiciliar de hospitais escolas da cidade de São Paulo²”, com o qual pude compreender que o vínculo entre o serviço social e a área da saúde remonta o nascedouro da profissão e que, atualmente, a assistência domiciliar ressurgue como uma alternativa para a concretização do direito universal

¹ Esse trabalho foi elaborado em parceria com minha amiga Daniela Giannetti, sob a orientação da Profª Drª Elza Koumrouyan e apresentado ao UNI FMU – Centro Universitário em 2001.

² Esse trabalho foi elaborado sob a orientação do Profº Drº Luiz Roberto Ramos e apresentado a Disciplina de Geriatria e Gerontologia da UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo em 2003.

ao atendimento a saúde, sendo um campo propício para atuação do assistente social.

Neste jogo, o serviço social atua juntamente aos cuidadores dos pacientes, com ações que visam à garantia dos cuidados na ausência dos profissionais de saúde (OLIVEIRA, 2003, p. 62).

No verão de 2003 com o término da especialização fui contratada pelo IGG – Instituto de Geriatria e Gerontologia, também da UNIFESP, para trabalhar como assistente social na implantação do NUDEC – Núcleo de Envelhecimento Cerebral, serviço de atendimento a idosos portadores da doença de Alzheimer.

Na proposta inicial, as famílias que apresentavam dificuldades de aderência ao tratamento proposto pelos médicos, principalmente em relação à terapêutica medicamentosa, seriam encaminhadas ao serviço social para atendimento individual de avaliação da dinâmica de cuidados e intervenção nas dificuldades mais relevantes.

Porém, o NUDEC tornou-se o único lugar da cidade de São Paulo que realizava a distribuição gratuita da medicação para o tratamento da doença de Alzheimer. Sendo assim, em 06 meses, o número de idosos atendidos chegou a 60 pacientes em cada período de 04 horas, o que inviabilizou a avaliação individual dos familiares, pois eu era a única assistente social do serviço.

A necessidade gritante dos familiares por informações claras e precisas sobre a situação dos idosos e a impossibilidade de absorção de atendimento individual da demanda, levaram-me a desenvolver um trabalho em grupo intitulado “Grupo de orientação e apoio aos cuidadores de pacientes portadores da doença de Alzheimer atendidos pelo NUDEC³”. Essa iniciativa tinha o objetivo de criar um espaço de orientação e troca de experiências sobre a doença de Alzheimer, sua evolução, os

³ Neste trabalho contei com a imprescindível colaboração da terapeuta ocupacional Aline de Carvalho

cuidados necessários em cada fase da doença e os impactos causados na dinâmica familiar.

Foi através dessa vivência que pude entender e aceitar que, a estrada que pretendo desbravar na vida profissional é aquela que cruza 02 vias: o serviço social e a gerontologia. Pretendo trabalhar com os idosos porque a paixão pela profissão mantém-se fortalecida, apesar dos momentos áridos do cotidiano.

Neste mesmo ano de 2004, deixei o NUDEC e comecei a trabalhar no GV – B – Grupo Vida - Barueri, onde tive a oportunidade de implantar o setor de serviço social, Inicialmente pensei estar deixando de trabalhar com idosos dependentes para trabalhar com idosos saudáveis, tendo em vista que, o trabalho se realizaria em 02 CC – centros de convivência, com diversas atividades sócio-educativas: esporte, aulas de alfabetização, artesanato, coral, viagens, bailes e muitas outras.

Mero engano pois, logo iniciaram as solicitações para inclusão de idosos no GVR – Grupo Vida Residência, o antigo asilo municipal de Barueri que estava sendo administrado pelo GV – B desde fevereiro de 2003. Os relatos dos familiares solicitantes eram carregados de angústia e tensão, pois se viam desamparados para cuidar de idosos que, devido a diferentes enfermidades (fraturas, AVE – Acidente cerebral encefálico, síndromes demenciais, entre outras), tornaram-se incapazes de realizar as atividades mais simples do dia-a-dia como: tomar banho e trocar de roupa. Em muitos casos, o desespero fazia com que os familiares desejassem institucionalizar os idosos, mas havia também um misto de remorso e sentimento de frustração por se sentirem incapazes de realizar o cuidado.

Na reunião de elaboração do PAI – Plano de Atendimento ao Idoso para o ano de 2004, a coordenadora de atendimento ao idoso, conhecedora do número de pedidos de vaga no GVR, solicitou a inclusão de um ciclo de palestras para familiares cuidadores de idosos dependentes no cronograma de atividades. Em abril de 2004, o projeto COFID - Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes, foi implantado e é desenvolvido até a presente data na entidade.

Essa atividade, assim como as demais desenvolvidas pelo GV – B, é necessária ao município de Barueri, porque a cidade tem apresentado um crescimento gradativo da população idosa.

Podemos observar um crescimento de mais de 04o vezes de 1980 até 2005 na população idosa de Barueri; na população geral, o aumento foi de mais de 03 vezes, confirmando que a velocidade do aumento da população idosa é maior que da população em geral (NOGUEIRA, 2007, p. 57).

Tabela I: População geral e População de idosos de Barueri (1980 a 2005)

ANO	TOTAL ANUAL		%	ANO	TOTAL ANUAL		%
	População geral	População de idosos			População de idosos	População geral	
1980	75.335	2.601	3,45	1993	140.221	5.481	3,91
1981	79.625	2.790	3,50	1994	142.386	5.566	3,91
1982	84.848	3.028	3,57	1995	144.500	5.650	3,91
1983	90.089	3.266	3,63	1996	177.256	7.140	4,03
1984	95.316	3.504	3,68	1997	188.840	7.606	4,03
1985	100.526	3.740	3,72	1998	198.598	7.999	4,03
1986	105.688	3.975	3,76	1999	208.424	8.396	4,03
1987	110.775	4.205	3,80	2000	208.281	9.374	4,50
1988	115.758	4.432	3,83	2001	217.510	9.789	4,50
1989	120.611	4.651	3,86	2002	224.583	10.107	4,50
1990	125.348	4.866	3,88	2003	232.148	10.448	4,50
1991	130.799	5.114	3,91	2004	239.697	10.788	4,50
1992	139.226	5.488	3,94	2005	256.825	11.559	4,50

Fonte: IBGE – Censos Demográficos e Contagem Populacional e Datasus, a partir totais populacionais fornecidos pelo IBGE para os anos intercensitários

Esse crescimento da população idosa, não é um fenômeno barueriense. Podemos afirmar com segurança que, atualmente, a população mundial está envelhecendo. Isso significa dizer que o número de idosos está crescendo mais do que os demais grupos etários, o que marca um novo desafio para o Estado, as famílias e os cidadãos.

Aumenta a preocupação com a pressão que a população idosa pode fazer sobre os gastos previdenciários, utilização dos serviços de saúde e conseqüentemente com os custos destes (CAMARANO, 2002, p. 59).

Segundo CAMARANO (2002), no período de 1940 a 2000, a população de idosos passou de 4% para 9% da população total. Em 2002, o “país tropical e abençoado por Deus”, apresentava 15 milhões de habitantes com idade igual ou superior a 60 anos, sendo que “projeções recentes indicam que esse segmento poderá ser responsável por quase 15% da população brasileira no ano 2020” (IDEM).

Podemos ousar caracterizar o envelhecimento da população brasileira como uma nova manifestação da questão social porque ele é marcado pela desigualdade, pois entendemos esta como uma necessidade que requer intervenção do Estado, cuja raiz encontra-se na desigualdade social constitutiva da sociedade capitalista. “O envelhecimento é a expressão de desigualdades surgidas no passado e que são mantidas⁴”. Diferentes condições de vida vão produzindo diferentes velhices.

Dentre esse grande número de idosos uma parcela está inserida nos denominados programas da 3ª idade: centros de convivência, grupos de recreação e lazer, etc, como os 2.000 idosos associados ao GR - B.

Estes programas, encorajando a busca da auto expressão “(...), abrem espaços para que uma experiência inovadora possa ser vivida coletivamente e indicam que a sociedade brasileira é hoje mais sensível aos problemas do envelhecimento (...). Essa experiência inovadora e bem sucedida fecha espaços para as situações de abandono e dependência” (DEBERT, 1999, p, 15).

Porém, no país “bonito por natureza”, historicamente marcado pelas desigualdades sociais, muitos idosos estão excluídos de tais programas, por não terem acesso ou possuírem uma condição de saúde que impede uma vida autônoma e independente. Segundo a PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2001 são mais de 6 milhões de brasileiros que necessitam de auxílio para uma atividade cotidiana e cerca de 1,5 milhões de idosos que precisam de auxílio para todas as atividades. Ou seja, são exatamente 7,5 milhões de brasileiros que têm sua sobrevivência atrelada a ajuda recebida de uma outra pessoa.

⁴ Expressão utilizada pela Prof^a Dra. Elza Koumrouyan na ocasião do exame de qualificação deste estudo, realizado no dia 20 de abril de 2007.

Esta é a outra face da moeda do envelhecimento, por não ser vista como bonita ou divertida, “faz parte de uma face oculta da opinião pública, porque vem sendo mantida no âmbito familiar (...), impedindo qualquer visibilidade e, conseqüentemente, qualquer preocupação política de proteção social” (KARSCH, 2003, p. 862).

Num primeiro momento podemos correr o risco de pensar que, a realidade de idosos dependentes cuidados por suas famílias, acontece no nosso país porque há uma precária rede de atendimento aos idosos, com número insuficiente de hospitais, ambulatórios e ILPs – Instituições de longa permanência, entre outros serviços. Porém, pesquisas demonstram que isso está acontecendo simultaneamente em outros países.

Em todo o mundo, a família é a principal fonte de apoio e de cuidado a idosos. Ao propiciar cuidados por intermédio de alguns de seus membros, cumpre normas socioculturais fundamentais a continuidade da sociedade (NERI e SOMMERHALDER, 2002, p. 11).

Mas, o fato de ser uma realidade vivenciada por muitas famílias, não minimiza o impacto que a associação entre envelhecimento e dependência impõe aos idosos e suas famílias, pois a vida de ambos pode ser completamente modificada por essa associação, que normalmente é inesperada. Os idosos vêem-se incapazes de colocar uma blusa, chegar até o banheiro, comer com garfo e isso pode ser no mínimo, constrangedor. A família, ou melhor, um familiar, que comumente é uma mulher, passa a vivenciar a inversão de papéis sociais, realizando tarefas para as quais não foi preparada, contando, muitas vezes, com uma possibilidade mínima de melhora ou sem perspectivas de retribuição.

A Legislação pertinente ao segmento idoso, dentre as quais destacamos as Leis 8.842 e 10.741, respectivamente, PNI - Política Nacional do Idoso e Estatuto do Idoso vêm reforçar e dar respaldo legal para a permanência do idoso na sua família.

O inciso V do 3º artigo do Estatuto traz que: “é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”. Essa garantia de prioridade compreende entre outros aspectos, a priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar.

Temos então que, a permanência do idoso dependente no domicílio, recebendo auxílio de um familiar é uma realidade já existente, com perspectiva de crescimento constante, que causa grande impacto na dinâmica familiar, configurando-se hoje como uma atividade respaldada pela lei, além de ser uma alternativa para a diminuição dos custos das longas internações hospitalares e para a dinamização de leitos nos hospitais.

Exatamente porque a família se sente no dever de suprir as atividades para as quais o idoso não tem mais condições, é que o cuidador familiar “precisa de informação, orientação, ajuda e demonstrações de cuidados corretos, para que não faça improvisações, muitas vezes de forma prejudicial ao bem estar do idoso” (KARSCH, 2003, p. 110).

Essa mesma autora aponta que a cabe aos profissionais especializados no atendimento ao idoso, dentre os quais, o assistente social, ajudar as famílias a lidarem da melhor forma possível com essa realidade, auxiliando-as na busca do seu bem estar e qualidade dos cuidados prestados aos idosos.

Um aspecto que legitima a atuação do assistente social neste campo é a configuração do envelhecimento como uma das novas manifestações da questão social, quando conjugado como uma das diversas formas de exclusão social, que impõe ao profissional novos desafios e exigências, determinando redefinições dos procedimentos e estratégias de ação. Desafios possíveis de serem enfrentados devido, entre outros fatores, a formação profissional do assistente social.

A formação do assistente social é de natureza generalista, de modo que o profissional possa recriar continuamente suas alternativas de trabalho, mobilizar recursos humanos e materiais, em face de situações em mudança e de crescente complexidade, comunicar-se, negociar relações diversas e partilhar seus compromissos ético profissionais com seus usuários e outros profissionais (YAZBEK, 2004, p. 26).

1.2 DA ANGÚSTIA A AÇÃO: OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho nasceu do desejo de dissertar sobre minha experiência em educação para os cuidados de idosos dependentes, perante as dificuldades enfrentadas para organizar o COFID – Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes promovida pelo GV – B - Grupo Vida - Barueri, cujo objetivo inicial foi à vinculação de informações para a melhoria do cuidado para com o idoso.

Na época, não foram encontrados relatos de experiências semelhantes ou dados precisos que auxiliassem na organização da atividade. Sabíamos que o “familiar cuidador precisa ser alvo de informações verdadeiras e completas sobre a doença do idoso, receber orientação de como proceder nas situações mais ou menos difíceis, e saber quando e como se configuram as ocasiões de emergência e de necessidades de socorro” (KARSCH, 2003, p. 111).

Desde então, publicizar a experiência do COFID, tornou-se um sonho, nada contemplativo, mas audacioso, que ousou adentrar no universo da pesquisa acadêmica, e transformou-se em objetivo geral desta pesquisa, não para fazer da experiência do COFID, uma “fórmula pronta” a ser aplicada em qualquer realidade de envelhecimento com dependência que conte com cuidador familiar, mas antes, mostrá-la como uma das inúmeras possibilidades de intervenção, que pode auxiliar na implantação de semelhantes iniciativas.

Neste mar da pesquisa acadêmica, foi preciso optar por uma rota de navegação para se encontrar um porto seguro. Essa opção não esgota as possibilidades de estudo sobre o tema, porém, conforme não se cansa de repetir a

orientadora, “a pós-graduação *stricto sensu* (mestrado) trata-se apenas de um exercício metodológico”. Nossa viagem foi iniciada com uma revisão bibliográfica dos principais eixos temáticos, que compõe o “Capítulo II: Justificativa”.

- Legislação pertinente ao segmento idoso: a família é referenciada como a principal responsável pelos cuidados do idoso. Da Constituição Federal de 1988 ao Estatuto do idoso de 2003, as leis não garantiam à família as condições necessárias para o cumprimento dessa obrigatoriedade. A PNAS – Política Nacional de Assistência Social de 2004, contempla a garantia de proteção à família para que ela possa ser protetora e dar segurança a seus membros, o que pode influenciar positivamente na qualidade dos cuidados prestados por familiares cuidadores a idosos dependentes;
- Envelhecimento populacional: no nosso país, esse fenômeno mundial, apresenta peculiaridades, principalmente no tocante a responsabilidade econômica das famílias, que cabe aos idosos, na expressiva proporção de 20%, segundo dados do IBGE 2000. Isso contribui para que estes sejam mantidos em seus domicílios, quando se tornam dependentes, não apenas por exigências legais, mas para que seu recurso financeiro possa continuar garantindo a sobrevivência da família;
- Envelhecimento com dependência: a impossibilidade de realizar AIVDs – atividades instrumentais de vida diária ou a presença de deficiências, não caracteriza a manutenção da vida do idoso atrelada a uma outra pessoa, mas a incapacidade de realizar as AVDs – Atividades de vida diária, traz essa caracterização e,
- Cuidador familiar: é a mulher, parente do idoso e que mora com ele, que condicionada por múltiplos fatores, assume a responsabilidade de assisti-lo nas AVDs e torna-se responsável por ele perante os demais familiares e a sociedade. A vida de ambos fica fortemente atrelada e passam juntos pelas experiências das adaptações cotidianas perante a dependência, cansaço pela aridez do cotidiano e proximidade da finitude, o que torna a relação repleta de tensão e sentimentos variados. O cuidador familiar será abordado enquanto categoria de estudo e não em suas vivências individuais.

Posteriormente, busquei reconstruir minha experiência na coordenação de 07 edições do COFID, realizadas no período de 2004 a 2006, no GV – B, conteúdo do “Capítulo III: Reconstruindo a experiência em educação para o cuidado de idosos”. Este período abarcou a implantação da atividade e o estabelecimento de uma parceria com uma instituição financiadora, que trouxe aprimoramento à iniciativa e imprimiu características que são mantidas atualmente, tornando-se um modelo seguido nas edições posteriores.

Nesta etapa, o primeiro passo foi a organização dos documentos específicos da atividade e, ao avançar mar adentro desta pesquisa, quase ocorreu um naufrágio! Quantos papéis! Toda a documentação do COFID (projetos, manual de procedimentos, fichas de inscrição, formulários de avaliação e apostilas) estava guardada no GV – B, mas não seguia qualquer ordenação, não compunha um arquivo da atividade.

Inicialmente os 950 documentos foram separados segundo a edição da atividade que pertenciam (total de 07 edições), e guardados em 07 pasta-arquivos. Aqui, o maior desafio foi quanto aos que não possuíam data, foi preciso separá-los dos demais e organizá-los a partir de outros (listas de chamada, cronograma da atividade, etc.), possível após a conclusão da primeira ordenação.

Foi estabelecida uma mesma ordem para os documentos, em cada uma das 07 pastas:

- Projeto da atividade;
- Memorando para diversos setores da entidade (compras, financeiro, recursos humanos e comunicação) referentes à dinâmica da atividade (limpeza e organização do espaço físico, registro fotográfico, preparação do lanche para os encontros. compra de materiais para os participantes, solicitação de fotocópias das apostilas, entre outros);
- Fichas de inscrição dos participantes;
- Fichas de avaliação dos idosos assistidos pelos participantes;
- Lista de presença;
- Formulários de avaliação e,

- Material de apoio entregue aos participantes.

Na seqüência, foram feitas as tabulações de cada tipo de documento:

- 155 fichas de inscrição dos participantes, das quais 53 continham informações sobre o perfil (sexo, faixa etária, estado civil, religião, escolaridade, profissão / ocupação, vínculo com o idoso, principais patologias e recebimento ou não de apoio de outras pessoas);
- 45 fichas de avaliação do idoso (sexo, faixa etária, acompanhamento médico, utilização de serviços da rede pública, principais patologias, número e motivos de atendimentos de urgência e internações nos últimos 12 meses e AVDs que necessita de auxílio) e,
- 616 avaliações, sendo, 96 das edições I, II, III, IV e V, realizadas ao final da atividade, e 520 das edições VI e VII, realizadas diariamente.

O primeiro produto desse processo foi a devolução para a entidade de um arquivo da atividade, inexistente até o momento. Já o segundo, os dados necessários para a reconstrução da minha experiência em educação para os cuidados de idosos, que na seqüência deste trabalho (“Capítulo IV: Ensaio reflexivo sobre os Ciclos de orientação a familiares de idosos dependentes”) foi analisada à luz do referencial teórico, anteriormente elaborado e reflexões das disciplinas cursadas. E, como sempre há o que ser dito sobre uma paixão, para finalizar, essa navegação será atracada no porto “Capítulo V: Algumas palavras finais”.

1.2.1 O GRUPO VIDA – BARUERI

Amigos para sempre
é o que nós queremos ser,

no Grupo Vida e em qualquer situação,
nas horas tristes e nos momentos de prazer,
amigos para sempre!
(música tema da entidade Grupo Vida – Barueri)

A presente pesquisa tem como porto de partida o GV – B, cuja história data o início de 1997, quando a PMB - Prefeitura Municipal de Barueri passou a oferecer aulas de artesanato para toda população, nas bibliotecas e na sede da SPS – Secretaria de Promoção Social.

Os interessados nas aulas eram na maioria idosos que, ao reunirem-se semanalmente para aprender as novas técnicas de arte, começaram a conversar sobre o envelhecimento e a inexistência de serviços municipais de atendimento aos idosos. Ocorreu que, na SPS havia uma funcionária, Sra. Maria Lúcia Matioli, carinhosamente chamada de “Maúça”, que estava cursando Gerontologia Social, no Instituto Sedes Sapientiae e, ao saber desses encontros de idosos, passou acompanhá-los e contribuir para a discussão de temas como envelhecimento ativo e cidadania.

Logo uma professora de educação física também teve conhecimento dessas reuniões e se ofereceu para dar aulas semanais de ginástica aos idosos. Pronto, o que era para ser apenas uma aula de artesanato havia se transformado em encontros semanais para fazer atividade física, conversas acaloradas e aulas de pintura em tecido e biscuit.

Em setembro desse mesmo ano, após muitos debates sobre a necessidade dos idosos de terem acesso a serviços educativos, de saúde e lazer, perante a impossibilidade de tais serviços serem oferecidos pela prefeitura, esses idosos decidiram formar o GV - B, uma ONG – organização não governamental sem fins lucrativos voltada ao atendimento de idosos.

A comemoração do Dia Internacional do Idoso, datada de 26 de setembro, foi muito especial em 1997, pois marcou a fundação da entidade, cuja missão era: “Valorizar o envelhecimento tornando o grupo de idosos unido, saudável e cidadão”.

Uma vitória e um horizonte de novos desafios, os idosos estavam animados e empenhados com o projeto e isso logo contagiou muitos voluntários que passaram a ingressar na entidade: diretoria e conselhos executivo e fiscal. Os idosos pioneiros dessa aventura formaram o conselho fundador. Essa estrutura permanece em funcionamento até hoje.

Concomitante, a Sra. “Maúça” aposentou-se do serviço público e passou a desempenhar o papel de coordenadora geral da entidade, buscando voluntários para oferecer novas opções de atividades para os idosos, além das aulas de atividade física e artesanato: aulas de alfabetização, bailes e festas.

No ano 2000, a entidade se inscreveu- no CMAS – Conselho Municipal de Assistência Social (inscrição nº 005/00).

O ano de 2002 foi marcado por 02 novas conquistas: registros no CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social (inscrição nº R0125/02) e certificado de UPF – Utilidade Pública Federal (portaria nº 2.226/02).

Esse registro e essas inscrições foram imprescindíveis para que a entidade firmasse convênios com as esferas municipal, estadual e federal para subsídio financeiro das ações, que possibilitaram a ampliação das atividades, manutenção de 02 unidades e contratação de funcionários.

Até este momento, a entidade desenvolvia suas ações em 02 CCs - Centros de convivência para idosos com a independência e autonomia preservadas. O ano de 2003 marcou um novo desafio para a entidade e uma possibilidade de ampliação de suas ações para idosos com comprometimento da independência e autonomia. A prefeitura propôs uma parceria para administração do asilo municipal perante ampliação do convênio para os CCs. A entidade aceitou o desafio e desde então, possui 01 unidade residencial, chamada carinhosamente de GVR – Grupo Vida Residência.

A missão da entidade é: “Promover a defesa dos direitos e o exercício da cidadania do idoso valorizando o envelhecimento e a qualidade de vida”. Até 2006,

período que se encerra este trabalho, para ordenar as atividades que visam à concretização dessa missão, o GV – B implantou o PAI – Plano de Atendimento ao Idoso que, para os CCs, continha 03 programas multidisciplinares e integrados entre si, compostos por 06 projetos, a saber:

Tabela II: PAI 2007 - Plano de Atendimento ao Idoso

PROGRAMA	PROJETO	ATIVIDADES	LOCAL DE REALIZAÇÃO
Prevenção e Saúde	Prevenir é Preciso	-Campanhas de Saúde e, - Acompanhamentos.	Unidades I e II – CC - Centros de Convivência
	Sorrir	-Prevenção do câncer bucal; -Exames; -Encaminhamentos para a semiologia e, -Colocação de próteses.	
Social	Acolhimento	-Atendimento de Serviço Social; -Atendimento de Recepção; -Oficina de Cidadania e, -Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes	
Educativo Cultural	Eterno Aprendiz	-Aulas de alfabetização, artesanato, violão, coral, teatro, corte e costura e artes plásticas e, -Oficina de memória e cultura.	
	Mexa-se	-Ginástica adaptada; -Alongamento e Relaxamento; -Esporte (vôlei, basquete e atletismo); -Natação; -Hidroginástica; -Dança de Salão e, -Caminhada.	
	Lazer Cultural	-Palestras instrutivas; - Bailes; -Festas e -Passeios.	
Atender é Preciso		-Atendimento de medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, psicologia, educação física, fonoaudiologia e serviço social; -Aulas de alfabetização e	Unidade III – GVR - Grupo Vida Residência

	artesanato; -Integração comunitária; -Festas e -Passeios.	
--	--	--

Uma característica peculiar da entidade é sua intensa participação nos movimentos sociais para criação de leis que beneficiam o idoso e efetivação de direitos da população geral, sendo membro titular dos conselhos municipais de saúde, assistência social e dos direitos da pessoa Idosa. Além da participação em eventos científicos da área de gerontologia, para o aprimoramento dos conhecimentos sobre a população atendida e contribuição para as discussões de assuntos pertinentes aos idosos. Apenas a título de ilustração, eis os pôsteres apresentados no período de 2004 a 2006:

- Percepção dos vizinhos em relação a uma Instituição de Longa Permanência
II Seminário de pesquisa gerontológica da UNICAMP / 2006;
- Memória viva de Barueri - as histórias que o povo conta
II Seminário de pesquisa gerontológica da UNICAMP/ 2006
VIII Semana de Gerontologia PUC/ SP / 2005;
- O desenvolvimento de ações de atendimento e efetivação de direitos da população idosa de Barueri
XV Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia / 2006;
- O desafio de atuar com a população idosa no que tange a Previdência Social – a experiência do Grupo Vida - Barueri
VIII Semana de Gerontologia PUC/ SP / 2005;
- O olhar dos vizinhos de uma Instituição de Longa Permanência sobre a entidade e o trabalho por ela desenvolvido
VIII Semana de Gerontologia PUC/ SP / 2005 e,
- A atuação de equipe multidisciplinar na prevenção junto à população idosa – a experiência do Grupo Vida – Barueri

VII Semana de Gerontologia da PUC/ SP / 2004

4º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia / 2004

II Congresso Nacional de Serviço Social em Saúde e V Simpósio de Serviço Social em Saúde,/ 2004.

CAPÍTULO II

JUSTIFICATIVA

Para que possamos compreender a relevância do estudo sobre a prática profissional na educação para os cuidados de familiares de idosos dependentes, faz-se necessário que possamos compreender a contemporaneidade do tema, perante significativo aumento da população idosa, seu possível enlaçamento com a dependência para as atividades cotidianas e o surgimento do papel do cuidador familiar, tendo a frente à luz da legislação pertinente ao segmento idoso.

Neste estudo utilizaremos o termo idoso para nos referirmos às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, conforme consta no Estatuto do Idoso, mas sabemos que as terminologias do envelhecimento, ora são revestidas de preconceitos, ora buscam dar conforto e atenção aos idosos, algo que um ouvido atento e uma mão estendida podem cumprir com mais eficiência.

Segundo PEIXOTO (1998), o termo idoso sempre esteve presente no vocabulário brasileiro, mas somente a partir da década de 80 do século XX, após a chegada à nossa terra dos ecos da implantação de políticas públicas voltadas a velhice, ocorrida a partir da década de 60, na França, é que o termo idoso passou a ser utilizado para um tratamento mais respeitoso e o termo “velho” passou a ter uma conotação negativa, utilizado como maior freqüência para a população envelhecida das camadas pobres.

2.1 LETRAS E IDEAIS POSTOS NO PAPEL¹

A gente quer valer o nosso amor
 A gente quer valer nosso suor
 A gente quer valer o nosso humor
 A gente quer do bom e do melhor
 A gente quer carinho e atenção
 A gente quer calor no coração
 A gente quer suar mas de prazer
 A gente quer é ter muita saúde
 A gente quer viver a liberdade
 (...)
 A gente quer viver pleno direito
 A gente quer viver todo respeito
 A gente quer viver uma nação
 A gente quer é ser um cidadão

É (Gonzaguinha)

Historicamente, no nosso país, coube a assistência social o equacionamento dos problemas sociais relativos aos idosos, ou melhor, o atendimento “das faltas”. Falta de comida, de roupa, de moradia, de dignidade...

Por muito tempo, a resposta dessa equação foi apresentada pelo atendimento de instituições filantrópicas e ações governamentais descontínuas, que na contradição do processo histórico, representam o reflexo do desenvolvimento e amadurecimento da própria política de assistência social. Ou seja, respostas de caráter paternalista ou assistencialista, no período que antecedeu a Constituição de 1988 e, respostas de novos acessos a direitos sociais e à cidadania, no período posterior.

A Carta Magna é o marco final do processo ditatorial e o início de um outro, pautado na democracia e na garantia de direitos sociais. Mas, guardemos que, da ausência do exercício da cidadania a um estado democrático pleno, não basta, o processo constituinte apenas como marco legal, mas como processo histórico real, que inclui a desconstrução da negligência tradicional, da desresponsabilidade e

¹ Legislação brasileira pertinente ao segmento idoso: **Lei Orgânica da Assistência Social**, Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993; **Política Nacional do Idoso**, Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994; **Política Estadual do Idoso**, Lei nº 9.892 de 10 de dezembro de 1997; **Política Nacional de Saúde do Idoso**, Portaria nº 1395 GM de 10 de dezembro de 1999; **Estatuto do Idoso**, Lei nº 10.741. de 31 de outubro de 2003; **Política Nacional de Assistência Social**, Resolução 145/CNAS de 15 de outubro de 2004.

tutela do Estado, e caminha à construção de uma política de preservação, segurança e dignidade de todos os cidadãos.

A conquista de direitos humanos e sociais supõe uma revolução político-cultural que provoca mudanças no modo de pensar e agir conservador, ditatorial, não democrático, de concentração de riquezas intensamente presentes na sociedade brasileira (...). Sem essa mudança de entendimento nunca no Brasil poderão ser praticados os direitos sociais e direitos humanos (SPOSATI, 2005, p. 10).

Esta é uma vitória conquistada por diversos segmentos da sociedade, que compartilharam do sonho de ter “do bom e do melhor, muita saúde, de viver a liberdade, de ter todo respeito”. Os assistentes sociais enquanto categoria profissional ou participando dos mais diversos movimentos sociais, tiveram uma participação importantíssima nesse processo.

Essa Constituição, embora não traga a definição do termo idoso, com seus princípios igualitaristas, garante aos idosos os mesmos direitos fundamentais que outros segmentos etários, defendendo ainda que tal garantia precisa contar com ações coordenadas entre a família, o Estado e a sociedade.

A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem estar e garantindo-lhes o direito à vida (artigo 230 da Constituição Federal do Brasil de 1988).²

De acordo com o modelo constitucional, a assistência social passa a caminhar em direção a descentralização da oferta de serviços e a democratização de sua gestão. Mas é somente em 1993, com a LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social, que ocorre a regulamentação da assistência social como política de

² O parágrafo primeiro, deste mesmo artigo, determina que os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

proteção social não contributiva no âmbito da justiça social. Ou seja, a concepção de prover necessidades circunstanciais ou permanentes, é reconhecida por lei, como dever do Estado e direito de todos os cidadãos.

Como garantia de lei, a LOAS determina o provimento gratuito de bens e serviços, dos mínimos sociais, promovendo a assistência social como parte integrante da Constituição e da seguridade social e assim diferenciando-a da filantropia e da benemerência, com as quais sempre foi identificada (SANTOS, 1999, p. 31).

Assim, as práticas descontínuas, desarticuladas e com financiamento incerto, após a aprovação desta Lei, não compõem mais a tônica que deve reger os serviços de assistência social. Porém, o distanciamento do Estado das suas responsabilidades, ocorrido de forma mais acentuada com o neoliberalismo que marcou o início da década de 90 do último século, e a persistente cultura do assistencialismo, tornam a LOAS um processo ainda inacabado, sem que isso retire seu mérito inovador.

A LOAS é uma vitória dentro do processo constituinte para garantir um lugar e um modo de ser da assistência social, articulada aos direitos sociais e aos patamares de justiça social a serem garantidos a todos os cidadãos da sociedade (RAICHELIS, 2000, p. 129).

No tocante aos idosos, a LOAS trouxe, principalmente, o BPC – Benefício de prestação continuada, um benefício não contributivo; uma garantia, já contemplada na Constituição, de uma renda mensal no valor de um salário mínimo, concebida as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, cuja renda familiar mensal *per capita* não ultrapasse o valor de um 1/4 do salário mínimo vigente. O idoso não pode estar filiado a um regime de previdência social, nem estar recebendo qualquer tipo de benefício público. A cada 02 anos deve ser realizada uma revisão da concessão. O recebimento do BPC é cancelado se o idoso deixa de cumprir os critérios de

elegibilidade. É intransferível e, conseqüentemente, no caso de morte do idoso, não gera pensão para dependentes.

A LOAS prevê que a renda *per capita* deve ser inferior a 1/4 do salário mínimo e que a família deve ser incapaz de promover a manutenção do idoso. A exigência de comprovação desta renda *per capita*, além de não encontrar respaldo constitucional, cria uma legião de excluídos sociais (NOGUEIRA, 2007, p. 53).

A título de ilustração trazemos que no município de Barueri, logradouro da prática profissional no GV – B – Grupo Vida - Barueri, é o INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social, o atual responsável pela concessão do BPC aos idosos. A complexidade da organização e funcionamento desta instituição, as informações desconhecidas e as dificuldades na comunicação com os atendentes, configuraram-se como um desafio para que muitos idosos acessassem o referido benefício. Visando contribuir para o sucesso nesse processo, foi implantado pela assistente social, o “Acompanhamento ao INSS”, que consistia no preenchimento da documentação de solicitação e acompanhamento à agência para mediação entre os atendentes e os idosos. Em nenhum momento, isso foi feito por meio de procuração, pois sempre foi incentivada a autonomia dos idosos e seu protagonismo na conquista de seus direitos.

A partir da LOAS, setores organizados da sociedade civil, idosos ou profissionais, passaram a discutir as peculiaridades das questões do envelhecimento, e em 04 de janeiro de 1994, foi disposta a Lei 8.842 – PNI - Política Nacional do Idoso, regulamentada pelo decreto 1948 de 03 de julho de 1996.

O objetivo primordial da PNI é garantir os direitos sociais do idoso, conquistados na constituição, assegurando-lhes o direito de exercer sua cidadania (OLIVEIRA, 2003, p. 33).

Um documento divulgado pelo governo federal de 1997 mostrou que novas vitórias precisavam ser conquistadas. No dia 20 de março daquele ano, o então presidente, Fernando Henrique Cardoso, lançou um programa de saúde denominado “1997 – O ano da saúde no Brasil – Ações e metas”, no qual a prioridade fundamental era combater a mortalidade infantil e atender as mães carentes. Não há de se discutir a importância de tais medidas, mas após um ano de aprovação da PNI, nem sequer foi mencionada a necessidade de oferecer uma rede de atendimento e proteção ao idoso.

Esse fato fez com que o tema “saúde no envelhecimento” ocupasse a pauta central dos movimentos dos idosos e profissionais e no dia 13 de dezembro de 1999, fosse decretada a portaria 1395 – PNSI - Política Nacional de Saúde do Idoso.

A PNSI tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restrita (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 13/12/1999, p. 21).

A continuidade da luta dos idosos para a garantia dos direitos constitucionais e a necessidade de regulamentar a forma como a sociedade deveria relacionar-se com este segmento etário, culminou no decreto da Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003, conhecida como Estatuto do Idoso. Mais uma vez, na busca da segurança social e acessibilidade a serviços que deveria ser garantida pela Constituição, aprovou-se uma nova lei em relação à PNI, os principais avanços são:

- Estabelecimento da idade biológica de 60 anos ou mais para que uma pessoa possa ser considerada idosa;
- O amparo aos idosos deixa de ser um dever moral e passa a ser uma obrigação legal, que caso não seja cumprida, poderá ser julgada pela justiça;
- Estímulo à formação dos conselhos consultivos de direito da pessoa idosa, nas três esferas do governo para fiscalização dos recursos públicos investidos em

programas voltados aos idosos e funcionamento das entidades prestadoras de serviço, entre outras atribuições e,

- Estabelecimento da idade de 65 anos para requerimento do BPC.

O Brasil tem uma das legislações mais avançadas quanto aos idosos, porém falta definição orçamentária para que haja avanço na implementação de serviços. Atualmente a implementação da PNI e do Estatuto do idoso têm dado ênfase na capacitação de recursos humanos e não na oferta de serviços diretos neste sentido, os desafios que se impõe são³:

- Definição e regularização de recursos orçamentários;
- Equidade de investimentos perante outros segmentos;
- Implementação de medidas de prevenção da violência contra o idoso (principalmente nas famílias) e,
- Políticas e serviços que atinjam as áreas rurais.

Por fim, vale ressaltar que, ao contrário do que vem ocorrendo nos países ocidentais do hemisfério norte que apresentam um recuo dos sistemas de proteção social, o Brasil vem buscando implantar um sistema de proteção social não contributivo e universal, o SUAS – Sistema Único de Assistência Social, que está pautado na PNAS – Política Nacional de Assistência Social. Os principais eixos estruturantes do SUAS são:

- Matricidade sócio familiar⁴;
- Territorialização;
- Novas bases para a relação entre Estado e sociedade civil;
- Financiamento;
- Controle social e,
- Participação do usuário.

³Informações fornecidas por Albamaria Paulimo de Campos Abigail do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, durante o seminário “Velhice Fragilizada”, promovido pelo SESC / SP - Serviço Social do Comércio de São Paulo, no período de 22 a 24 de novembro de 2006

⁴A família é entendida como um conjunto de pessoas que se acham unidas por laços consangüíneos, afetivos e/ ou de solidariedade; (...) é o núcleo natural e fundamental da sociedade e por isso, tem direito à proteção da sociedade e do Estado (PNAS, 2004, p. 35).

O SUAS cujo modelo de gestão é descentralizado e participativo, constituiu-se na regulação e organização em todo território nacional das ações sócio-assistenciais . Os serviços, programas, projetos e benefícios têm como foco prioritário à atenção às famílias, seus membros e indivíduos (...). O SUAS materializa o conteúdo da LOAS (PNAS, 2004, p. 33).

A Constituição Federal traz a obrigatoriedade da família de amparar e assistir aos idosos, preceito reforçado na PNI e no Estatuto do Idoso, porém a PNAS é a única que traz que a família precisa ser estimulada / ensinada quanto aos cuidados mútuos, que ela precisa ser protegida para poder ser protetora.

(...) para a família prevenir, proteger, promover e incluir seus membros é necessário, em primeiro lugar, garantir condições de sustentabilidade para tal. (PNAS, 2004, p. 33).

A PNAS deixa claro que as políticas públicas não devem buscar apenas tornar os idosos mais independentes ou os aparelhos sociais adaptados às suas necessidades, mas precisam criar condições favoráveis para que o cuidado familiar seja exercido. Neste sentido, as ações de educação para os cuidados de idosos dependentes encontram respaldo legal para serem realizadas.

2.2 A SENHORA “ENVELHECIMENTO POPULACIONAL”

Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma
 Até quando o corpo pede um pouco mais de alma
 A vida não pára
 Enquanto o tempo acelera e pede pressa
 Eu me recuso faço hora e vou na valsa
 A vida é tão rara
 Enquanto todo mundo espera a cura do mal
 E a loucura finge que isso tudo é normal
 Eu finjo ter paciência
 O mundo vai girando cada vez mais veloz
 A gente espera do mundo e o mundo espera de nós
 Um pouco mais de paciência
 Será que é tempo que lhe falta pra perceber
 Será que temos esse tempo pra perder
 E quem quer saber?
 A vida é tão rara
 Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma
 Mesmo quando o corpo pede um pouco mais de alma
 Eu sei, a vida não pára (a vida não pára não)

Paciência (Lenine)

O poeta ao dizer que a vida não pára, vem ilustrar um fenômeno que estamos presenciando neste exato momento, a vida não está parando aos 40, 50 ou 60 anos, ela está indo em frente, ora no ritmo da valsa, ora pedindo um pouco mais de alma. Mas o que era impensável há algumas décadas, hoje é fato corriqueiro: estamos atingindo idades mais avançadas em todo o mundo.

A expectativa média de vida na época áurea do Império Romano (cerca de 30 anos) não pode sequer ser comparada á expectativa média da África de hoje (cerca de 45 anos), nem muito menos à do Japão (quase 85 anos). Daí poderemos concluir que ser velho depende do referencial histórico. (RAMOS, 2002, p. 70).

Quando afirmamos que o mundo está deixando de ter uma população jovem para uma envelhecida, estamos afirmando que está ocorrendo um processo de transição demográfica, que possui 04 estágios:

1. População predominantemente jovem: Alta taxa de fecundidade e alta taxa de mortalidade;
2. População jovem: Alta taxa de fecundidade e a mortalidade começa a cair;
3. População predominantemente adulta: início da queda nas taxas de fecundidade e mortalidade e,
4. População envelhecida: contínua redução da queda nas taxas de fecundidade e mortalidade (a fecundidade pode não atingir níveis de reposição).

O Brasil, a exemplo do que acontece com alguns países da América Latina, tem conseguido reduzir a fecundidade com a concomitante redução contínua da mortalidade, estando, portanto, no terceiro estágio da transição demográfica (FREITAS, 2006, p. 18).

Primeiramente trata-se de uma equação matemática: há um aumento da proporção de idosos porque ocorreu uma diminuição da proporção de jovens, ocasionada pela queda nas taxas de fecundidade. Mas precisamos ficar atentos para não reduzirmos esse complexo fenômeno a números estanques.

Trata-se antes do predomínio e expansão do processo de urbanização determinado pelo capitalismo, que impôs às famílias a necessidade crescente de restringir o número de membros, principalmente nos momentos de crise econômica. Além disso, em meados do século XX houve a inclusão da mulher no mercado formal de trabalho e o advento das pílulas anticoncepcionais. A soma de todos esses fatores culminou numa família com menos filhos.

Mas isso por si só não é capaz de garantir o envelhecimento da população. Foi preciso que esses poucos filhos vivessem por mais tempo, o que foi possível porque no final da década de 40 do século XX, os antibióticos foram descobertos e logo se tornaram acessíveis a um grande número de pessoas. Na década seguinte houve o desenvolvimento de diferentes vacinas e a criação das UTIs - Unidades de Terapias Intensivas. Esses fatores diminuíram a incidência e mortalidade das doenças infecto contagiosas, permitindo que a população atingisse idades mais

avançadas. Além disso, houve também melhorias no saneamento básico e na qualidade da alimentação, principalmente dos grandes centros urbanos.

Como fenômeno histórico, o envelhecimento populacional é inacabado e peculiar. Inacabado por ser um processo em curso, já que o mundo não envelheceu e sim está envelhecendo. Peculiar porque guarda características próprias em cada sociedade que o manifesta, assim temos que na Europa e nos Estados Unidos, esse fenômeno ocorreu de forma gradual ao longo de mais de 200 anos, paulatinamente houve a queda nas taxas de mortalidade e fecundidade e aumento na oferta e acesso de serviços sociais. Na América Latina, e nos países em desenvolvimento de um modo geral, tal processo ocorreu em menos de um século e assim, o envelhecimento populacional veio somar-se a outras manifestações da *questão social*, que assim como ele, não são prioridade política, tais como: trabalho infantil, analfabetismo, fome e etc.

Diferentemente do que se observou na Europa aqui às mudanças demográficas não se dão como fruto do desenvolvimento social e sim, como consequência de um processo maciço de urbanização, sem alterações marcantes na distribuição da renda e na estrutura de poder social (RAMOS, 2002, p. 71)

A título de ilustração da magnitude desse fenômeno trazemos dados das Nações Unidas sobre o número de idosos de onze países com população superior a 100 milhões.

Tabela III: Crescimento do nº de idosos em países com mais de 100 milhões de habitantes.

2002			2025		
	PAÍS	Nº de idosos		PAÍS	Nº de idosos
1º	China	134,2	1º	China	287,5
2º	Índia	81,0	2º	Índia	168,5
3º	EUA	46,9	3º	EUA	86,1
4º	Japão	31,0	4º	Japão	43,5
5º	Rússia	26,2	5º	Indonésia	35,0
6º	Indonésia	17,1	6º	Brasil	33,4
7º	Brasil	14,5	7º	Rússia	32,7
8º	Paquistão	8,6	8º	Paquistão	18,3
9º	México	7,3	9º	Bangladesh	17,7
10º	Bangladesh	7,2	10º	México	17,6
11º	Nigéria	5,7	11º	Nigéria	11,4

Fonte: Nações Unidas, 2002.

O Brasil aparece entre os países com maior número de idosos, aqui considerados pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, conforme orientação da ONU - Organização das Nações Unidas e legislado nas leis 8.842/94 e 10.731/03, Política Nacional do Idoso e Estatuto do Idoso, respectivamente.

Segundo o IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2004 a população brasileira era de 182.060.108, sendo que os idosos correspondiam a 17.662.715, ou melhor, 9,7%. A mesma fonte traz que esse percentual era de 4% em 1940, 8,6% em 2000 com projeções de atingir 15% em 2020.

A população idosa brasileira constitui um grupo bastante diferenciado entre si e em relação aos demais grupos etários, por isso, há de se considerar as diferenças por gênero, idade, renda, situação conjugal, educação, atividade econômica e etc. (VERAS, 2001, p. 17).

Mas quem são os velhos brasileiros?

Seguindo a tendência mundial, a maioria dos idosos é na verdade do sexo feminino, por isso, o trocadilho no título deste subtítulo. Segundo o IBGE as mulheres vivem 08 anos a mais que os homens e em 2002, elas correspondiam a

55,1% deste contingente, o que significava 81,6 homens idosos para cada 100 mulheres idosas.

Para VERAS (2003) existem algumas hipóteses para explicar porque as mulheres vivem mais que os homens:

- Elas estão menos expostas a acidentes de trabalho, de trânsito, homicídios ou suicídios;
- Consomem menor quantidade de álcool e tabaco, o que diminui o risco de morte por neoplasias e doenças vasculares (principalmente na faixa etária acima de 45 anos);
- Possuem percepção mais adequada da doença e fazem uso mais constante dos serviços de saúde o que possibilita o diagnóstico mais precoce e melhor prognóstico e,
- Redução nas taxas de mortalidade materna devido à difusão do atendimento médico obstétrico.

Por viverem mais, as senhoras brasileiras tendem a viver sozinhas, o que também está em consonância com o que acontece em outras partes do mundo. Segundo DEBERT (1998), isso não é necessariamente um aspecto negativo, pois a atual geração de idosas é formada, na sua maioria, por donas de casa que passaram a vida atribuladas com os afazeres domésticos e cuidado com esposo e filhos, quando ocorre a viuvez e a independência dos filhos, há uma significativa perda de papéis sociais, mas há também a “possibilidade de passagem de um mundo totalmente regrado para outro em que as mulheres se sentem impelidas a criar as próprias regras (...) de viver e expressar a criatividade, a autonomia e a liberdade” (DEBERT, 1999, p. 185-6).

O IBGE traz também que, o grau de urbanização da população idosa acompanha a tendência da população total, ficando em torno de 81%, segundo dados do Censo de 2000. A proporção de idosos residentes nas áreas rurais caiu de 23,3%, em 1991, para 18,6%, em 2000. Morar na cidade possibilita maior possibilidade de acesso a serviços sociais, principalmente de saúde, e a

proximidade dos filhos. As cidades com maior número de idosos são Rio de Janeiro, Porto Alegre e Recife. Esta última aparece aqui porque, como dito inicialmente, o aumento da proporção de idosos está vinculado à diminuição da proporção de jovens e “a migração dos jovens de para os grandes centros urbanos, faz com que esta cidade tenha maior proporção de crianças, mulheres e idosos” (BERZINS, 2003).

Tabela IV: Proporção de idosos nos estados brasileiros .

ESTADO	% Proporção de idosos	ESTADO	% Proporção de idosos
Rio de Janeiro	12,8	Belém	6,9
Porto Alegre	11,8	Salvador	6,8
Recife	9,4	Maceió	6,5
São Paulo	9,3	Teresina	6,2
Belo Horizonte	9,1	São Luiz	5,7
Vitória	8,9	Cuiabá	5,7
Florianópolis	8,4	Rio Branco	5,4
Curitiba	8,4	Brasília	5,3
João Pessoa	8,1	Manaus	4,7
Natal	7,9	Porto Velho	4,4
Fortaleza	7,5	Macapá	4,1
Campo Grande	7,3	Boa Vista	3,8
Aracaju	7,0	Palmas	2,7
Goiânia	7,0		

Fonte: IBGE Censo Demográfico 2000

Se num passado recente ou uma análise superficial esses dados representavam um aumento dos gastos das famílias, atualmente os dados mostram que eles contribuem de forma decisiva no orçamento familiar, sendo que 62,4% deles são os chefes dos domicílios.

É importante destacar que no conjunto dos domicílios brasileiros (44.795.101), 8.964.850 tinham idosos como responsáveis e representavam 20% do contingente total. Em 1991, essa proporção ficava em torno de 18,4%. Destaca-se ainda que a idade média do responsável idoso, em 2000, estava em torno de 69,4 anos (70,2 anos quando era do sexo feminino e 68,9 para o responsável do sexo masculino) (IBGE, 2000).

Tabela V: Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade, responsáveis pelos domicílios, em relação ao tipo de arranjo familiar em que se encontram inseridas (%)

Sexo do responsável	Total de responsáveis pelos domicílios	Casal sem filhos	Casal com filhos e/ou outros parentes	Idoso sem cônjuge com filhos e/ou outros parentes	Morando sozinho
Homem	5 594 347	25.9 %	55.5 %	8.9 %	9.5 %
Mulher	3 370 503	2.1 %	3.6 %	61.5 %	31.8 %

Fonte: IBGE Censo Demográfico 2000

Quanto à escolaridade, o IBGE traz no Censo demográfico de 2000, que 64,8% dos idosos afirmaram saber ler e escrever pelo menos um bilhete simples, isso representa um aumento de 16,1% em relação ao Censo de 1991, mas infelizmente 5,1 milhões de idosos são analfabetos.

Em relação ao gênero, os homens continuam sendo, proporcionalmente, mais alfabetizados do que as mulheres (67,7% contra 62,6%, respectivamente). Quanto ao número de anos de estudo dos idosos responsáveis pelo domicílio a média é de 3,4 anos, sendo 3,5 anos para os homens e 3,1 anos para as mulheres, segundo o IBGE (2000).

Outros dados poderiam ser apresentados, mas como essa modesta proposta é montar apenas um mosaico de aspectos referentes a questão, os dados apresentados até o momento respondem a uma nossa pergunta: os idosos brasileiros são em sua maioria mulheres viúvas, residentes nas áreas urbanas, chefes de domicílio e com baixa escolaridade.

Porém, muito além dos dados demográficos, o envelhecimento populacional brasileiro representa por um lado os sucessos, mesmo que parciais, das políticas de saúde pública e sociais e por outro, um impacto econômico nessas mesmas áreas e em outros setores também.

Existe um consenso: envelhecimento e despesas andam juntos, e não existe dinheiro no mundo capaz de suportar a lógica atual de doença ao invés de saúde, e dos diagnósticos e exames complementares baseados na tecnologia dos equipamentos de custo altíssimo e de rápida obsolescência (IDEM, p. 11).

Isso ocorre porque há prevalência de doenças crônicas entre os idosos, patologias incuráveis e que necessitam de acompanhamento clínico, exames e medicações constantes, que por si só geram grandes custos, mas há também o risco de outros diagnósticos associados, perda da independência para as atividades cotidianas e risco de longos períodos de internação hospitalar.

A baixa resolutividade, os precários serviços ambulatoriais e os escassos serviços domiciliares resultam num primeiro atendimento, já em estágio avançado do processo mórbido, o que aumenta muito os custos e diminui as chances de um prognóstico favorável (IDEM, p. 13).

A OMS prevendo a possibilidade de instalação desse caos e visando o que define como “equilíbrio do papel da família e do Estado na assistência àqueles que envelhecem”⁵, propõe o desenvolvimento e implantação de ações que promovam o envelhecimento ativo. Não se trata apenas de atividade física para os idosos, mas sim de uma série de serviços e ações integradas que promovam a dignidade dos idosos.

Políticas e programas de envelhecimento ativo são necessários para permitir que as pessoas continuem a trabalhar de acordo com suas capacidades e preferências à medida que envelhecem e para prevenir e retardar incapacidades e doenças crônicas que são caras para os indivíduos, as famílias e o sistema de saúde (OMS, 2005, p. 11).

⁵ Expressão contida na justificativa do documento “Envelhecimento Saudável – uma política de saúde”, elaborado pela OMS em 2002 e traduzido para o português em 2005.

Para a OMS o que pode nos parecer utopia, é possível com a implantação de ações educativas que visem à eliminação do preconceito em relação aos idosos, capacitação dos próprios para as novas tecnologias e relações sociais e familiares, recursos humanos para o atendimento aos idosos e serviços com capacidade de atender a demanda. Tais ações devem ter ênfase na intergeracionalidade e no combate a pobreza, ao tabagismo e as desigualdades sociais entre homens e mulheres, além de especial atenção aos idosos portadores de HIV/ AIDS – Síndrome da imunodeficiência adquirida.

O envelhecimento ativo permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem estar físico, social e mental ao longo do curso da vida e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados quando necessários. (OMS, 2005, p. 13)

Ações e serviços propostos:

- Unidades de saúde com atendimento de triagem e acompanhamento para a prevenção de deficiência (ex: cirurgia de catarata, aparelhos auditivos, etc.);
- Controlar a comercialização e o uso de produtos derivados do tabaco;
- Políticas alimentares que capacitem mulheres, homens e famílias a escolherem alimentos saudáveis;
- Fornecer oportunidades acessíveis, baratas e agradáveis para a prática da atividade física;
- Implementar práticas e políticas que buscam reduzir a prescrição inadequada de medicamentos concomitante á informação dos idosos sobre o uso prudente dos medicamentos;
- Integração dos sistemas de saúde e serviços sociais
- Atendimento específico e de acordo com a demanda, para vítima de maus tratos, com incentivo a denúncia dos infratores e treinamento de policiais, profissionais de serviço social e saúde para o atendimento ao idoso e,

- Grupos comunitários para trocas de experiências e redução dos riscos da solidão e do isolamento, entre outros.

Essa proposta da OMS está de acordo com a legislação brasileira específica para o segmento idoso, alguns serviços já foram implementados, tais como: grupos recreativos, ambulatórios específicos de geriatria e gerontologia, assistência domiciliar, delegacia do idoso, e etc. Porém esses serviços permanecem restritos aos grandes centros urbanos (principalmente nas regiões sul e sudeste) e, mesmo nestes locais, acabam por não atender toda a demanda.

Mas como o processo de envelhecimento está em curso, é necessário acreditamos ser possível, incluir o tema na agenda de discussão de governantes e sociedade civil, não para uma discussão por si só, mas para conquistar recursos que viabilizem o fortalecimento, implementação e ampliação dos atuais programas e o desenvolvimento de outros, que concretizem nosso sonho de uma sociedade melhor e mais digna para os idosos, que certamente será também para todos os outros segmentos etários.

O grande desafio do século XXI é o envelhecimento, que foi a grande conquista do século XX. Mas como fazer para que essa grande conquista de um século não se torne o grande problema de outro? É necessário, oferecer uma qualidade de vida melhor aos idosos, isso quer dizer garantia de trabalho, renda, saúde e lazer (KALACHE, 16/10/2006).

2.3 QUANDO O ENVELHECIMENTO TEM UMA COMPANHIA NÃO DESEJADA

Você lembra?

Lembra daquele tempo, eu tinha estrelas nos olhos e um jeito de
herói?

Era mais forte e veloz que qualquer mocinho de cowboy

Você lembra?

Lembra, eu costumava andar bem mais de mil léguas para poder
buscar flores de maio azuis e os seus cabelos enfeitar?

Água da fonte, cansei de beber pra não envelhecer

Como quisesse roubar da manhã um lindo pôr de sol

Hoje não colho mais as flores de maio
e nem sou mais veloz como os heróis

É... talvez eu seja simplesmente como um sapato velho

Mas, ainda sirvo, se você quiser,
basta você me calçar que eu aqueço o frio dos seus pés.

Sapato Velho (Mu, Cláudio Nucci e Paulinho Tapajós)

O envelhecimento não apresenta diferença apenas entre os países ou regiões dentro de um mesmo país, mas também entre os próprios idosos e num mesmo idoso. “É um processo heterogêneo que varia de órgão para órgão e de indivíduo para indivíduo” (BURLÁ, 2006, p. 319).

Alguns podem vivenciá-lo como uma fase com novas experiências, conforme nos aponta DEBERT (1998), outros vêem suas vidas ter continuidade sem que o envelhecimento venha acompanhado de grandes novidades, mas há aqueles que experimentam as forças diminuírem e as atividades mais comuns, vão tornando-se cada vez mais complexas, até que, “andar mais de mil léguas para buscar flores de maio azuis”, torna-se uma lembrança distante e um único passo é um imenso desafio, pois depende de um dispositivo de auxílio à deambulação (bengala ou andador, por exemplo) e/ou da assistência e amparo de uma outra pessoa. Esses idosos vivenciam o envelhecimento com dependência.

Neste momento, julgamos ser importante ressaltar que, conforme QUARESMA (2004), a dependência não é uma característica exclusiva da velhice, estando presente em todas as fases da vida. Esta autora traz que, a dependência institui-se na dialética permanente entre afirmação de si e a necessidade de cuidados e apoio. Mas para este trabalho, segundo MORAGAS (2007) a dependência é compreendida como uma agressão à saúde física, psíquica ou social,

e “reflete a impossibilidade de desempenhar determinadas funções com independência e traz a necessidade de contar com outra pessoa ou equipamento para desempenhá-las. Assim, não restringe o conceito às limitações físicas, mas incluem as psíquicas e sociais” (MORAGAS, 2007, p. 27-8).

É importante que a dependência seja compreendida em consonância com a singularidade de cada pessoa e com suas condições sócio-históricas-culturais, pois caso seja explicada em si mesma, sob os déficits ou as desigualdades sociais que expressam, teremos o reforço de estereótipos e preconceitos.

A categorização da dependência tem constituído um écran espesso sobre a compreensão do sujeito idoso, reduzindo assim a capacidade de compreensão dos fenômenos na sua totalidade e na sua globalidade e contribuindo para a cristalização da associação entre envelhecimento e deterioração, decadência das capacidades físicas, psíquicas e intelectuais (QUARESMA, 2004, p. 41).

Porém, todo esforço de entendimento e atendimento á dependência já instalada, não pode se sobrepor à necessidade de implantação de medidas de prevenção da dependência.

A luta contra a dependência constitui-se um instrumento de justiça social para a redução das desigualdades físicas, psíquicas e sociais e conseguirmos uma sociedade mais igualitária. (...) a prevenção da dependência constitui-se num ato de racionalidade econômica e solidariedade com as futuras gerações (MORAGAS, 2007, p. 31 e 37).

Os idosos dependentes apresentam perdas na capacidade funcional, definida por VERAS (2001) como a “capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma” (VERAS, 2001, p. 25). É importante ressaltar que o prejuízo na capacidade funcional não é sinônimo de presença de uma ou mais doenças crônicas, mas sim, resultado da falta de controle

das patologias existentes, pois os idosos podem apresentar múltiplos diagnósticos e mesmo assim continuarem autônomos e independentes.

A capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde, que passa a ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. Assim, o bem-estar na velhice seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões (RAMOS, 2002, p. 75).

Temos então que, para podermos afirmar que o envelhecimento estabeleceu uma fiel parceria com a necessidade de auxílio de uma outra pessoa ou equipamento para a vida cotidiana, houve uma desavença principalmente entre ele, a autonomia e a independência.

Com auxílio de NERI (2005), entendemos que autonomia é a “noção e o exercício do autogoverno, que inclui a liberdade individual, privacidade, livre escolha, auto-regulação, independência moral e harmonia com os próprios sentimentos e necessidades” (NERI, 2005, p. 23). Trata-se da capacidade de tomar decisões seguras para si e para os outros. QUARESMA (2004), nos traz que os recursos financeiros, a residência, os cuidados de saúde, a utilização do tempo e o acesso a informações e conhecimentos são determinantes de maior ou menor exposição ao risco de perda de autonomia, o que não é necessariamente perda de independência.

A independência é a condição de realizar sozinho o auto-cuidado ou AVDs – atividades de vida diária e as AIVDs - atividades instrumentais de vida diária, tais como: lidar com dinheiro, fazer compras, dirigir, utilizar transporte público e medicar-se. Mas o idoso que apresenta impossibilidade de realizar alguma AIVD, não deve ser caracterizado como um idoso dependente, pois há equipamentos e estratégias que podem auxiliá-lo sem que isso possa impedi-lo de viver seu cotidiano com tranquilidade.

Para clarear a questão podemos mencionar uma idosa que ande com auxílio de uma bengala, outra que não consiga carregar as compras e peça ajuda de um vizinho ou funcionário do mercado e um idoso que não conseguindo curvar-se para cortar as unhas dos pés procure alguém que o faça, em todas essas situações a incapacidade não causou grande impacto no cotidiano, por isso, esses idosos são considerados independentes e configuram cerca de 60% do universo de 17.662.715 idosos brasileiros, segundo o IBGE (2000).

A grande maioria dos idosos é na verdade absolutamente capaz de decidir sobre seus interesses e organiza-se sem nenhuma necessidade e ajuda, de quem quer que seja (VERAS, 2001, p. 25).

Mas há um número expressivo de idosos com deficiências⁶, que podem ser consideradas como incapacitantes.

Tabela VI: Deficiência em idosos no Brasil

DEFICIÊNCIA	Total de idosos	%
Pelo menos uma	7.217.212	40,9%
Mental permanente	573.312	7,94
Física (parte ou total)	470.539	6,51
Visual	4.935.659	68,3
Auditiva	2.578.148	25,7
Caminhar ou subir escada (permanente)	3.791.540	52,5

Fonte IBGE, 2003

O envelhecimento populacional força o reconhecimento que a experiência da deficiência não pertence apenas ao universo do inesperado e sim, é algo que faz parte da vida de uma grande quantidade de pessoas (MEDEIROS e DINIZ, 2004, p. 107).

⁶ Entendemos que deficiência é “uma combinação de limitações impostas pelo corpo com algum tipo de perda ou redução de funcionalidade a uma organização social pouco sensível à diversidade corporal” (MEDEIROS e DINIZ in Camarano, 2004, p. 107).

Assim, como o envelhecimento populacional e a dependência, a deficiência também não deve ser entendida como uma tragédia pessoal, pois se assim fosse, caberia aos próprios idosos o desenvolvimento das condições de adaptações à sociedade, enquanto que na realidade, a implantação de medidas para a melhoria das condições de vida desses idosos, trata-se de uma responsabilidade do poder público.

As dificuldades cotidianas que essas deficiências podem trazer aos idosos vão depender do contexto em que vivem, pois um ambiente hostil ou acolhedor (doméstico ou externo), é determinante para acentuar ou abrandar as possíveis dificuldades.

Caso essas deficiências ocasionem a necessidade de auxílio de outra pessoa para a manutenção das AVDs, temos a figura do cuidador.

2.4. OS CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS DEPENDENTES: UM PAPEL SOCIAL FORJADO NO DIA-A-DIA

Preciso não dormir até se consumir
o tempo da gente
Preciso conduzir o tempo de te amar
te amando devagar
Pretendo descobrir no último momento
o tempo que refaz o que desfez
e recolhe todo sentimento
e guarda no corpo outra vez
Prometo te querer
até o amor cair doente
Prefiro então partir
a tempo de poder
a gente se desvencilhar da gente

Todo Sentimento (Chico Buarque)

Ao tratarmos do tema cuidador familiar, o primeiro desafio que se impõe é a busca por um posicionamento mais adequado quanto aos 02 extremos que se mostram na literatura gerontológica, que ora aponta a tarefa de cuidar como um ato heróico, pois somente há desafios que trazem efeitos negativos para quem a desenvolve, como doenças físicas, depressão, ansiedade e estresse. Ora o exercício desse papel é reduzido a uma série de procedimentos que tão somente visam o auxílio ao idoso nas tarefas mais triviais do dia-a-dia, tais como: tomar banho, comer e vestir-se.

Entendemos que cuidar é uma atividade humana, isto é, plena de intencionalidades e objetivos, por isso, histórica e contraditória, que vai se transformando no carrossel das relações econômicas, sociais e políticas de determinado tempo e local. Cuidar de um idoso dependente é uma situação repleta de tensão. Sentimentos e situações contraditórias vão ocorrendo simultaneamente, fazendo com que o mesmo cuidador possa sentir-se útil, impotente, satisfeito e cansado, às vezes, num único dia. Cada pessoa que se torna cuidador vivencia a atividade conforme suas habilidades, valores culturais, familiares e religiosos, o que torna a experiência pessoal, mas não estanque. “É uma experiência pela qual não se passa ileso”⁷

⁷ Expressão utilizada pela assistente social Letícia Andrade na defesa pública da tese “Desvelos - trajetórias no limiar da vida e da morte: cuidados paliativos na assistência domiciliar”, apresentada no dia 07 de novembro de 2007, na PUC/ SP.

O cuidado é uma carreira que transcorre no tempo (...). a maneira como evolui depende de fatores objetivos, relativos às características da doença do idoso, das habilidades do cuidador, e de fatores subjetivos como personalidade, capacidade de adaptação e sentimentos em relação ao idoso. (NERI e CARVALHO, 2002, p. 779).

Há de se considerar também que estamos vivenciando uma obrigatoriedade legal das famílias em prestar cuidados aos idosos. A começar pela Constituição Federal, mais especificamente, o Artigo 299, que aponta o dever dos filhos maiores de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade, a passar pela PNI - Política Nacional do Idoso, PNSI - Política Nacional de Saúde do idoso, culminando no Estatuto do idoso, há uma priorização do atendimento aos idosos por intermédio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar.

É possível perceber que no âmbito das políticas públicas, reconfigura-se a desinstitucionalização do cuidado e seu retorno para a esfera doméstica. A família é percebida como a cuidadora ideal, embora, na realidade concreta, conforme apontaram todas as pesquisas, permaneça desassistida e tendo de assumir sozinha mais essa responsabilidade (SANTOS, 2006, p.27).

O cuidador pode ser denominado como formal ou informal, primário ou secundário, conforme o vínculo com o idoso:

- Cuidador formal: é um trabalhador, recebe remuneração pelo cuidado prestado⁸;
- Cuidador informal: é o familiar voluntário que não recebe remuneração pela execução da atividade (eventualmente o papel pode ser desempenhado por

⁸ Segundo o CBO – Código Brasileiro de Ocupações, cuidador de idoso é uma ocupação, que objetiva o zelo pelo bem estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida, segundo normas de instituições especializadas ou responsáveis diretos. (Site: www.mte.gov.br/cbo).

vizinhos e amigos que, sem recebimento de proventos, também são cuidadores informais);

- Cuidador primário: é o que tem a total ou a maior responsabilidade pelo idoso. Quanto este é também o cuidador informal há o acúmulo do auxílio ou realização do auto cuidado (higiene, alimentação, locomoção e toalete);
- Cuidador secundário: são os voluntários ou profissionais que não são responsáveis pelo cuidado e atuam de forma pontual em algumas tarefas, principalmente as instrumentais de vida diária (pagar contas, levar ao médico, receber os rendimentos do idoso, etc.).

A Política Nacional do Idoso aponta para a desejabilidade dos cuidados informais realizados por pessoas da família (...), a expectativa é que surjam formas mais efetivas e eficazes de manutenção e de recuperação da capacidade funcional dos idosos (DIOGO e DUARTE, 2002, p. 765).

No desenho do presente estudo, são exatamente os cuidadores informais que nos interessam particularmente. Mas, quem são esses cuidadores?

Segundo pesquisas brasileiras, são mulheres, parentes dos idosos e que moram com eles. Além disso, as cuidadoras são a resposta do núcleo familiar a uma situação de doença de um dos seus membros. Quanto ao futuro, há de se considerar uma possível diminuição de oferta de cuidadores familiares, tendo em vista, o menor número de filhos que compõem as famílias e a maior inserção e permanência da mulher no mercado de trabalho. Essa questão vai muito além da expectativa dos idosos de serem assistidos por seus filhos e dos filhos quererem prestar assistência aos pais.

A doença é um evento que altera o cotidiano familiar, sendo imprevista como um acidente ou previsível como complicações de um quadro de diabetes. Extrapolando o caráter biológico em si, a doença traz diferentes significados para os que a vivenciam e obriga os membros da família a tomarem determinadas decisões e ações em busca de uma solução que restabeleça a rotina. Ocorre, porém que, em algumas situações, a doença não pode ser eliminada, e a rotina não pode ser restaurada sem sofrer alterações, cabe então a família estabelecer um novo

desfecho, ou seja, buscar uma nova cotidianidade, tendo agora a doença como parte dela.

As escolhas do grupo familiar estarão pautadas nos conhecimentos e experiências acumuladas anteriormente, nas crenças próprias desse grupo, de seus amigos e das pessoas de suas relações (SANTOS, 2006, p. 67).

Neste contexto, a família procura os serviços de saúde e outros que podem auxiliá-la no melhor encaminhamento da situação, como por exemplo, amparo espiritual. Concretizada a situação de dependência do idoso, mesmo que temporária, a família passa a buscar um membro que possa auxiliar o idoso nas suas dificuldades, isto é, o cuidador.

A aceitação de ter que assumir novos papéis é um processo que vai se configurando com a evolução da doença. Porém, é somente através das manifestações das dificuldades que o familiar vai compreendendo que terá de assumir novos papéis, que extrapolam as atividades de cuidar (IDEM, p. 86).

A compreensão da construção desse novo papel se faz de forma paulatina. A doença vai gestando incapacidades que vão sendo percebidas no dia-a-dia, ora não se consegue abotoar a camisa, ora já não se consegue vestir a camisa, ora não se consegue diferenciar a camisa e a calça... O idoso vai se tornando cada vez mais dependente e o cuidador cada vez mais importante.

Ao mesmo tempo em que uma pessoa se compromete com os cuidados, outra ou outras se desvencilham dele. O cuidador surge na relação dialética com o não cuidador (...). Uma vez assumido, o cuidado é intransferível (VELASQUES, 2004, p. 129-31).

Porém, muito mais que um destino cruel, é uma ação que, mesmo não sendo intencional no seu início, o passar dos dias a torna uma ação consciente, uma

escolha pensada, que “traz um novo olhar sobre si mesmo, traz o entendimento do cuidar como uma nova experiência, como possibilidade de aprendizado, seja de atividades concretas, seja de novos significados para a própria vida” (ANDRADE, 2007, p. 126).

Trata-se de uma opção condicionada por múltiplos fatores que extrapolam a necessidade da família em encontrar quem assista ao idoso, e perpassam pela personalidade do cuidador e idoso, a relação entre eles, disputa de poder no núcleo familiar, necessidade de manter a co-residência e o recurso financeiro do idoso na família, experiências anteriores no cuidado a outros parentes, disponibilidade de tempo, entre outros.

Como opção consciente e intencional, busca-se algo com ela e por meio dela, sabe-se, porém que, quando bem realizado, o que se alcança é o conforto, a tranqüilidade e o controle do sofrimento do idoso.

O inquérito domiciliar coordenado por RAMOS em 1991, mostrou que há uma expectativa que a mulher venha a realizar o cuidado aos familiares idosos no advento da dependência. Neste estudo houve a participação de 1602 idosos residentes na cidade de São Paulo e 40% esperava contar com auxílio do cônjuge no caso de doença ou incapacidade e 35% com a filha.

Pesquisa longitudinal realizada por KARSCH no período de 1991 a 1995 com 151 pacientes acometidos por AVE – acidente vascular encefálico (derrame) e internados em hospitais públicos da cidade de São Paulo, mostrou que 93,6 % dos cuidadores eram do sexo feminino.

Na vida familiar existe uma hierarquia de compromisso em relação ao cuidado, que prevê que, em primeiro lugar, venha à esposa e em segundo a filha mais velha, geralmente de meia idade, casada e com filhos. Em seguida vem à filha viúva ou solteira. Raramente o cuidador é outro parente, uma pessoa jovem ou um homem. (NERI e CARVALHO, 2002, p. 779).

Há uma possibilidade dessa realidade se modificar nos próximos anos, tendo em vista que as mulheres estão cada vez mais inseridas no mercado de trabalho e com menos disponibilidade de tempo para desempenharem as atividades de cuidadora.

A permanência da definição da cuidadora tal como é, só ocorrerá se houver possibilidade de conciliar as atividades de cuidar com as profissionais. (VELASQUES et al, 2004, p. 138).

Na vivência do COFID - Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes promovido pelo GV – B, presenciamos que as mulheres ressignificam os idosos como filhos, chegando a chamá-los de “meu bebê”, segundo SANTOS (2006), para essas mulheres há uma associação entre dependência, amor desinteressado e cuidado: “quando os adultos perdem a autonomia, sejam eles pais ou o cônjuge, passam a serem tratados amorosamente como filhos” (SANTOS, 2006, p. 88).

Num primeiro momento essa atitude choca os profissionais, assim como me chocou também, pois questionamentos sobre a identidade do idoso, rodeavam o desenvolvimento dos ciclos, mas na sutileza do cotidiano foi possível perceber que “na maior parte das vezes o que ocorre efetivamente é a tentativa, por analogia ou mimese, de tornar possível uma ação não esperada e nem planejada pelos envolvidos, utilizando-se para isso de um conhecimento adquirido anteriormente” (ANDRADE, 2007, p. 147). Além disso, tal fato nos leva a pensar nas questões de gênero que estão imbricadas no desenvolvimento do papel de cuidador, mas perante o objetivo desse estudo, aqui este enfoque não é possível.

O fato de o ambiente doméstico ser o cenário privilegiado do cuidado também o remete para a execução das mulheres e faz com que todo o núcleo familiar seja afetado com o seu advento. As “rainhas do lar” precisam de habilidades para conciliar a tarefa do cuidado com outras: lavar, cozinhar, passar, limpar a casa e etc. Não há acréscimo de horas para o dia, as mesmas 24 acabam por se esvaírem na soma das tarefas e o ambiente doméstico se torna uma espécie de prisão para a cuidadora e o idoso.

O cuidar consome grande parte do tempo do cuidador e o circunscreve a uma rotina que se opera no espaço doméstico, tornando-o quase prisioneiro desse espaço (MENDES, 2004, p. 196).

A convivência com a situação de fragilidade do idoso provoca reorganização de toda vida familiar e impõe novos hábitos a todos: alimentação diferenciada, novos objetos e materiais complementando a decoração (cadeira de rodas, andador, cama hospitalar, etc), alteração na forma de utilização do banheiro, aumento dos gastos com medicamentos, mudança dos horários permitidos para barulho e silêncio, etc.

O contar das horas, fator mais importante na organização do tempo, passa a permanecer condicionado ao cuidado: horário para despertar e repousar, para oferecer a alimentação, o remédio, e assim, “o ritmo da vida passa a ser o ritmo do cuidado, a vida do cuidador se atrela a do idoso de maneira inseparável” (ANDRADE, 2007, p. 147). Por isso o enfrentamento da situação é exclusividade do cuidador, ele certamente será a maestro da orquestra, mas todos os músicos, isto é, os demais membros do núcleo familiar, precisam redescobrir o ritmo da canção.

Em decorrência de uma nova rotina, a dinâmica familiar se altera, desestabilizando e deslocando relações de poder, de dependência, entre outras e reinstituindo novas relações de intimidade e reprodução do grupo familiar. A relação de dependência introduz, sem dúvida, uma nova percepção de si e do outro. (MENDES, 2004, p. 186).

O COFID mostrou também que muitos cuidadores utilizavam a espiritualidade e as práticas religiosas para enfrentarem a aridez do cotidiano, o que também é encontrado em diversas pesquisas brasileiras sobre o tema. Os cuidadores sempre referiam que o relacionamento com um ser superior e a frequência às celebrações religiosas traziam alívio para o sofrimento, um acalanto para a alma.

Crenças existenciais, espirituais ou religiosas não só auxiliam no enfrentamento das dificuldades que estão sendo

vivenciadas, mas dão sentido á vida, à velhice, à dependência e ao cuidar (SANTOS, 2006, p. 112).

O sentido, a complexidade e o valor da vida são questões que se impõe a todo grupo familiar, especialmente ao cuidador, tendo em vista que, a situação de dependência do idoso, na maioria das vezes, é irreversível e com possibilidade de agravamento, o que acaba por trazer à tona a eminência da morte, a finitude da vida e isto, por sua vez, comumente gera sofrimento em todos os envolvidos, a angústia do “não há nada a fazer”, quando, na verdade a escuta e a companhia são atitudes de fundamental importância.

Não é só a pessoa doente que sofre com a evolução de uma doença incurável. Também os familiares e seus cuidadores ficam profundamente angustiados com a expectativa de uma morte anunciada. Além do desgaste físico gerado pelo ato de cuidar há todo um desgaste emocional e financeiro (BURLÁ, 2006, p. 322).

Se por um lado, a espera do que Chico Buarque chama de “consumação do tempo”, deixa marcas na alma do cuidador, temos também que tal situação pode desencadear doenças, aliás, algo previsto pela OMS – Organização Mundial de Saúde, no documento “Envelhecimento Saudável – uma política de saúde” (2002), quando diz que cuidar de adultos doentes é um trabalho árduo e pode acelerar deficiências, causar lesões e agravar doenças existentes.

O cuidador, ao assumir a sobrecarga do cuidado é submetido a esforços físicos e desgaste emocional que o transformam em um doente a curto prazo, caso não lhe sejam garantidos meios de prevenção (VELASQUES et al, 2004, p. 142).

Para o enfrentamento de todo esse processo, o cuidador necessita não apenas de condições internas para de resistência e resolução das dificuldades, mas também da disponibilidade de recursos materiais e sociais.

A aceitação, a paciência e a superação são formas de enfrentamento eficazes, mas talvez o mais importante é poder contar com uma rede de suporte social e familiar mais efetiva (SANTOS, 2006, p. 112).

O local de moradia, condições físicas da residência, meios de transporte, qualidade de alimentação, possibilidade de compra ou recebimento de medicações, acesso a equipamentos de reabilitação e acompanhamento médico, são alguns aspectos que determinam a resolutividade que as famílias podem ou não oferecer a situação. E tais aspectos estão diretamente condicionados a classe social do cuidador, ou seja, a classe social forja o cuidado e o cuidador, pois a vivência da dependência é uma expressão da desigualdade social. Assim, as famílias com maior poder aquisitivo conseguem ter acesso a bens e serviços com maior facilidade do que famílias com maiores limitações econômicas, o que as possibilita as primeiras desempenhar a função com maior preservação de qualidade de vida para seus membros.

Para finalizar, cabe considerar que este cuidado ao ser mantido na esfera doméstica, permanece invisível às autoridades e organizações sociais de apoio aos idosos e, conseqüentemente, ignorados e sem qualquer política ou programa de suporte à atividade.

Na medida em que uma mulher de uma família toma para si a responsabilidade pelos cuidados de um idoso dependente e, com muito esforço e sem tréguas, procura suprir as necessidades por ele apresentadas dentro das paredes de casa, seu desempenho permanece escondido, impedindo o reconhecimento do seu papel social e mascarando a importância de uma rede de serviços que poderia estar dando o necessário suporte a essa mulher (KARSCH 2003, p. 106).

CAPÍTULO III

RECONSTRUINDO A PRÁTICA PROFISSIONAL NA EDUCAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE IDOSOS

Por tanto amor
 Por tanta emoção
 A vida me fez assim
 Doce ou atroz
 Manso ou feroz
 Eu caçador de mim
 Preso a canções
 Entregue a paixões
 Que nunca tiveram fim
 Vou me encontrar
 Longe do meu lugar
 Eu, caçador de mim
 Nada a temer senão o correr da luta
 Nada a fazer senão esquecer o medo
 Abrir o peito à força, numa procura
 Fugir às armadilhas da mata escura
 Longe se vai
 Sonhando demais
 Mas onde se chega assim
 Vou descobrir
 O que me faz sentir
 Eu, caçador de mim

Caçador de Mim (Luiz Carlos Sá e Sérgio Magrão)

Neste momento de fazer um relato reflexivo da minha prática profissional em educação para o cuidado de idosos, lembro-me dos momentos contraditórios vivenciados nessa caminhada, marcada por coragem, medo, avanços, retrocessos, presenças e ausências. Sinto-me “caçadora de mim”, e confesso que tenho um certo receio do resultado dessa caçada, mas como não fazê-la, já que a ousadia de um “sonhar demais” me trouxe até aqui? Sim, “não a nada a fazer senão esquecer o medo”. Mas perante os 04 anos de existência da atividade COFID - Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes, vou me deter no período de 2004 a 2006, que abarca a implantação e o meu desligamento da entidade como funcionária, pois atualmente mantenho vínculo como voluntária.

Foi no verão de 2003 que iniciei meu trabalho no GV- B – Grupo Vida - Barueri. A entidade visava à implantação do setor de serviço social, eu a tal “experiência profissional”, já que era este o meu primeiro emprego.

Neste primeiro momento, não havia espaço físico disponibilizado para o atendimento. A sala da assistente social, o santuário do sigilo profissional, era inexistente. Juntamente com a coordenadora de atendimento ao idoso, minha chefia imediata, optei por ficar na recepção, para ir me familiarizando com a rotina e conhecendo os idosos, enquanto a sala era providenciada. Mas, inocente ilusão essa minha! Na época, a entidade contava com 1.639 idosos associados, dos quais no mínimo 600 passavam pela entidade ao longo do dia! Conhecer a todos levou muito mais tempo...

Olhares curiosos se cruzavam ao longo do dia, eu de um lado e os idosos de outro, mas logo uma saudação, seguida das devidas apresentações e acompanhadas de muitos beijos e abraços, foi rompendo a inibição.

Comecei a entender que havia entre eles e os demais funcionários da entidade um vínculo afetivo de amizade, era na recepção que tudo começava. As inscrições para as atividades, muitas listas de presença, fichas para a sopa e lanche da tarde, o encontro com os amigos para outros compromissos e as notícias sobre os amigos que estavam doentes e afastados da entidade.

Havia um quadro informativo que ficava próximo à área de café, “Visite um amigo acamado”, uma lista com nome e endereço dos idosos doentes, que era constantemente atualizada pelos próprios idosos e pelas funcionárias da recepção que faziam contato telefônico com as famílias. Havia associados que estavam distantes das músicas, festas, passeios e restritos ao ambiente doméstico.

Alguns questionamentos foram desabrochando: como esses idosos estavam sendo assistidos? As famílias sabiam lidar com as doenças e as possíveis limitações desses idosos?

Já devidamente instalada na minha sala, optei por não estabelecer critérios para os atendimentos individuais neste primeiro momento. Estávamos vivendo a recente aprovação do Estatuto do Idoso.

Concomitante, começaram a surgir solicitações para inclusão de idosos no GVR – Grupo Vida Residência, o antigo asilo municipal de Barueri que estava sendo administrado pelo GV – B desde fevereiro de 2003. Tentei desenvolver um formulário de avaliação social que abarcasse a caracterização do idoso, cuidador e a rede de suporte social. Optei por incluir a escala de avaliação funcional OARS - Older Americans Resources And Service ¹, utilizada nos ambulatórios da disciplina de geriatria e gerontologia da UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, com a qual eu estava bastante familiarizada devido ao curso de especialização realizado neste local. Esta escala possibilita uma aproximação do grau de dependência do idoso, mostrando as atividades que ele necessita de auxílio, ou seja, as que o cuidador realiza.

OARS - Older Americans Resources And Service

	Atividades	O idoso tem alguma dificuldade?		Resultado (1 ponto para Cada sim): _____
		SIM	NÃO	
1	Deitar / Levantar da cama			0: Independência 1-3: Dependência Leve 4-6: Dependência Moderada = ou > 7: Alta Dependência
2	Comer			
3.	Cuidar da aparência			
4	Andar no plano			
5	Tomar banho			
6	Vestir-se			
7	Ir ao banheiro em tempo			
8	Subir um lance de escada			
9	Medicar-se na hora			
10	Andar perto de casa			
11	Fazer compras			
12	Preparar refeições			
13	Cortar unhas do pé			
14	Sair de condução			
15	Fazer limpeza da casa			

Durante os atendimentos os familiares relatavam dificuldades principalmente em auxiliar os idosos durante o banho, alimentação e deambulação, queixavam-se também de dores na coluna devido ao esforço físico despendido nas atividades. Familiares cuidadores com dores no corpo e na alma.

¹ Avalia a capacidade de vida independente em 04 áreas do funcionamento: recursos sociais, recursos econômicos, saúde mental e saúde física.

O conhecimento em gerontologia possibilitou que eu fornecesse algumas orientações sobre esses domínios, mas de forma breve, o que era incapaz de abarcar e suprir todas as angústias dos familiares dos idosos.

Comecei a fazer visitas domiciliares para complementar essa avaliação social e as dificuldades para as AVDs foram confirmadas, mas a estas se somavam o desconhecimento do diagnóstico do idoso, as casas com estrutura e mobiliário que dificultavam as tarefas dos cuidadores. Nessas oportunidades eu também fazia algumas orientações, mas sabia que eram também insuficientes.

Passei a buscar uma forma de auxiliar essas familiares, tendo em vista que, elas não seriam atendidas na suas solicitações, pois a instituição havia estabelecido como um dos critérios para o abrigamento, a inexistência de qualquer suporte familiar. Não quis ficar apenas com as informações dos atendimentos que eu havia feito, por isso, fiz um levantamento nas solicitações de vaga para o GVR do período de 2000 a 2003. Antes da minha entrada na entidade, as solicitações atendidas pela SPS – Secretaria de promoção social, que não utilizava a OARS, por isso, as informações foram colhidas dos relatórios sociais, que incluíam visitas domiciliares.

Num total de 56 idosos, 42 eram mulheres, com idade de 71 a 80 anos (confirmando a marca feminina do envelhecimento) com comprometimento nas seguintes atividades:

Tabela VII: Comprometimento das AVDs de idosos que solicitaram vaga no GVR no período de 2000 a 2003

ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA	Nº DE IDOSOS COMPROMETIDOS
Deitar e levantar da cama	23
Comer	32

Cuidar da aparência	23
Andar no plano	28
Tomar banho	35
Vestir-se	26
Ir ao banheiro a tempo	23
Medicar-se na hora	28
Total de idosos: 56	

Esse levantamento me fez decidir, juntamente com a coordenadora de atendimento ao idoso, pela inserção de um ciclo de palestras para familiares cuidadores de idosos no cronograma de atividades de 2004.

3.1 O I COFID: buscando dar concretude a uma inquietação

A locação desta nova atividade, dentro dos programas da entidade, merece um apontamento. Embora a entidade possuísse, entre o seus programas, um intitulado Educativo Cultural, que abrigava o projeto Eterno Aprendiz, que abarcava todas as ações educativas da entidade, dentre as quais as palestras instrutivas, o conjunto de palestras para familiares cuidadores de idosos não foi alocado neste projeto e sim no programa Social, mais especificamente no projeto Acolhimento, que, a partir de 2004, passaria a ser gerenciado pela assistente social. Como ninguém sabia ao certo o que seria e como se desenvolveria a atividade, que a responsável fosse quem a sugeriu.

Para que o norteamento da atividade não fosse apenas o meu entusiasmo e minhas inquietações, busquei elaborar um projeto que explicitasse minhas intenções e pudesse ser uma diretriz para o desenvolvimento das ações.

Tabela VIII: Projeto piloto do I Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (abril de 2004)

FINALIDADE	OBJETIVOS		PÚBLICO ALVO
	GERAL	ESPECÍFICOS	

Oferecer, aos familiares de idosos dependentes, residentes no município de Barueri, um espaço de orientação e troca de experiências sobre os cuidados necessários nas diversas atividades cotidianas e os impactos causados na dinâmica familiar com o advento desta nova situação	Formar um grupo de familiares cuidadores de idosos para a vinculação de informação sobre saúde, visando melhorar o cuidado para com o idoso	Formar um espaço de orientação quanto aos cuidados necessários para com os idosos dependentes para as atividades cotidianas;	25 familiares cuidadores de idosos
		Fortalecer os vínculos entre o Grupo Vida Barueri os familiares dos idosos atendidos pelo serviço;	
		Permitir a troca de experiências entre os familiares e os profissionais da entidade.	

O projeto, embora tenha recebido muitos elogios, acabou não elucidando as motivações que levaram ao seu desenvolvimento, não demonstrando toda riqueza da iniciativa. Ensinar o cuidador familiar a cuidar do idoso de uma maneira que diminuísse o sofrimento de ambos, eis a verdadeira motivação e que não está contemplada na redação da finalidade, que por sua vez não condiz com o objetivo geral, que traz uma preocupação com a saúde do idoso, ausente na finalidade e não contemplada nos objetivos específicos, voltados à formação de um grupo para vinculação de informações sobre os cuidados cotidianos, aqui entendido com auxílio nas AVDs. O mesmo vale para o bem estar e a subjetividade do cuidador familiar, que também não foram contempladas no projeto. Estes fatos foram imperceptíveis naquele momento.

Com base nas informações sobre o comprometimento das AVDs de idosos que solicitaram vaga no GVR, somadas à minha experiência no NUDEC – Núcleo de envelhecimento cerebral, optei por um ciclo de palestras com ênfase nas AVDs, mas que incluísse a legislação pertinente ao segmento idoso e a figura do cuidador, seus sentimentos e a importância de aprender a cuidar-se. Certamente mais enriquecido e enriquecedor do que a proposta contida no projeto.

O nome dessa atividade precisou ser pensado com muito cuidado. Ainda havia muitas discussões quanto ao termo cuidador familiar, principalmente na área da enfermagem, o que inviabilizou sua utilização. Não pude nomeá-la como curso porque o GV – B é uma entidade da área da assistência social, sem nenhum vínculo com uma instituição da área da educação, além disso, não havia a intenção de preparar pessoas para o mercado de trabalho. Tais fatos me levaram ao nome “Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes”, a palavra ciclo tentou revelar que todos os assuntos trabalhados estavam relacionados entre si e com o tema envelhecimento com dependência.

Estávamos no mês de fevereiro e a atividade seria realizada no mês de abril, era preciso garantir os recursos físicos, materiais e humanos (cuidadores e palestrantes) para sua realização.

Quanto à utilização do espaço físico, a entidade tem um número grande de atividades diárias, somente havia disponibilidade no período das 10 horas às 12 horas. Seria um horário apropriado? Ideal não, apenas o possível. Tive o cuidado de enviar memorando aos responsáveis pela higiene e organização do local para que todos os dias ele estivesse limpo, preparado com as cadeiras, biombos e equipamentos áudio visuais em pleno funcionamento. Também enviei memorando ao setor de comunicação para que os encontros fossem registrados com fotografias.

Solicitei compra de material para 25 participantes: pasta de papelão com elástico, folha de sulfite e caneta azul, sem saber o número de participantes porque o calendário de compras da entidade não pôde ser compatibilizado com o período de inscrições da atividade.

Encontrar cuidadores familiares, possíveis participantes foi um grande desafio, afinal, além dos familiares que solicitavam a vaga no GVR, como encontrar outros cuidadores? A entidade não registrava as informações do quadro “visite um amigo acamado”, ao ser elaborado um novo informativo, o anterior era descartado. Era preciso contar apenas com a memória das funcionárias que o elaboravam para poder convidar os cuidadores dos idosos associados.

Porém, nesta mesma época, o SAMEB – Serviço de assistência médica de Barueri iniciou a implantação do PSF – Programa de Saúde da Família, os agentes comunitários começaram a encontrar alguns idosos acamados e a sentir dificuldades para orientar seus familiares. Foi então que o SAMEB fez uma parceria com o GV - B, para encaminhar os agentes comunitários e os cuidadores familiares para participarem da atividade.

Outro desafio foi encontrar os profissionais para ministrarem as palestras. A equipe multiprofissional do GVR estava em processo de formação, havia nutricionista, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, das quais eu conhecia o trabalho das 02 primeiras. A instituição não contava com profissionais fonoaudiólogos, psicólogo e enfermeira e nem com recursos para contratação apenas para o COFID. Isso mostrou-me que a nobreza de uma ação não garante a efetividade, pois havíamos colocado o COFID no PAI – Plano de atendimento ao idoso de 2004, mas não havíamos solicitado recurso financeiro para ele.

Uma das características mais marcantes do GV – B é o forte vínculo que os funcionários desenvolvem com a entidade e com a causa do envelhecimento. Aliás, esta é uma das maiores e melhores recordações que eu tenho dessa fase da minha vida. Os problemas acabam sendo socializados e todos buscam formas de solucionar. E assim formou-se uma corrente de amigos em busca dos profissionais faltantes para o COFID. Essa corrente conseguiu seu objetivo, mas não garantiu que todos os profissionais fossem experientes no trabalho com idosos dependentes.

Um equívoco foi oferecer aos profissionais apenas os temas gerais que deveriam ser abordados e não os assuntos a serem trabalhados dentro de cada tema. Isso ocasionou que alguns conceitos se repetissem (como a definição de cuidador e dependência, praticamente todos os profissionais a trouxeram e alguns eram contraditórios entre si), a inclusão de assuntos que não estavam planejados e a abordagem de temas de forma muito técnica. Além disso, não foi exigido material para ser entregue aos participantes e por isso, alguns profissionais prepararam, outros não.

Ao final, houve 17 inscrições e o I COFID foi realizado durante 10 dias consecutivos, cada encontro com duração de 02 horas.

Tabela IX: Cronograma do I Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (abril de 2004)

TEMA		PROFISSIONAL
1º	Aspectos psicológicos do envelhecimento	Psicólogo
	Cuidado e auto-cuidado	
2º	Principais patologias que causam dependência	Médico Geriatra
3º	Mobilizações e transferências	Fisioterapeuta
4º	Autonomia de idosos dependentes	Terapeuta Ocupacional
5º	Distúrbios de Deglutição	Fonoaudiólogo
6º	Alimentação Saudável	Nutricionista
7º	Saúde bucal	Dentista
8º	Auxílio nas Atividades Diárias	Enfermeira
9º	Adaptações ambientais	Terapeuta Ocupacional
10º	Estatuto do idoso e instrumentos legais	Assistente Social

Uma grata surpresa foi o tema “Mobilizações e Transferências”, pois a fisioterapeuta montou um quarto com características de uma residência e não de um hospital, com cama de solteiro, poltrona, cadeira de rodas e etc., e fez demonstrações com os próprios participantes.

Já o tema “Distúrbios de deglutição”, coincidiu com o Dia Mundial da Voz e a palestrante veio acompanhada por outras 02 fonoaudiólogas que fizeram uma palestra sobre a importância da voz, que também causou grande surpresa, principalmente pelo distanciamento com o tema do dia.

“Autonomia de idosos dependentes” foi baseado numa dinâmica, na qual os participantes faziam duplas e se revezavam nos papéis de idoso e cuidador. Muitos participantes se emocionaram com a vivência de dificuldade para andar e enxergar.

A dentista distribuiu escova de dente e uma cartilha com informações para prevenção do câncer bucal.

No dia do encerramento, convidei formalmente, por meio de convites impressos, todos os funcionários da entidade para participarem da confraternização. Cada um havia colaborado em um momento diferente (setores de compras, comunicação, recepção, entre outros), mas perante o ineditismo da ação, ninguém sabia ao certo o que seria e o que resultaria. Houve depoimentos de alguns cuidadores e foi um momento muito emocionante para todos.

Os cuidadores que tiveram comparecimento em, no mínimo, 07 encontros receberam certificado de participação na atividade. Este controle foi feito com listas de presenças diárias. Todos receberam o material disponibilizado pelos profissionais. Também foi oferecido certificado para cada um dos profissionais pela palestra proferida.

Para que as minhas percepções e avaliações não fossem as únicas, elaborei um formulário de avaliação final com questões abertas e fechadas, para os participantes expressarem suas opiniões sobre: os temas abordados e a infraestrutura (espaço físico, recursos áudio visuais, higiene e limpeza, horário, e lanche). O preenchimento não foi obrigatório, mas todos participaram.

A avaliação foi realizada no último dia, após a palestra e antes da confraternização. Expliquei o objetivo e fui lendo o formulário, pausadamente, e os participantes iam tirando as dúvidas e respondendo as questões.

Todos os participantes afirmaram que as expectativas foram atendidas.

Tabela X: Avaliação dos temas do I Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (abril de 2004)

Nº de questionários respondidos: 17				
TEMA	AVALIAÇÃO ²			
	Ótimo	Bom	Regular	Branco/ Nulo ³

1º	Aspectos psicológicos do envelhecimento	07	09	-	01
	A importância do cuidado e do auto cuidado	09	04	-	04
2º	Principais patologias que causam dependência	09	06	-	02
3º	Mobilizações e Transferências	09	04	--	04
4º	Autonomia de idosos dependentes	08	05	02	02
5º	Distúrbios de deglutição	08	06	01	02
6º	Alimentação Saudável	09	02	-	05
7º	Saúde bucal	12	04	-	01
8º	Auxílio nas atividades cotidianas	09	01	-	07
9º	Adaptações ambientais	09	05	-	03
10º	Estatuto do idoso e instrumentos legais	12	03	-	02

Quanto ao espaço físico e a infra-estrutura, as avaliações foram positivas, mas com ponderações quanto à clareza do local, que dificultava a utilização do equipamento audiovisual data show e o barulho vindo de atividades que aconteciam concomitantemente, como aulas de coral e violão. Observações semelhantes às minhas.

Nos dias que se seguiram, fiz um levantamento do custo total da atividade, mesmo não sabendo se ela seria repetida e não podendo incluí-la no planejamento financeiro daquele ano, mas considerei que esta era uma informação importante que deveria constar no projeto. Também preparei um resumo das avaliações para ser entregue aos palestrantes. Devido às divergências de compromissos, a entrega não pode ser pessoalmente, exceto para os profissionais do GVR, o que dificultou uma reflexão coletiva sobre a atividade.

Na reunião mensal da equipe de atendimento ao idoso, realizada após a conclusão da atividade, houve uma avalanche de manifestações:

² O item “Péssimo” constava na avaliação entregue aos participantes, mas não recebeu nenhuma resposta, por isso, não está nesta tabela.

³ São consideradas respostas nulas: rasuras e 02 ou mais opções assinaladas na mesma questão

- Que idéia ótima! Encontrei com os participantes, eles adoraram!
- Os idosos querem saber se poderão participar do próximo.
- Por que você convidou fulano e não beltrano?
- Posso dar uma palestra da próxima vez?

Com isso foi possível perceber que a atividade teve visibilidade, mas uma próxima edição? Eu ainda não estava cogitando isso...

- Podemos fazer outro COFID no mês de setembro, o que vocês acham?

- No mês especial de comemoração do Dia do Idoso! Muito bom, vamos incluir o COFID.

Comemoração do dia do idoso? O que seria isso? Não quis entrar no mérito da questão, mas logo entendi que se tratava de uma série de festividades decorrentes do Dia Internacional do Idoso e do aniversário de fundação da entidade, o que poderia ser reduzido à falta de espaço físico e disponibilidade dos profissionais para auxílio.

O SAMEB enviou ofício de agradecimento e pontuou que, caso uma nova edição fosse realizada, havia novos participantes a serem encaminhados.

3.2 O II COFID: esboço do manual de procedimentos

Estávamos no mês de maio quando retornei ao projeto, agora não mais piloto, e ao meu diário de campo, no qual fiz anotações de todas as ações, e reiniciei a organização da atividade, programada para o mês de setembro. Sem alterar a

finalidade e os objetivos, porque as pontuações feitas anteriormente permaneciam imperceptíveis.

Não havia possibilidade de alteração de local e espaço físico, apesar das dificuldades quanto à clareza e ao barulho, para utilizarmos a sala de aula, seria preciso cancelar as aulas de alfabetização por 02 semanas, o que não era adequado para o aprendizado dos idosos, e limitar o número de participantes para 20, o que não era conveniente. Novamente tive o cuidado de enviar memorandos para evitar problemas quanto à utilização dos recursos físicos, equipamentos áudio visuais e registro da atividade, embora realização do II COFID, tivesse sido sugerida na reunião de equipe, que contava com a participação dos responsáveis pela comunicação e apoio logístico.

Solicitei a compra de material independentemente do número de inscrições, devido à mesma incompatibilidade com o calendário de compras da entidade, apenas considerei o excedente da atividade anterior.

Encontrar os familiares cuidadores dos idosos associados confirmou-se como o maior desafio. O informativo “Visite um amigo acamado”, não era mais feito, a ação havia sido engolida por outras. Os solicitantes de vaga para unidade residencial foram convidados, mas novamente eram um número pequeno, sendo assim, coube ao SAMEB a indicação dos participantes.

Quanto aos profissionais, houve um facilitador. A equipe multidisciplinar do GVR já estava completa e contava com profissionais especializados no atendimento a idosos, por isso, optei por convidá-los. Novamente me equivoquei ao não nortear o conteúdo das aulas, a repetição de alguns conceitos e o uso da linguagem técnica voltaram a ocorrer, mas não houve a inclusão de temas. Na verdade, eu não me sentia no direito de nortear os conteúdos, eu sentia como se essa atitude fosse um desrespeito à capacidade profissional do outro. Hoje vejo que talvez, neste momento, eu ainda não havia me apropriado totalmente dessa atividade, por isso, esse desconforto.

O tema “A Autonomia de idosos dependentes” foi excluído, pois, apesar da avaliação positiva, o conteúdo era trabalhado por quase todos os profissionais na introdução dos encontros. Os temas “Disfagia” e “Saúde Bucal” foram acoplados num único encontro, porque no I COFID, cada profissional ocupou 1 hora e o encontro tinha a duração de 2 horas.

Não houve alteração quanto ao local, horário e critérios para entrega de certificados. Os encontros novamente tiveram fundo musical das aulas de coral e violão. Houve 17 inscrições, número igual à edição anterior e longe da meta estabelecida.

Tabela XI: Cronograma do II Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2004)

TEMA		PROFISSIONAL
1º	Estatuto do idoso e instrumentos legais	Assistente Social
2º	Adaptações ambientais	Terapeuta Ocupacional
3º	Auxílio nas atividades cotidianas	Enfermeira
4º	Principais patologias que causam dependência	Médico Geriatra
5º	Alimentação Saudável	Nutricionista
6º	Distúrbios de deglutição	Fonoaudiólogo
	Saúde bucal	Dentista
7º	Mobilizações e Transferências	Fisioterapeuta
8º	Aspectos psicológicos do cuidado e o auto cuidado	Psicólogo

No 1º dia, houve 07 faltas, número alto perante os 17 inscritos, e foi solicitado às funcionárias da recepção que entrasse em contato com esses participantes, que continuavam interessados na atividade, mas tinham esquecido o dia do início ou confundido o horário. Por esse motivo, mais um procedimento passou a fazer parte da rotina da atividade: contatar os participantes, as vésperas do início para confirmação da data, horário e local.

O tema “Adaptações ambientais” acabou restringindo-se a explicação muito detalhada de uma série de conceitos (independência, autonomia, modificação, residência, etc). Conceitos importantes, mas esse conteúdo não atendeu a proposta inicial de esclarecer e exemplificar, a importância de uma residência que não ofereça riscos, principalmente de quedas, ao idoso.

“Auxílio nas atividades cotidianas”, exatamente porque o conteúdo não foi detalhado e esclarecido, foram trabalhados diversos assuntos que seriam abordados posteriormente: alimentação, higiene bucal e transferências.

“Mobilizações e transferências” novamente contou com a participação dos cuidadores durante as demonstrações, o que propiciou maior integração entre os participantes.

Ao final, entreguei a cada participante o conteúdo trabalhado nos encontros, chamei carinhosamente de apostila, mas sabia que não passava de um bloco de fotocópias independentes entre si, com alguns conteúdos repetidos.

Os participantes referiram que suas expectativas foram atendidas e teceram comentários interessantes sobre a atividade, indicando que houve uma compreensão da complexidade do ato de cuidar que inclui aspectos objetivos e subjetivos, mas que embora complexo, era possível de ser realizado.

A solicitação de divulgação nas UBSs – Unidades Básicas de Saúde, apareceu na maioria das avaliações, o que me mostrou que aquela população tinha era vinculada a este equipamento social. Posteriormente compreendi que isto é uma particularidade do município, que conta com UBSs em todos os bairros, com conselhos gestores formados pelos usuários, em pleno e bom funcionamento.

Tabela XII: Avaliação dos temas do II Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2004)

Nº de questionários respondidos: 17

TEMA		AVALIAÇÃO ⁴		
		Ótimo	Bom	Branco/ Nulo
1º	Estatuto do idoso e instrumentos legais	08	02	07
2º	Adaptações ambientais	10	03	04
3º	Auxílio nas atividades cotidianas	12	02	03
4º	Principais patologias que causam dependência	13	03	01
5º	Alimentação Saudável	14	02	01
6º	Distúrbios de deglutição	08	06	03
	Saúde bucal	13	02	02
7º	Mobilizações e Transferências	16	01	0
8º	Aspectos psicológicos do cuidado e o auto cuidado	16	0	01
Comentários: - transmitiu uma visão global do ato de cuidar, que inclui técnica, responsabilidade, carinho e amor; - atividade muito organizada, mas deveria ser mais divulgada, por exemplo, poderia ser lavada para as UBSs; - conhecimento a ser transmitido para amigos e familiares;				

A partir dessa II edição, iniciei a organização de um manual de procedimentos do COFID, não apenas para facilitar a organização, mas para possibilitar a realização da atividade na minha ausência, Não quis centralizar a experiência de organizá-lo. Nem todas as ações precisavam ser realizadas diretamente por mim, mas continuaria sendo a responsável por ele, neste momento, eu contava com o apoio e participação essencial das funcionárias da recepção.

Tabela XIII: Esboço do manual de procedimentos do Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2004)

PROCEDIMENTO	AÇÃO	ANTECEDÊNCIA
Inclusão da atividade no	Reunião anual de	-

⁴ Os itens “Péssimo” e “Regular” constava na avaliação entregue aos participantes, mas não recebeu nenhuma resposta, por isso, não estão nesta tabela.

cronograma	planejamento	
Confirmação da data de realização	Reunião de equipe	03 meses de antecedência
Solicitação de espaço físico, reserva de equipamentos audiovisuais e registro da atividade	Memorando para os responsáveis pelos setores de apoio logístico e comunicação	03 meses de antecedência
Compra de materiais	Solicitação de compras	Conforme calendário de compras da entidade
Contato com palestrante	Entrega de convites (pessoalmente ou por e-mail)	02 meses de antecedência
Confirmação com palestrante (data, horário, material a ser entregue aos participantes e equipamento necessário)	Contato com palestrante (pessoalmente ou por e-mail)	01 mês de antecedência
Certificados para os palestrantes	Solicitação ao departamento de comunicação	01 mês de antecedência
Divulgação da atividade	Carta convite ao SAMEB e entidades parceiras	45 dias de antecedência
Abertura das inscrições	Preenchimento da ficha de inscrição	01 mês de antecedência
Confirmação com os participantes da data, horário e local	Contato telefônico	02 dias de antecedência
Lista de presença	Preparação da lista de presença	1º dia da atividade
Certificados para os participantes	Solicitação ao departamento de comunicação	03 dias antes do término da atividade
Fotocópia do material a ser entregue aos participantes e do formulário de avaliação	Solicitação ao departamento de comunicação	03 dias antes do término da atividade
Avaliação da atividade	Tabulação das avaliações feitas pelos participantes	01 semana após o término
Socialização dos resultados da avaliação	Reunião de equipe	mês posterior ao término da atividade

3.3 O III COFID: nova diretriz, antigos desafios

Durante a elaboração o PAI 2005, foi acordado que os ciclos seriam realizados em abril e setembro, não era possível adiantá-lo no 2º semestre porque o espaço seria utilizado para ensaios da Festa do Folclore, programada para agosto e também não poderia ser postergado, por motivo semelhante, ensaios para a apresentação teatral de final de ano. Nesta mesma reunião, os profissionais foram convocados a aproximar as finalidades e objetivos de todas as atividades, da missão da entidade.

Por isso, o projeto do COFID foi reelaborado, o primeiro desafio foi compreender o que é a missão de uma entidade civil sem fins lucrativos, para tanto, houve diversas reuniões de equipe para discussão do tema. Posteriormente a missão da entidade foi discutida: “promover a defesa dos direitos de cidadania do idoso, valorizando o envelhecimento e a qualidade de vida”. O termo qualidade de vida não foi conceituado, era como se todos soubessem do que se tratava, mesmo que cada um tivesse sua própria conceituação.

Já em relação ao termo cidadania, foram realizados 03 encontros temáticos com todos os funcionários da entidade, coordenados por mim e pela coordenadora de atendimento ao idoso, também assistente social. Nosso fundamento principal foi o Estatuto do Idoso. Utilizamos dinâmicas para o entrosamento dos participantes, já que estavam presentes funcionários das 03 unidades, que não necessariamente se conheciam. Na seqüência foram feitos esclarecimentos sobre os princípios fundamentais do Estatuto, que entendemos serem componentes da cidadania e, ao final, os participantes puderam discutir, em pequenos grupos, o conteúdo trabalhado.

Infelizmente, novamente a redação final do projeto do COFID não expressou a riqueza de todo esse processo, que trouxe uma preocupação com a qualidade de vida, que não foi trabalhada com todos os funcionários, e não houve menção quanto à cidadania, discutido nos encontros temáticos.

Tabela XIV: Projeto do III Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (abril de 2005)

FINALIDADE	OBJETIVOS		PÚBLICO ALVO
	GERAL	ESPECÍFICOS	
<p>Concretizar a missão do GV– B, junto aos idosos que não podem os CCs e não serão incluídos no quadro de moradores do GVR, oferecendo aos familiares cuidadores um espaço de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientação sobre os diversos aspectos envolvidos no cuidado cotidiano; - esclarecimento de dúvidas quanto as principais dificuldades vivenciadas no dia a dia; - troca de experiências sobre os impactos causados na dinâmica familiar com o advento desta situação, e - Auxílio na busca de uma nova significação para essa tarefa. 	<p>Instrumentalizar os familiares cuidadores para prestarem cuidados ao idoso</p>	<p>Melhorar a qualidade de vida do idoso e do familiar cuidador;</p>	<p>30 familiares cuidadores de idosos</p>
		<p>Fortalecer os vínculos entre o GV – B e os familiares dos idosos associados e que não podem frequentar os Centros de Convivência;</p>	
		<p>Permitir a troca de experiências entre os familiares e os profissionais da entidade e convidados, e</p>	
		<p>Capacitar os profissionais da entidade para ministrar palestras</p>	

Para readequar o conteúdo dos encontros, optei por atualizar as dificuldades encontradas pelos cuidadores, para tanto, desenvolvi uma ficha de inscrição com questões sobre o perfil (sexo, faixa etária, estado civil, religião, escolaridade, profissão e vínculo com o idoso) e as principais dificuldades enfrentadas no cotidiano.

Perante o resultado, a ênfase continuou sendo as AVDs e os encontros foram divididos em 02 módulos: “Cuidando do idoso” e “Cuidando de si mesmo”.

Tabela XV: Perfil dos participantes do III Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (abril de 2005)

Total de participantes: 28					
SEXO					
Feminino			Masculino		
28			0		
FAIXA ETÁRIA (anos)					
20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	
04	06	08	06	04	
ESTADO CIVIL					
Casado / União estável		Divorciado	Separado		Solteiro
15		03	05		05
RELIGIÃO					
Católica			Protestante		
08			20		
ESCOLARIDADE					
Fundamental Incompleto		Fundamental Completo		Médio	Superior
04		03		16	05
PROFISSÃO / OCUPAÇÃO ⁵					
Do lar	Aposentada	Acompanhante de idoso	Aux. / Técnico enfermagem	Enfermeira	outros
08	03	03	03	03	08
VÍNCULO COM O IDOSO					
Formal		Informal		Não mantém vínculo direto	
03		16		09	
AVDS QUE O IDOSO NECESSITA DE AUXÍLIO					

⁵ Referidas pelos participantes

- deitar e levantar da cama; - ir ao banheiro a tempo; - andar; - tomar banho; -comer; - tomar medicação
PRINCIPAIS DIFICULDADES
- dar banho; - alimentação; - medicação; - locomoção

A maioria dos palestrantes trabalhavam na unidade residencial da entidade e esse fato possibilitou a realização da primeira reunião com esses profissionais, para apresentação do projeto, entrega das avaliações das edições anteriores e do material entregue aos participantes. O projeto foi aprovado por todos e, o conhecimento do conteúdo dos encontros, repercutiu mudanças para a nova edição, das quais a mais importante foi uma tentativa de consenso em relação aos principais conceitos: independência, autonomia, dependência e cuidador, A maioria dos profissionais fizeram alterações significativas no conteúdo dos encontros.

O SAMEB, nosso grande parceiro, estava passando por mudanças, a nova administração municipal, mudou a coordenação, terminou com o PSF e criou o PAD – Programa de Atendimento Domiciliar, para munícipes acamados, idosos ou não. Devido a todas essas indefinições, o SAMEB não se comprometeu com os encaminhamentos. Esse fato, atrelado à avaliação da II COFID, me levou a elaboração do material de divulgação para as UBS e entidades inscritas no CMAS – Conselho municipal de assistência social, contendo um resumo do projeto para o responsável e cartazes explicativos. Entreguei pessoalmente o material de divulgação nas UBSs.

Ao final alcançamos 28 inscrições, sendo que uma parte dos inscritos era composta por estudantes e profissionais da área de enfermagem que tomaram conhecimento da atividade exatamente nas UBSs. Desta vez, o número aproximou-se da meta estabelecida.

No III Ciclo os temas abordados foram:

Tabela XVI: Cronograma do III Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (abril de 2005)

TEMA		PROFISSIONAL	
Cuidando do idoso	1º	Estatuto do idoso e instrumentos legais	Assistente Social
	2º	Adaptações Ambientais	Terapeuta Ocupacional
	3º	Principais patologias que causam dependência	Médico Geriatra
	4º	Auxílio nas atividades cotidianas	Enfermeiro
	5º	Alimentação Saudável	Nutricionista
	6º	Distúrbios de deglutição	Fonoaudiólogo
		Saúde bucal	Dentista
7º	Mobilizações e Transferências	Fisioterapeuta	
Cuidando do cuidador	8º	Atividade Física	Educador Físico
	9º	Aspectos psicológicos do cuidado e o auto cuidado	Psicólogo

Até o momento, o tema “Patologias que causam dependência” era muito vasto e trazia pormenores de diversas doenças, após a reunião com os profissionais e o conhecimento do material distribuído aos participantes, o tema permaneceu focado nas doenças cardiovasculares e nas síndromes demenciais, o que tornou o encontro mais dinâmico, e houve tempo para que os participantes tirassem dúvidas.

“Distúrbios de deglutição” e “Saúde bucal” continuaram sendo no mesmo dia, mas a fonoaudióloga levou as imagens de um exame chamado videodeglutograma⁶, para auxiliar na compreensão do processo de deglutição. Isso enriqueceu o encontro, mas excedeu o tempo.

O tema “Atividade física”, inserido pela primeira vez trabalhou o conceito na sua vinculação com a prevenção de doenças, aspecto importante para os cuidadores.

Tabela XVII: Avaliação dos temas do III Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (abril de 2005)

⁶ Exame de avaliação dos distúrbios da deglutição

Nº de questionários respondidos: 26						
TEMA		AVALIAÇÃO				
		Ótimo	Bom	Regular	Péssimo	Branco/ Nulo
1º	Estatuto do idoso e instrumentos legais	12	13	0	0	01
2º	Adaptações Ambientais	12	12	0	0	02
3º	Principais patologias que causam dependência	16	09	0	01	0
4º	Auxílio nas atividades cotidianas	09	14	02	01	0
5º	Alimentação Saudável	15	09	01	01	0
6º	Distúrbios de deglutição	17	08	01	0	0
	Saúde bucal	14	11	0	01	0
7º	Mobilizações e Transferências	21	03	0	0	02
8º	Atividade Física	08	14	0	04	0
9º	Aspectos psicológicos do cuidado e o auto cuidado	14	10	01	0	01
<p>Comentários: - esclareceu dúvidas; - muita informação sobre idoso, mas que se aplica aos cuidadores também; - conhecimento que facilita o cotidiano; - temas explicados de forma simples; - palestrantes seguros e pacientes;</p> <p>“Sem conhecimento cuidei do meu pai que estava com câncer, e este acabou de falecer, se tivesse tido esse curso antes, teria sido mais fácil pra mim”</p> <p>“O Ciclo mudou a visão de cuidado como ajuda ou favor para atendimento das necessidades do idoso.”</p>						

Os participantes, ao comentarem que consideraram fácil a linguagem utilizada pelos profissionais, responderam positivamente a uma das minhas maiores angústias, pois de pouco valeria a atividade, se o conteúdo não pudesse ser compreendido pelos cuidadores. Isso também pode ser atribuído à reunião realizada com todos os palestrantes.

Além disso, o COFID, ao contribuir com a ampliação da compreensão do cuidado de favor a atendimento das necessidades do idoso, vai além dos seus objetivos primeiros.

3.4 IV COFID: aproximação e distanciamento do público alvo

Para essa edição optei por intensificar a divulgação porque, a expressiva presença de cuidadores formais, ainda não era vista como uma ampliação do poder de alcance da atividade, aproximá-la do cuidador familiar ainda era tido como o desafio maior.

Estava muito envolvida com uma atividade realizada em parceria com o MP - Ministério Público, sobre o aparente uso indevido que os responsáveis pelos idosos moradores do GVR estavam fazendo dos benefícios previdenciários dos idosos⁷, o que me impediu de ir pessoalmente as UBSs para divulgar o COFID e me possibilitou realizar um treinamento com as funcionárias da recepção e a estagiária de serviço social para a realização desta ação.

Até esse momento, embora a entidade tivesse um departamento de comunicação, a divulgação estava sendo diretamente por mim, Aproveitei então, essa dificuldade de realizá-la pessoalmente, para também me aproximar desse departamento e elaboramos em conjunto o material para divulgação em jornais e revistas da cidade. Desta sementeira, foi possível colher muitos frutos para as edições futuras, quando todo o material de divulgação foi reelaborado e foi organizada uma estratégia de divulgação da atividade. Devido a restrições orçamentárias, não houve recurso para confecção de faixas e panfletos.

Mas, a excessiva ênfase nos cuidadores familiares, resultou em 16 inscrições e, o IV COFID foi realizado em setembro de 2005, entre bolos e muita música das comemorações do Dia Internacional do Idoso e do aniversário da entidade. Na última edição houve a sugestão de alterar o horário para o final da tarde, mas isso não foi possível devido ao cronograma de atividades da entidade, sendo assim, não houve alterações quanto a localidade e horário. Os temas e palestrantes foram os mesmos do III Ciclo.

Tabela XVIII: Cronograma do IV Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2005)

TEMA	PROFISSIONAL
------	--------------

⁷ Essa experiência deu origem à dissertação “Benefícios previdenciários e assistenciais: o idoso e a família” apresentada pela atual coordenadora geral do GV – B Ms. Neuma d’Ávila Pinto Nogueira ao programa de Estudos Pós Graduated em Gerontologia da PUC- SP, em 2007.

Cuidando do idoso	1º	Estatuto do idoso e instrumentos legais	Assistente Social
	2º	Adaptações Ambientais	Terapeuta Ocupacional
	3º	Principais patologias que causam dependência	Médico Geriatra
	4º	Auxílio nas atividades cotidianas	Enfermeiro
	5º	Alimentação Saudável	Nutricionista
	6º	Distúrbios de deglutição	Fonoaudiólogo
		Saúde bucal	Dentista
7º	Mobilizações e Transferências	Fisioterapeuta	
Cuidando do cuidador	8º	Atividade Física	Educador Físico
	9º	Aspectos psicológicos do cuidado e o auto cuidado	Psicólogo

O tema “Estatuto do idoso e instrumentos legais” acabou não tendo todo o conteúdo trabalhado devido à extensão da dinâmica de acolhimento. Nas edições anteriores, no primeiro encontro, os participantes se mostravam tímidos e quase não expressavam suas opiniões. Mas nessa edição, isso foi muito diferente, a maioria dos participantes eram extrovertidos e muito falantes e a apresentação de todos acabou estendendo-se e, por limitação quanto ao horário, foi preciso optar pela ênfase nos instrumentos legais, enquanto que o Estatuto do idoso foi esclarecido superficialmente.

Manter os temas, “Distúrbios de deglutição” e “Saúde bucal”, num único dia, precisaria ser revisto para a próxima edição porque ambos haviam sido enriquecidos com ilustrações e exemplos vindos não somente da experiência das palestrantes como também do cotidiano dos idosos do GVR, o que ocasionou maior número e qualidade de informações, mas também, a extrapolação do horário para o término do encontro, que gerou problemas com outras atividades da entidade e também para os participantes, que tinham outros compromissos, entre os quais, retornar para a rotina de cuidados.

Novamente os temas foram avaliados positivamente.

Tabela XIX: Avaliação dos temas do IV Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2005)

TEMA		AVALIAÇÃO				
		Ótimo	Bom	Regular	Péssimo	Branco/ Nulo
Nº de questionários respondidos: 15						
1º	Estatuto do idoso e instrumentos legais	13	02	0	0	0
2º	Adaptações Ambientais	09	04	03	0	02
3º	Principais patologias que causam dependência	14	01	0	0	0
4º	Auxílio nas atividades cotidianas	11	02	01	0	01
5º	Alimentação Saudável	11	01	0	01	01
6º	Distúrbios de deglutição	12	02	01	0	
	Saúde bucal	10	04	0	0	01
7º	Mobilizações e Transferências	12	02	01	0	0
8º	Atividade Física	10	03	01	01	01
9º	Aspectos psicológicos do cuidado e o auto cuidado	12	01	01	0	01
<p>Comentários: - esclareceu dúvidas; - possibilitou o conhecimento de outras pessoas que passam por situações semelhantes; - trouxe informações que facilitam o cotidiano;</p> <p>“Descobri que eu sou uma cuidadora”.</p> <p>“Apreendi que os gestos e o silêncio do meu pai também falam”.</p>						

Há de se destacar os comentários quanto ao reconhecimento de si e do outro como cuidadores, que podem nos indicar que o COFID contribuiu para a construção e reconstrução das identidades dos participantes, esta cumprindo sua finalidade quanto à “auxiliar na busca de uma nova significação para essa tarefa.” Os cuidadores participantes compreenderam a importância que o papel por eles desempenhados tem para a manutenção do núcleo familiar, que não precisa ser pautado apenas na tentativa e erro ou experiências anteriores com o cuidado dos filhos. Mas a atividade de cuidar pode ser aprendida, reaprendida e executada de uma maneira não nociva a saúde física e emocional do cuidador.

Após a entrega dos certificados, uma das participantes leu e nos entregou uma carta:

À equipe do Grupo Vida

Nós, abaixo assinado, participantes do “Ciclo de orientação a Familiares de idosos Dependentes” realizado no período de 12 a 23 de setembro de 2005, vimos por intermédio deste agradecer o empenho, dedicação, profissionalismo e carinho com que fomos recebidos e atendidos.

Como muito bem foi colocado por todos os orientadores deste Ciclo, cuidadores têm, por força das circunstanciais, ceifada uma parte de suas vidas em troca da dedicação ao outro.

Há momentos sim de grande solidão, cansaço extremo e dores na alma. Mas quem cuida segue em frente, na maioria das vezes esquecendo-se de si mesmo.

Momentos como estes, proporcionados por este encontro, dão-nos a oportunidade de refletir sobre o nosso papel, o rumo de nossas vidas e daqueles que de nós dependem, olhar nos olhos dos que trilham como nós a mesma jornada e, principalmente, nos nutrimos não só de estrutura e competência técnica mas, sobretudo, de afeto, carinho e atenção.

É tudo que necessitamos.

O resto é paciência, dedicação, fé e principalmente amor.

O Ciclo se encerra aqui mas gostaríamos que este fosse apenas o início de um relacionamento duradouro entre nós, cuidadores, a equipe da Residência e o Grupo Vida.

Diante disto vimos, por intermédio deste, viemos solicitar o que segue abaixo:

- ✓ Formação de um Grupo permanente de Apoio aos Cuidadores, com possibilidade de encontros quinzenais, orientado pelos profissionais da Equipe da Residência ou outros, para:

A) Aprofundamento do aprendizado

B) Troca de experiências

C) Apoio mútuo

Gratos por tudo

Barueri, 23 de setembro de 2005⁸.

Essa carta, além de uma demonstração de carinho, que emocionou toda a equipe, explicitou que a finalidade do projeto, de oferecer aos cuidadores um espaço de orientação e troca de experiências, estava sendo alcançada,

O pedido dos cuidadores foi atendido e no mês seguinte, foi iniciado o Grupo de Apoio Continuado aos cuidadores de idosos, com encontros mensais, cujo tema era escolhido pelos próprios cuidadores e ministrado por um profissional do GV-B. Todos os participantes das edições anteriores foram convidados a participar desse grupo e para as edições posteriores a apresentação do grupo passou a ser um procedimento padrão.

3.5 V COFID: a edição compacta

⁸ Carta copiada na íntegra, como eu a recebi, num dos momentos mais felizes dessa jornada.

O ano de 2006 começou, ainda estávamos desejando prosperidade, quando o calendário de eventos e atividades da entidade e as datas dos feriados nacionais e municipais impuseram a necessidade de uma decisão crucial: cancelar o COFID previsto para o mês de abril ou realizá-lo em apenas 07 dias. Fiquei com a segunda opção, para que o COFID não corresse o risco de ser engolido pelo cronograma de atividades da entidade, pois eu já havia presenciado que algumas atividades, embora tivessem boa aceitação dos idosos e profissionais dispostos a efetivá-las, quando não eram realizadas nas datas previstas, encontravam dificuldade para serem reinseridas no calendário.

Os maiores colaboradores para a divulgação foram os participantes do Grupo de Apoio Continuado aos cuidadores de idosos. As ações junto às UBSs, jornais e revistas foram novamente realizadas.

A exclusão de 03 temas poderia ser uma outra decisão muito difícil, mas foi facilitada pelo período de férias de 02 palestrantes, a médica e a dentista, e o campeonato regional de jogos adaptados à terceira idade, que exigia a presença da professora de educação física e coincidia com o período de realização do COFID. Assim, os temas: “Principais patologias que causam dependência”, “Saúde bucal” e “Atividade física”, não foram ministrados. Para tentar minimizar a perda de conteúdo em relação às edições anteriores, esses temas não foram retirados da apostila. Será que apenas a leitura desses assuntos, desacompanhada da explicação, seria suficiente para a compreensão? A esta altura a apostila já não era um amontoado de fotocópias, mas também não conseguia materializar toda a riqueza dos conteúdos trabalhados nos encontros. A pergunta ficou sem resposta, mas a opção já havia sido feita.

Sem alteração quanto ao horário e local. Alguns inscritos tinham conhecimento do cronograma de edições anteriores, questionaram a ausência dos 03 temas, receberam os devidos esclarecimentos e foi dada a opção para participarem da VI edição, mas a maioria optou por esta edição. O V COFID contou com 22 participantes.

Tabela XX: Cronograma do V Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (abril de 2006)

TEMA		PROFISSIONAL
1º	Estatuto do idoso e instrumentos legais	Assistente Social
2º	Aspectos psicológicos do cuidado e o auto cuidado	Psicólogo
3º	Auxílio nas atividades cotidianas	Enfermeiro
4º	Alimentação Saudável	Nutricionista
5º	Distúrbios de deglutição	Fonoaudiólogo
6º	Mobilizações e Transferências	Fisioterapeuta
7º	Adaptações Ambientais	Terapeuta Ocupacional

O tema “Estatuto do idoso e instrumentos legais”, coincidiu com uma série de discussões que estavam acontecendo nos meios de comunicação sobre o artigo 40 que trata da gratuidade do transporte interestadual e que não estava sendo cumprido e houve ênfase nesse aspecto, embora não se aplicasse aos idosos assistidos pelos cuidadores.

O tema “Distúrbios de deglutição” ocupou às 02 horas do encontro o que mostrou que a junção com o tema “Saúde bucal” não era mais possível.

Apesar de todas as intempéries, a atividade foi avaliada positivamente, mas o curioso foi que nenhum participante teceu qualquer comentário que pudesse ilustrar as avaliações, o que nos remete a pensar que a explicação sobre o preenchimento do formulário de avaliação não foi suficientemente esclarecedora, mas o número de respostas rasuradas (nulas) foi pequeno. A satisfação com a atividade pode não ter sido grande, quem sabe, sequer existido.

Tabela XXI: Avaliação dos temas do V Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (abril de 2006)

Nº de questionários respondidos: 21

TEMAS		AVALIAÇÃO ⁹			
		Ótimo	Bom	Regular	Branco/ Nulo
1º	Estatuto do idoso e instrumentos legais	17	03	01	0
2º	Aspectos psicológicos do cuidado e o auto cuidado	14	04	01	02
3º	Auxílio nas atividades cotidianas	16	02	02	01
4º	Alimentação Saudável	15	06	01	01
5º	Distúrbios de deglutição	18	02	0	01
6º	Mobilizações e Transferências	17	02	02	0
7º	Adaptações Ambientais	16	02	0	03

3.6 VI COFID: adolescentes invadem a atividade

O VI Ciclo teve características muito peculiares. Atendendo a pedidos antigos, ocorreu na unidade II da entidade, localizada no bairro Jardim Mutinga, distante da região central e no limite entre os municípios de Barueri e Osasco. O espaço físico foi melhor, pois havia uma sala de aula separada do salão de atividade, e assim, os problemas de barulho e da claridade foram sanados.

A atividade foi divulgada apenas naquela região, a entidade CEPAC – Associação para a proteção de crianças e adolescentes, localizada num bairro vizinho, nos procurou para encaminhar 16 adolescentes, com idade de 14 a 16 anos, que participavam de um programa de capacitação profissional. O encaminhamento foi aceito e o desafio estava posto. Falar de envelhecimento com dependência para adolescentes? Isso mesmo, mas como?

Foi preciso acrescentar dinâmicas de sensibilização e entrosamento no início dos encontros para despertar e manter o interesse dos jovens. Essa ação ficou sob a responsabilidade da estagiária de serviço social, tendo em vista que ela já participara de edições anteriores e vivenciou diversas dinâmicas. Aos poucos, os

⁹ O item “Péssimo” constava na avaliação entregue aos participantes, mas não recebeu nenhuma resposta, por isso, não está nesta tabela.

adolescentes foram identificando dificuldades enfrentadas por familiares idosos e situações vividas no cotidiano, até então entendidas como normais para o envelhecimento, como alterações da memória e quedas em ambientes domésticos.

O VI COFID contou com 30 participantes, sem alteração quanto ao horário pois os 02 CCs mantinham um cronograma de atividade semelhante.

Tabela XXII: Cronograma do VI Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (julho de 2005)

		TEMA	PROFISSIONAL
Cuidando do idoso	1º	Estatuto do idoso e instrumentos legais	Assistente Social
	2º	Adaptações Ambientais	Terapeuta Ocupacional
	3º	Auxílio nas atividades cotidianas	Médico Geriatra
	4º	Alimentação Saudável	Nutricionista
	5º	Distúrbios de deglutição	Fonoaudiólogo
	6º	Saúde bucal	Dentista
	7º	Mobilizações e Transferências	Fisioterapeuta
Cuidando do cuidador	8º	Atividade Física	Educador Físico
	9º	Aspectos psicológicos do cuidado e o auto cuidado	Psicólogo

O cronograma dos temas teve uma alteração importante, o tema “Principais patologias do envelhecimento” não foi ministrado porque não encontramos enfermeira para o tema “Auxílio nas atividades diárias”, pois o GV-R estava num momento de troca desse profissional e a médica geriatra a substituiu.

“Mobilizações e Transferências” foi realizado no salão principal do CC, para que o quarto do idoso pudesse ser montado, na sala de aula não havia espaço para todo o mobiliário.

“Alimentação saudável”, a nutricionista precisou de muita didática para que o encontro não se tornasse um plantão de dúvidas de dietas para emagrecimento.

Estávamos desenvolvendo um formulário de avaliação diária dos encontros, com maior ênfase para os comentários. O preenchimento continuava não sendo obrigatório e optamos por utilizá-lo nessa edição.

Os participantes aprovaram a atividade.

Tabela XXIII: Avaliação dos temas do VI Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (julho de 2006)

TEMAS		nº Resp.	AVALIAÇÃO ¹⁰			
			Regular	Bom	Muito bom	Branco/Nulo
1º	Estatuto do idoso e instrumentos legais	21	0	03	18	0
2º	Adaptações Ambientais	25	0	02	23	01
3º	Auxílio nas atividades cotidianas	21	01	01	19	0
4º	Alimentação Saudável	11	0	02	08	01
5º	Distúrbios de deglutição	22	0	02	18	02
6º	Saúde bucal	22	0	01	20	01
7º	Mobilizações e Transferências	23	0	02	20	01
8º	Atividade Física	19	0	04	15	0
9º	Aspectos psicológicos do cuidado e o auto cuidado	17	0	04	14	0
Comentários: - possibilitou um 1º contato com o tema; - esclarecimentos de nomes vários nomes técnicos; - poucas aulas com demonstração prática “Foi um bom exercício de reflexão sobre as dificuldades do próximo” “Ensinou que quem cuida também precisa de cuidados”						

Outra vez, o COFID mostrou-se como um espaço de aprendizagem e reflexão sobre si e os outros.

3.7 O VII COFID: a parceria entre o Grupo Vida – Barueri e a BrazilFoundation

¹⁰ A partir dessa edição passamos a realizar avaliação diária dos encontros e os itens foram alterados para: Fraco, Regular, Bom e Muito bom. O 1º item não recebeu nenhuma resposta, por isso, não está nesta tabela.

Após a realização da quarta edição da atividade, no final de 2005, inscrevemos o COFID no processo seletivo para o financiamento da ONG BF - BrazilFoundation¹¹, uma entidade que capta recursos nos Estados Unidos e os investe em projetos sociais do Brasil.

O programa de seleção anual da BrazilFoundation identifica e apóia as iniciativas de pequenas e médias organizações da sociedade civil sem fins lucrativos em todo o Brasil. O objetivo da seleção anual é identificar projetos atuantes nas áreas de educação, saúde, direitos humanos, cidadania e cultura, com potencial de transformar a realidade social. Em particular a fundação busca projetos com soluções criativas e efetivas, que possam se tornar referência e com capacidade de influenciar políticas públicas, a longo prazo.

Estávamos esperançosos porque a realização de 06 edições do CODIF já havia nos mostrado que a atividade pode contribuir eficazmente para a melhoria dos cuidados prestados a idosos por seus familiares. Porém, os projetos contemplados no ano anterior, eram todos voltados a crianças, adolescentes e preservação do meio ambiente, o que nos levou a pensar que as chances de sermos selecionados eram pequenas. Mas perante os critérios de avaliação dos projetos, decidimos que iríamos concorrer:

- Alinhamento da proposta apresentada com a missão da instituição proponente;
- Comprovada capacidade técnica e operacional da instituição de desenvolver o projeto proposto;
- Apresentação de uma estratégia clara de continuidade do trabalho e,
- Legitimidade da instituição em sua área de atuação.

Readequamos o projeto:

Tabela XIV: Projeto do Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes para o processo seletivo da ONG BRAZILFOUNDATION (dezembro de 2005)

¹¹ Site www.brazilfoundation.org.br,

FINALIDADE	OBJETIVOS		IMPACTO ESPERADO
	GERAL	ESPECÍFICOS	
<p>Concretizar a missão do GVB – Grupo Vida – Barueri junto aos idosos que são dependentes para as AVDs e que não podem ser incluídos no quadro de moradores do GVR</p>	<p>Ensinar os familiares dos idosos dependentes a prestar-lhes assistência e cuidados</p>	<p>Orientar sobre os diversos aspectos envolvidos no cuidado cotidiano;</p>	<p>Manutenção dos idosos no domicílio com boa qualidade de vida para ele, para o cuidador familiar e os para os demais membros da família</p>
		<p>Esclarecer as dúvidas quanto as principais dificuldades vivenciadas no dia a dia;</p>	
		<p>Criar um espaço de troca de experiências sobre os impactos causados na dinâmica familiar com o advento da dependência do idoso;</p>	
			PÚBLICO ALVO
			30 familiares cuidadores de idosos
		<p>Permitir a troca de experiências entre os familiares e os profissionais da entidade e convidados;</p>	
		<p>Melhorar a qualidade de vida do idoso, e</p>	
	<p>Melhorar a qualidade de vida do familiar cuidador e dos demais membros da família.</p>		

Essa readequação conseguiu explicitar o caráter educativo do COFID. Os temas foram divididos em 02 módulos: iniciação e aprimoramento.

Tabela XXV: Proposta para o Módulo de Iniciação do Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes

	Tema	Assuntos Abordados	Profissional
Cuidando do idoso	Estatuto do idoso e instrumentos legais	Estatuto do Idoso e medidas legais (interdição, procuração simples e completa)	Assistente Social
	Adaptações Ambientais	Dependências do domicílio e utensílios domésticos para a maior independência possível do idoso	Terapeuta Ocupacional
	Principais patologias que causam dependência	Doenças mais comuns e formas adequadas de tratamento e manipulação de medicamentos	Médico Geriatra
	Auxílio nas atividades cotidianas	Banho, hidratação, vestimenta, auxílio na alimentação e para caminhar	Enfermeiro
	Alimentação saudável	Função dos nutrientes, pirâmide alimentar e consistências diversas	Nutricionista
	Distúrbios de deglutição	Prevenção de engasgos e aspiração	Fonoaudiólogo
	Saúde Bucal	Higiene oral e prevenção do câncer bucal	Dentista
	Mobilizações e transferências	Técnicas para sentar, deitar, levantar e manipular o idoso	Fisioterapeuta
Cuidando do cuidador	Aspectos psicológicos do cuidado e o auto cuidado	As emoções que envolvem a tarefa do cuidado	Psicólogo
	Atividade Física	Condicionamento físico para melhor desempenho dos cuidados, alívio das tensões e melhoria da saúde.	Educador Físico

Nesta etapa, os encontros seriam semelhantes ao que vinham sendo realizados, ou seja, diários, com duração de 2 horas, durante 02 semanas, ministrados por profissionais da área da saúde.

Na etapa seguinte, os encontros seriam mensais e assim, o familiar passaria a ser assistido por, no mínimo, 05 meses.

Tabela XXVI: Proposta para o Módulo de Aprimoramento do Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes

Tema		Assuntos Abordados	Profissional
1º	Auto-estima	Necessidade de preservação da auto-estima	Psicólogo
2º	Depressão	Esclarecimento sobre a doença, tipos e tratamento	Médico Geriatra
3º	Doença de Alzheimer	Esclarecimento sobre a doença e tratamento	Médico Geriatra
4º	Finitude	Finitude e morte	Médico Paliativista e Psicólogo

Em abril de 2006, enquanto realizávamos a compacta V edição, fomos comunicados que estávamos selecionados entre os 50 projetos finalistas, num total de 810 inscritos! Iríamos receber a visita de 02 técnicos da BF e havia possibilidade de conseguirmos o financiamento. Essa excelente notícia contagiou toda equipe.

Para que os visitantes pudessem compreender melhor a dinâmica da entidade, organizamos um álbum de fotografia dos 09 anos de história do GV – B, quanto a dinâmica cotidiana, não havia nada a ser alterado, a qualquer hora que eles chegassem, iriam encontrar idosos participando de alguma atividade

No mês seguinte recebemos os técnicos, que ficaram surpresos com a organização da entidade e a originalidade do projeto, pois eles, que analisam inúmeros projetos do Brasil inteiro, não conheciam semelhante iniciativa. Em junho recebemos a excelente notícia que nosso projeto fora aprovado e receberia o financiamento de R\$ 12.000,00 a serem utilizados por 12 meses, a partir de agosto do corrente ano, 2006. O VII COFID estava planejado para o mês de setembro.

Conseguimos desenvolver um plano de divulgação, com um material padronizado. A fotografia de 02 mãos, uma jovem, outra envelhecida, sobrepostas e acariciando-se, acabou tornando-se o símbolo da atividade, por expressarem acolhimento e ternura. Afinal, há 02 anos, o CODIF vinha acolhendo, com ternura e profissionalismo, as angústias e alegrias dos cuidadores.

Para as UBSs e entidades inscritas no CMAS e CMDPI - Conselho municipal de direitos da pessoa idosa, elaboramos cartazes e panfletos, que foram entregues acompanhados com uma carta explicativa aos coordenadores. A presidente do CMDPI comprometeu-se em encaminhar os conselheiros que nunca haviam participado de qualquer orientação sobre idosos, principalmente os representantes do poder público.

Ampliamos nossa ação com a inclusão do PS - pronto socorro, as secretarias municipais de cultura e ação social e cidadania, GRB – Grêmio recreativo de Barueri, além do informativo mensal aos associados do GV – B e o BIG Vida¹².

Foram confeccionadas faixas para os 03 principais bairros da cidade: Centro, Jardim Silveira e Jardim dos Camargos.

Nesse processo, acabamos não levando em consideração que o COFID já era conhecido no município e que havia uma limitação quanto ao número de participantes, devido ao espaço físico disponibilizado, com essa ampla divulgação acabamos por não conseguir atender a demanda interessada pela atividade.

A ficha de inscrição, agora já não contava com dados apenas referentes aos participantes, mas incluía também informações do idoso assistido, para tentarmos nos aproximar cada vez mais da realidade do público alvo.

Tabela XXVII: Perfil dos participantes do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006)

¹² BIG Vida – Boletim informativo do GV – B, elaborado mensalmente, traz as notícias sobre as atividades e eventos da entidade. É entregue aos funcionários, voluntários e parceiros.

Total de participantes: 25					
SEXO					
Feminino			Masculino		
25			0		
FAIXA ETÁRIA (anos)					
20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	
04	06	08	06	01	
ESTADO CIVIL					
Casado / União estável	Divorciado	Separado	Solteiro		
15	02	04	04		
RELIGIÃO					
Católica			Protestante		
07			18		
ESCOLARIDADE					
Fundamental Incompleto	Fundamental Completo	Médio	Superior		
03	02	15	05		
PROFISSÃO / OCUPAÇÃO ¹³					
Do lar	Aposentada	Acompanhante de idoso	Aux. / Técnico Enfermagem	Enfermeira	outros
05	03	03	03	03	08
VÍNCULO COM O IDOSO					
Formal		Informal	Não mantém vínculo direto		
03		13	09		
Total de cuidadores: 16					
PRINCIPAIS PATOLOGIAS					

¹³ Referidas pelos participantes

- Não referem: 07		- Hipertensão Arterial: 07; - Obesidade: 02	
CONTA COM APOIO DE OUTRAS PESSOAS			
Sim		Não	
12		04	
QUEM AUXILIA			
Cuidador formal		Familiar	
03		09	

As patologias referidas pelas cuidadoras, hipertensão e obesidade são doenças crônicas, que requerem acompanhamento médico constante para a prevenção das complicações cardiovasculares. Foi solicitado que tema “Aspectos psicológicos do cuidado e o auto cuidado”, fosse acrescido dos esclarecimentos necessários para a prática desses acompanhamentos, como uma atitude de auto cuidado.

Durante a realização dos encontros, soubemos que as 03 participantes que trabalhavam como acompanhantes de idosos foram encaminhadas para o COFID por seus empregadores, que estavam arcando com os custos de transporte e contando o período do curso como horas trabalhadas, porque a médica que cuidava dos idosos fez essa recomendação. Fato que ilustra que a atividade vinha tornando-se conhecida, pela sua seriedade na abordagem do tema e conteúdo com aplicabilidade no cotidiano.

As informações pertinentes aos idosos mostraram que as maiores dificuldades permaneciam atreladas as AVDs, por isso, o VII COFID manteria essa ênfase.

Tabela XXVIII: Perfil dos idosos assistidos pelos participantes do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006)

Total de cuidadores: 16 Total de idosos: 17 ¹⁴				
SEXO				
Feminino			Masculino	
14			03	
FAIXA ETÁRIA (anos)				
70 a 74		75 a 79	80 a 84	85 a 89
♂	0	01	01	01
♀	03	05	04	02
ACOMPANHAMENTO MÉDICO				
Sim			Não	
♂	03			0
♀	14			0
Serviços de saúde da Rede Pública			Serviços de saúde da Rede Privada	
♂	02			01
♀	03			11
PRINCIPAIS PATOLOGIAS ¹⁵				

¹⁴ Uma das participantes cuidava de 02 idosos

¹⁵ Média de 03 patologias por idoso.

- Hipertensão Arterial: 10		- Depressão: 03				
- Diabetes Mellitus: 06		- Gastrite: 03				
- Doença de Alzheimer: 06		- Insuficiência Cardíaca: 03				
- Artrite / Artrose: 04		- Insuficiência Renal: 03				
- AVE: 03		- Neoplasia (mama e pele): 03				
NÚMERO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA (idas ao PS nos últimos 12 meses)						
Nenhuma		01	02	03	05	10
♂	0	02	0	0	01	0
♀	01	02	03	03	03	02
PRINCIPAIS MOTIVOS						
- Agitação; -Complicações da Neoplasia; - Descompensação da Diabetes Mellitus; - Descompensação da Hipertensão Arterial; - Gripe; - Infecção Urinária; - Obstipação Intestinal; - Pneumonia;						
NÚMERO DE INTERNAÇÕES NOS ÚLTIMOS 12 MESES						
Nenhuma		01	02	05		
06		02	04	05		
PRINCIPAIS MOTIVOS						
- Complicações da Neoplasia; - Desidratação; - AVE; Descompensação da Diabetes Mellitus; - Descompensação da Hipertensão Arterial;						

UTILIZAÇÃO DA REDE PÚBLICA PARA ADQUIRIÇÃO DE MEDICAMENTOS		
Sim		Não
♂	02	01
♀	10	04
AVDs que o idoso necessita de ajuda ¹⁶		
- Deitar / Levantar de cama: 09		- Tomar banho: 14
- Comer: 05		- Vestir-se: 12
- Cuidar da aparência: 12		- Ir ao banheiro a tempo: 06
- Andar no plano: 06		- Subir um lance de escada: 10

Uma das principais orientações do tema “Principais patologias que causam dependência” é a importância do acompanhamento médico dos idosos, mas os cuidadores participantes afirmaram que todos os idosos já realizavam este acompanhamento. O que não descarta a orientação, mas não exige uma ênfase. Quanto as principais doenças desses idosos, esse mesmo tema foi acrescido de orientações sobre a gastrite e insuficiência renal. A doença de Alzheimer seria abordada brevemente neste módulo e com maior profundidade no módulo de aprimoramento.

Para o tema “Auxílio nas atividades cotidianas”, foi solicitado à inclusão da orientação quanto a subir e descer escadas, que apareceu pela primeira vez entre as dificuldades apresentadas pelos idosos.

Conforme o planejado, o VII COFID foi realizado no mês de setembro, sem alteração quanto ao horário e localidade e contou 25 participantes. Os temas abordados foram:

Tabela XXIX: Cronograma do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes - Módulo de iniciação (setembro de 2006)

	TEMA	PROFISSIONAL
--	------	--------------

¹⁶ 03 idosos eram acamados, dependentes para todas as AVDs

Cuidando do Cuidador	Alterações do processo de envelhecimento	Assistente Social
	Aspectos psicológicos do cuidado e o auto cuidado	Psicólogo
Cuidando do Idoso	Principais Patologias que causam dependência	Médico Geriatra
	Adaptações Ambientais	Terapeuta Ocupacional
	Auxílio nas atividades cotidianas	Enfermeiro
	Alimentação Saudável	Nutricionista
	Distúrbios de Deglutição	Fonoaudiólogo
	Saúde bucal	Dentista
	Mobilizações e Transferências	Fisioterapeuta
	Estatuto do idoso e instrumentos legais	Assistente Social

Houve uma mudança importante quanto ao cronograma de temas com a inclusão de “Alterações do processo de envelhecimento” e exclusão “Atividade física”, porque as contínuas discussões com a equipe de palestrantes e a participação em eventos científicos foram indicando que, a melhor compreensão e desmistificação do processo de envelhecimento, incluía o entendimento das mudanças ocasionadas por esse processo e que, nem sempre estas são sinônimos de doenças, mas quando as são, é preciso orientação e acompanhamento de equipe profissional, além de cuidados domiciliares.

As orientações quanto à importância da prática da atividade física para a prevenção de doenças, manutenção e melhoria da saúde do cuidador, foram incluídas no tema “Aspectos psicológicos do cuidado e o auto cuidado”, como uma atitude de auto cuidado.

Essas alterações do cronograma não causaram nenhum prejuízo quanto ao convênio com a BF porque essa possibilidade já estava prevista.

Nesta edição, tínhamos uma verdadeira possibilidade de elaborarmos uma apostila do COFID, e eis que este foi o maior desafio. Até o momento, o conteúdo das apostilas, era exatamente o mesmo material apresentado nos encontros em

data show, isto é, tópicos sem as explicações que eram feitas pelos palestrantes, salvo os temas “Estatuto do idoso e instrumentos legais”, “Aspectos psicológicos do cuidado e o auto cuidado” e “Saúde bucal”, que traziam os conteúdos na forma de um texto com as devidas explicações de cada assunto.

A dificuldade inicial quanto à definição de alguns conceitos, já havia sido sanada, cada profissional definia os conceitos importantes para o seu tema, e aqueles definidos em encontros anteriores, não eram alterados. Mas, esse conteúdo, ainda se caracterizava por fragmentos sobre o cuidado a idosos dependentes, não havia uma continuidade entre os temas.

Numa reunião de equipe do GV – R essas pontuações foram apresentadas e houve uma discordância quanto a fragmentação do conteúdo da apostila. Ou seja, os palestrantes não enxergavam a apostila da mesma forma que eu e a coordenadora de desenvolvimento institucional a enxergávamos. Para eles, a apostila estava completa e não precisaria ser alterada, para nós ela deveria ser aproximada do conteúdo trabalhado nos encontros e não conter apenas seus tópicos.

Esta reunião não foi suficiente para esgotar a discussão deste assunto, outros encontros foram necessários, até que um consenso foi encontrado: cada profissional deveria entregar seu conteúdo em forma de texto (com limite de 05 páginas); a coordenadora da atividade elaboraria a introdução da apostila, na qual o vínculo entre os encontros deveria ficar explícito; todos os encontros seriam gravados (áudio) e ao final, os profissionais receberiam a gravação de todos os encontros e a apostila entregue aos participantes, para a verificação da igualdade ou diferença entre o conteúdo trabalhado nos encontros e contido na apostila.

Tabela XXX: Conteúdo da Apostila do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes

Tema	Assuntos Abordados
------	--------------------

Alterações do processo de envelhecimento	-Conceitos: envelhecimento, idoso, senescência e senilidade; -Principais alterações físicas e psico-sociais e, -Atitudes pessoais que podem influenciar positivamente as alterações mencionadas.
Aspectos psicológicos envolvidos no cuidado e auto cuidado	- Conceito; cuidador familiar; -Sentimentos positivos e negativos envolvidos na atividade de cuidar e, -Estresse do cuidador: fontes, fases, formas de controle e superação;
Principais patologias que causam dependência	-Conceitos: doenças crônicas, autonomia, independência e dependência e, -Predisposição, prevenção, sintomas e tratamentos das doenças: cardiovasculares, câncer, diabetes, osteoartrose e síndromes demenciais.
Adaptações ambientais	-Conceitos: ambiente (restritivo e facilitador) e adaptação ambiental e, -Prevenção de quedas em cada cômodo da casa.
Auxílio nas atividades cotidianas	-Conceitos: AVDs, AIVDs e capacidade funcional; -Como auxiliar no banho, vestir, sentar e levantar, caminhar pequenas distâncias, subir degraus e, -O que fazer para facilitar a vida do idoso.
Alimentação saudável	-Conceitos: pirâmide dos alimentos, grupos nutricionais, e nutrição enteral; -Orientações gerais para obesidade, hipertensão, diabetes, colesterol e triglicérides altos; - Exemplos de dietas caseiras para nutrição enteral;
Distúrbios de Deglutição	-Conceitos: deglutição e disfagia e, -Como auxiliar o idoso disfágico;
Saúde bucal	-Conceito; higiene Bucal e, -Como fazer a higiene oral e exame bucal em idosos dependentes e, -Como higienizar e cuidar de próteses.
Mobilizações e Transferências	-Conceito: Mobilidade e, -Como auxiliar nas transferências.
Estatuto do idoso e instrumentos legais	-Estatuto do Idoso: capítulos IV, VII e VIII e, -Procuração e interdição: definição e procedimentos para requerimento.

Com o término do COFID, o material gravado nos encontros e a apostila foram socializados com todos os palestrantes, que compreenderam que havia uma diferença entre ambos, mas também ponderaram que a igualdade não era possível, porque a dinâmica dos encontros e a riqueza da integração entre os participantes, não podem ser plenamente expressos em nenhum papel.

Ouvir as palestras foi um momento realizado individualmente, além de contribuir para o conhecimento da atividade no seu todo, teve sua graça, os exemplos, os comentários dos participantes e os imprevistos. Nas reuniões que se seguiram, foi acordado que a apostila seria novamente elaborada para a próxima edição do COFID, ou seja, houve interesse em aperfeiçoar a atividade.

Em busca de uma maior aproximação da opinião dos participantes sobre a atividade, foram incluídas alterações no processo de avaliação. Por sugestão da BF, os itens incluídos foram:

- Assunto abordado: de acordo ou não com o interesse ou necessidade do participante;
- Duração do encontro: suficiente ou não para a abordagem do assunto;
- Aplicabilidade do conteúdo: informações com ou sem emprego no cotidiano;
- Cumprimento do programa: no início de cada encontro, o palestrante apresenta o planejamento da atividade e o participante avalia se ele foi ou não cumprido;
- Palestrante: domínio do assunto;
- Palestrante: esclarecimento de dúvidas;
- Troca de experiência entre os participantes e,
- Avaliação geral da atividade: atendimento ou não das expectativas.

O espaço para os comentários foi mantido. O preenchimento do formulário passou a ser diário e continuou voluntário. A avaliação, quanto ao espaço físico, organização da atividade, recursos áudios visuais e limpeza, foram feitas no último dia.

Tabela XXXI: Avaliação do 1º encontro do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006)

Tema: ALTERAÇÕES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO					
Formulários respondidos: 24					
ITENS	AVALIAÇÃO				
	Fraco	Regular	Bom	Muito Bom	Nulo
Assunto abordado	0	01	07	14	02
Duração do encontro	0	04	07	12	01
Aplicabilidade do conteúdo	0	02	04	17	01
Cumprimento do programa	0	01	07	14	01
Palestrante: domínio do assunto	0	01	04	17	02
Palestrante: esclarecimento de dúvidas	0	01	03	17	03
Troca de experiência entre os participantes	0	04	06	13	01
Avaliação geral da atividade	0	02	07	15	0
Comentários: - fez uma introdução de toda a atividade; -esclareceu dúvidas; - falou de mudanças que estão acontecendo com as próprias participantes; "Foi muito bom pra mim, porque agora vou cuidar melhor da minha vida".					

Neste início do COFID, o encontro de rostos preocupados (como estará meu pai nesta minha ausência?), olhares curiosos, um sorriso tímido, outro apreensivo. Aqui a tentativa de iniciar uma conversa, acolá o assunto já ia longe (serão amigos de longa data?). Feitas as primeiras apresentações, a tensão foi sendo diluída.

A explicação geral sobre a atividade, a entrega da programação com uma breve apresentação de cada tema abordado, explicação das regras para o recebimento dos certificados, apostilas e localização dos sanitários e bebedouros.

Esse procedimento objetivou a diminuição da ansiedade e a motivação para a participação em todos os encontros.

A aproximação e o distanciamento entre o tema discutido, a vida do cuidador e a do idoso, são constantes em todos os encontros. Foram recorrentes os comentários que, as mudanças citadas no processo de senescência estavam

acontecendo com as próprias participantes, e as informações que, há atitudes que podem ser tomadas para as mudanças normais não se tornem patológicas, pode ajudá-las a terem um envelhecimento saudável.

Tabela XXXII: Avaliação do 2º encontro do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006)

TEMA: ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO CUIDADO E O AUTO CUIDADO					
Formulários respondidos: 30 ¹⁷					
ITENS	AVALIAÇÃO				
	Fraco	Regular	Bom	Muito Bom	Nulo
Assunto abordado	0	0	04	23	03
Duração do encontro	01	0	06	20	03
Aplicabilidade do conteúdo	0	0	05	23	02
Cumprimento do programa	0	0	03	24	03
Palestrante: domínio do assunto	0	0	02	25	03
Palestrante: esclarecimento de dúvidas	0	02	04	23	01
Troca de experiência entre os participantes	0	01	07	20	02
Avaliação geral da atividade	0	0	03	26	01
<p>Comentários: - tempo insuficiente; - percepção que outras pessoas vivenciam situações semelhantes; - tema emocionante; - esclareceu dúvidas; trouxe conhecimento sobre auto-estima; - ensinou como controlar o estresse;</p> <p>“Foi possível fazer uma auto avaliação dos meus sentimentos para com o idoso”. “Me fez ver o quanto estou sendo manipulada pelos meus familiares e o quanto isso me deixa estressada. Aprendi e vou mudar”.</p>					

Este encontro, ao abordar as emoções que envolvem as tarefas do cuidado, acabou permitindo que os sentimentos dos cuidadores, fossem aflorados. O choro aconteceu, mas assim como as edições anteriores do COFID, não foi registrado um emocionalismo vazio, a “lágrima pela lágrima”. Durante todo o tempo, buscou-se o reconhecimento da existência dos diversos sentimentos: carinho, afeto, raiva, amor, remorso, entre outros, suas motivações e formas para que pudessem ser vivenciados saudavelmente.

¹⁷ Foi permitido que alguns funcionários e familiares de associados participassem do COFID, sem serem inscritos, devido a indisponibilidade de participarem de todos os encontros. Por isso há alternância do número de formulários respondidos, às vezes superior ao número de inscritos..

Os cuidadores aprenderam sobre as armadilhas emocionais que os idosos ou outros familiares podem tecer para que ele seja aprisionado na atividade, mantendo assim, a harmonia do núcleo familiar. Puderam então, buscar formas de se libertarem dessas amarras ou reconhecê-las antecipadamente.

Tabela XXXIII: Avaliação do 3º encontro do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006)

Tema: PRINCIPAIS PATOLOGIAS QUE CAUSAM DEPENDÊNCIA					
Formulários respondidos: 27					
ITENS	AVALIAÇÃO				
	Fraco	Regular	Bom	Muito Bom	Nulo
Assunto abordado	0	01	03	20	03
Duração do encontro	0	0	07	18	02
Aplicabilidade do conteúdo	0	0	09	17	01
Cumprimento do programa	0	0	07	19	01
Palestrante: domínio do assunto	0	02	04	19	02
Palestrante: esclarecimento de dúvidas	01	01	05	18	02
Troca de experiência entre os participantes	01	04	05	16	01
Avaliação geral da atividade	0	0	06	19	01
Comentários: - tempo insuficiente; - trouxe informações interessantes; - esclareceu dúvidas; - facilitou a compreensão do idoso que é cuidado;					
“Trouxe informações importantes para a saúde do meu pai e minha também”.					

Nas edições anteriores do COFID, às 02 horas de duração do encontro, foram insuficientes para todas as informações e os esclarecimentos sobre as doenças mais comuns e formas adequadas de tratamento e manipulação de medicamentos. Nesta VII edição isso se repetiu.

Desde o primeiro dia, saberes errôneos sobre o envelhecimento foram sendo desconstruídos, mas neste encontro, isso foi mais acentuado, porque a ênfase na abordagem das doenças crônicas, não exclusivas dos idosos que,

embora incuráveis, são tratáveis, deixou claro que o esquecimento, o derrame ou a cegueira, não são “coisas de velho”.

Os participantes aproveitaram para tirarem dúvidas sobre a própria saúde.

Tabela XXXIV: Avaliação do 4º encontro do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006)

Tema: ADAPTAÇÕES AMBIENTAIS					
Formulários respondidos: 28					
ITENS	AVALIAÇÃO				
	Fraco	Regular	Bom	Muito Bom	Nulo
Assunto abordado	0	0	02	25	01
Duração do encontro	0	01	06	21	0
Aplicabilidade do conteúdo	0	01	07	20	0
Cumprimento do programa	0	02	04	20	02
Palestrante: domínio do assunto	01	0	05	22	0
Palestrante: esclarecimento de dúvidas	01	01	04	21	01
Troca de experiência entre os participantes	0	01	06	20	01
Avaliação geral da atividade	0	02	03	23	0
Comentários: - primeiro contato com um profissional terapeuta ocupacional; palestrante divertida e bem humorada; - trouxe novos conhecimentos sobre segurança dentro de casa; - tempo insuficiente;					
“Eu não sabia que minha casa representava um perigo tão grande para minha avó!”					

A palestrante utilizou a dinâmica do jogo dos 07 erros para abordar o tema. Apresentou fotografias de cada cômodo de uma residência, com inadequações de móveis e utensílios, que não preservavam a independência do idoso ou a realização dos cuidados com segurança.

O encontro tornou-se muito participativo, mas extrapolou o horário de término em 40 minutos, que causou um pequeno mal estar, pois um dos participantes reclamou muito.

Tabela XXXV: Avaliação do 5º encontro do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006)

Tema: AUXÍLIO NAS ATIVIDADES COTIDIANAS					
Formulários respondidos: 29					
ITENS	AVALIAÇÃO				
	Fraco	Regular	Bom	Muito Bom	Nulo
Assunto abordado	0	02	04	22	01
Duração do encontro	0	01	06	21	01
Aplicabilidade do conteúdo	0	0	05	23	01
Cumprimento do programa	0	0	06	21	02
Palestrante: domínio do assunto	0	0	07	22	0
Palestrante: esclarecimento de dúvidas	0	0	06	23	0
Troca de experiência entre os participantes	01	03	05	20	0
Avaliação geral da atividade	0	0	05	24	0
<p>Comentários: - tema explicado com detalhes; - complementou o assunto da aula anterior; ensinou como prevenir dor na coluna durante o banho do idoso; - palestrante paciente para responder as dúvidas; trouxe dicas importantes para o dia-a-dia;</p> <p>“Ajudou-me naquilo que eu mais tinha dúvida e ficava mais angustiada que era a hora do banho do idoso.”</p>					

Este encontro causou ansiedade nos participantes, porque perante o programa apresentado, temeram que o mal-estar do dia anterior se repetisse, e optaram por não fazerem o intervalo para o café.

Foi a primeira vez que a palestrante participou da atividade. Tendo sido orientada sobre o ocorrido, foi fazendo sua explanação com segurança e tranqüilidade. As AVDs: banho, hidratação, vestimenta, auxílio na alimentação e para caminhar e subir um lance de escada, foram explicadas e ilustradas com situações trazidas pelos próprios participantes, que foram tirando dúvidas e compartilhando experiências positivas. O intervalo do café pode ser realizado e foi mais um momento de integração dos participantes entre si e com a profissional.

Tabela XXXVI: Avaliação do 6º encontro do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006)

Tema: ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL					
Formulários respondidos: 26					
ITENS	AVALIAÇÃO				
	Fraco	Regular	Bom	Muito Bom	Nulo
Assunto abordado	0	01	06	19	0
Duração do encontro	0	01	08	16	01
Aplicabilidade do conteúdo	0	0	08	18	0
Cumprimento do programa	0	0	08	17	01
Palestrante: domínio do assunto	0	0	07	19	0
Palestrante: esclarecimento de dúvidas	0	0	06	18	02
Troca de experiência entre os participantes	0	04	07	14	01
Avaliação geral da atividade	0	0	07	19	0
<p>Comentários: explicação de forma clara e simples; - trouxe informações importantes para o idoso e para toda família;</p> <p>“Aprendi bastante, é um assunto que parece simples, mas que tem suas particularidades para cada organismo” .</p> <p>“Esta aula foi boa, mas o idoso não me obedece, não sei o que posso fazer para convencê-lo a comer” .</p>					

A nutricionista optou por abordar, a função dos nutrientes e pirâmide alimentar, a partir das mudanças na alimentação, necessárias no tratamento de 03 patologias: hipertensão arterial, diabetes e obesidade. O fato dessas 03 patologias, terem sido abordadas no tema “Principais patologias que causam dependência”, facilitou a compreensão do assunto. Além disso, a palestrante ensinou receitas fáceis e saborosas, para variações do cardápio diário.

Ao tratar das dietas enterais, foi preciso desmistificar o uso da sonda, atribuída pelos participantes como sinônimo de proximidade da morte. Nenhum dos idosos assistidos utilizava a sonda, por isso, os participantes não tinham familiaridade com ela.

Tabela XXXVII: Avaliação do 7º encontro do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006)

Tema: DISTÚRBIOS DE DEGLUTIÇÃO					
Formulários respondidos: 24					
ITENS	AVALIAÇÃO				
	Fraco	Regular	Bom	Muito Bom	Nulo
Assunto abordado	0	0	04	19	01
Duração do encontro	0	0	04	19	01
Aplicabilidade do conteúdo	0	0	03	20	01
Cumprimento do programa	0	0	03	20	01
Palestrante: domínio do assunto	0	0	03	20	01
Palestrante: esclarecimento de dúvidas	0	0	02	21	01
Troca de experiência entre os participantes	0	01	04	18	01
Avaliação geral da atividade	0	0	01	22	01
Comentários:- primeiro contato com um profissional fonoaudiólogo e com o termo deglutição;					
“Aprendi que um simples engasgo pode trazer problemas muito sérios”.					

A fonoaudióloga que participou das edições anteriores do COFID deixou a entidade às vésperas da realização da atividade, Aquela corrente de amigos utilizada na I edição para encontrar os profissionais, apesar das limitações, foi acionada, mas agora tínhamos a possibilidade de contratar um profissional. Apesar da referência de amigos, e comprovada experiência no atendimento de idosos dependentes, não obtivemos sucesso.

O tema foi abordado de forma muito técnica, a palestrante acabou fazendo referências ao câncer bucal, com orientações discrepantes da dentista da equipe do COFID, fato que somente foi percebido no encontro seguinte.

Tabela XXXVIII: Avaliação do 8º encontro do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006)

Tema: SAÚDE BUCAL	
Formulários respondidos: 26	

ITENS	AVALIAÇÃO				
	Fraco	Regular	Bom	Muito Bom	Nulo
Assunto abordado	0	0	05	21	0
Duração do encontro	0	0	06	20	0
Aplicabilidade do conteúdo	0	0	06	20	0
Cumprimento do programa	0	0	05	21	0
Palestrante: domínio do assunto	0	0	04	22	0
Palestrante: esclarecimento de dúvidas	0	0	04	22	0
Troca de experiência entre os participantes	01	01	04	20	0
Avaliação geral da atividade	0	0	04	22	0
<p>Comentários: - trouxe novos conhecimentos; - informações importantes para o idoso e toda família; - esclareceu dúvidas;</p> <p>“Gostei porque aprendi muitas coisas sobre dentadura que eu não sabia, eu e meu pai usamos dentadura”.</p>					

A palestrante desconhecendo as orientações fornecidas pela profissional do encontro anterior foi tecendo suas explicações sobre higiene oral e prevenção do câncer bucal. Quando indagada por um participante, reiterou seu posicionamento e foi informada que no dia anterior, a orientação havia sido exatamente contrária. Novos questionamentos foram surgindo e a questão implícita era: qual das profissionais estava certa?

A coordenadora do COFID foi chamada e reiterou as orientações da dentista, não apenas por ela estar presente naquele momento, mas por ser consensual nos eventos científicos, além de se tratar de uma profissional com longos anos de dedicação a entidade e estar participando da atividade desde a I edição.

Tabela XXXIX: Avaliação do 9º encontro do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006)

Tema: MOBILIZAÇÕES E TRANSFERÊNCIAS
Formulários respondidos: 27

ITENS	AVALIAÇÃO				
	Fraco	Regular	Bom	Muito Bom	Nulo
Assunto abordado	0	0	06	21	0
Duração do encontro	0	0	07	20	0
Aplicabilidade do conteúdo	0	0	05	22	0
Cumprimento do programa	0	0	07	19	01
Palestrante: domínio do assunto	0	0	03	24	0
Palestrante: esclarecimento de dúvidas	0	0	02	25	0
Troca de experiência entre os participantes	0	0	06	20	01
Avaliação geral da atividade	0	0	06	21	0
<p>Comentários:- superou as expectativas; esclareceu dúvidas; - a vivência foi interessante e importante; - esclareceu dúvidas, - trouxe dicas importantes para o dia-a-dia; - palestrante paciente para responder as dúvidas;</p> <p>“Esta aula foi de maior proveito, tanto na teoria como na prática”.</p> <p>“Foi uma complementação importante da aula da aula da terapeuta ocupacional e da enfermeira.” (4º e 5º encontros)</p>					

Semelhante às edições anteriores, a fisioterapeuta montou um quarto com características próximas a um quarto residencial. As técnicas para sentar, deitar, levantar e manipular o idoso foram explicadas, exemplificadas e treinadas, pois todos os participantes eram convidados a fazerem o que acabaram de ouvir e ver.

Como já estávamos no 9º encontro, já havia um entrosamento entre os participantes, que possibilitou uma vivência enriquecedora e divertida. As risadas podiam ser ouvidas ao longe

Ao final, os participantes foram divididos em duplas e a palestrante ensinou uma massagem que poderia ser aplicada tanto nos cuidadores, quanto nos idosos.

Tabela XL: Avaliação do 10º encontro do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (setembro de 2006)

Tema: ESTATUTO DO IDOSO E INSTRUMENTOS LEGAIS
Formulários respondidos: 26

ITENS	AVALIAÇÃO				
	Fraco	Regular	Bom	Muito Bom	Nulo
Assunto abordado	0	0	03	23	0
Duração do encontro	0	0	12	14	0
Aplicabilidade do conteúdo	0	0	06	17	03
Cumprimento do programa	0	06	03	17	0
Palestrante: domínio do assunto	0	0	0	26	0
Palestrante: esclarecimento de dúvidas	0	0	06	20	0
Troca de experiência entre os participantes	0	03	09	14	0
Avaliação geral da atividade	0	0	06	20	0
<p>Comentários: - primeiro contato com o Estatuto do Idoso; - esclareceu dúvidas; - ensinou como legalizar a situação do idoso;</p> <p>“As leis e a documentação é algo que precisamos lidar no dia a dia, faz parte do cotidiano”.</p>					

Último dia da atividade e após um encontro, tão dinâmico e bem humorado como foi “Mobilizações e transferências”, esse tema, apesar de difícil e repleto de pormenores acabou se tornando uma discussão enriquecedora sobre o Estatuto do Idoso, interdição e procuração.

Ao final, os participantes fizeram uma avaliação geral da atividade, receberam as apostilas, aqueles que compareceram em 07 encontros, receberam o certificado de participação. Houve depoimentos e uma grande confraternização com a equipe do COFID e demais funcionários da entidade.

Todos os participantes referiram que as expectativas em relação ao COFID foram atendidas, porque a atividade:

- Ensinou a importância de cuidar de um idoso;
- Esclareceu dúvidas;
- Proporcionou maior conhecimento sobre a saúde dos idosos;

- Conduziu os cuidadores a refletirem sobre o próprio envelhecimento;
- Trouxe conhecimento que facilita o cotidiano e o cuidador sente-se mais apto para realizar as tarefas;
- Ensinou que o cuidador precisa se cuidar também;
- Ensinou “jeitos” mais fáceis de realizar os cuidados;
- Ensinou a diferença entre carinho e piedade e,
- Propiciou uma nova possibilidade de colocação no mercado de trabalho.

Quanto ao espaço físico as pontuações continuavam sendo em relação ao barulho de outras atividades realizadas concomitantemente. O equipamento áudio-visual “data show”, recebeu muitos elogios, pois a clareza que dificultou a utilização nas edições anteriores foi resolvida pois a entidade havia colocado cortinas “black out” em todas as janelas. A limpeza e a organização, também foram aprovadas, o que ocorria desde a I edição.

Nos 04 meses seguintes, foi realizado o módulo de aprimoramento. Os membros do Grupo de apoio continuado foram convidados a participar, assim como os participantes das edições anteriores. Mas para prestação de contas da BF foram contabilizadas apenas as avaliações dos participantes da VII edição. Todos foram contatados, mensalmente, via correio (carta convite) e telefone, às vésperas da atividade.

Tabela XLI: Avaliação do 1º encontro do módulo de aprimoramento do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (outubro de 2006)

Tema: A AUTO ESTIMA DO CUIDADOR					
Formulários respondidos: 18					
ITENS	AVALIAÇÃO				
	Fraco	Regular	Bom	Muito Bom	Nulo
Assunto abordado	0	0	03	15	0

Duração do encontro	0	02	07	08	01
Aplicabilidade do conteúdo	0	0	0	18	0
Cumprimento do programa	0	0	03	15	0
Palestrante: domínio do assunto	0	0	0	18	0
Palestrante: esclarecimento de dúvidas	0	0	03	15	0
Troca de experiência entre os participantes	0	0	04	14	0
Avaliação geral da atividade	0	0	01	17	0
Comentários: “Tudo que eu ouço aqui me ajuda demais a me conhecer melhor e assim, mudar, poder cuidar melhor e ser mais feliz”. “Esse encontro chegou bem na hora que eu mais precisava porque estou passando por muita angústia”. “Percebi que estou certa de não abrir mão de sair para dançar”.					

O tema da auto estima foi brevemente abordado no módulo anterior, tema “Aspectos psicológicos do cuidado e o auto cuidado” e neste encontro foi possível aprofundá-lo.

Houve a sugestão de um serviço telefônico para tirar dúvidas que surgiam após os encontros, mas a entidade não contava com recursos humanos para a prestação deste serviço. Mas pensamos que, a socialização dos telefones dos participantes entre si, poderia auxiliar nestas situações. Essa sugestão foi feita no encontro seguinte e, aqueles que concordaram começaram a formar uma rede de apoio mútuo.

Tabela XLII: Avaliação do 2º encontro do módulo de aprimoramento do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (novembro de 2006)

Tema: DEPRESSÃO					
Formulários respondidos: 19					
ITENS	AVALIAÇÃO				
	Fraco	Regular	Bom	Muito Bom	Nulo
Assunto abordado	0	0	03	16	0

Duração do encontro	0	0	10	09	0
Aplicabilidade do conteúdo	0	0	06	13	0
Cumprimento do programa	0	0	08	11	0
Palestrante: domínio do assunto	0	0	03	16	0
Palestrante: esclarecimento de dúvidas	0	0	04	15	0
Troca de experiência entre os participantes	0	0	06	12	01
Avaliação geral da atividade	0	0	04	15	0
Comentários: “Foi ótimo porque tirou minhas dúvidas, pois eu achava que o que a minha avó tem é mau humor e agora vou procurar um médico pra saber se não é depressão”.					

Este é um tema complexo e a explanação dos diversos aspectos demanda tempo e requer paciência para o devido entendimento. A palestrante trouxe diversos exemplos e foi tecendo suas considerações a partir deles.

Com a abordagem desse tema, estereótipos do envelhecimento puderam ser desconstruídos, quer seja que todo idoso é deprimido ou que o envelhecimento e depressão caminham juntos.

Os cuidadores participaram ativamente, fazendo perguntas e trazendo relatos de experiências pessoais e do cuidado diário.

Tabela XLIII: Avaliação do 3º encontro do módulo de aprimoramento do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (dezembro de 2006)

Tema: SÍNDROMES DEMENCIAIS					
Formulários respondidos: 19					
ITENS	AVALIAÇÃO				
	Fraco	Regular	Bom	Muito Bom	Nulo
Assunto abordado	0	0	0	19	0

Duração do encontro	0	03	05	07	03
Aplicabilidade do conteúdo	0	0	09	10	0
Cumprimento do programa	0	0	07	12	0
Palestrante: domínio do assunto	0	0	02	17	0
Palestrante: esclarecimento de dúvidas	0	0	03	13	03
Troca de experiência entre os participantes	0	0	03	14	02
Avaliação geral da atividade	0	0	0	17	02
Comentários: “Eu achava que esclerose era coisa normal em velho, hoje eu aprendi que não é”.					

Este encontro começou de forma angustiada. Existem idéias pré-concebidas que o vinculam ao envelhecimento, como por exemplo: “esquecimento e esclerose são coisas de velho”. Além disso, muitos idosos, assistidos pelos cuidadores participantes, tinham diagnósticos de doença de Alzheimer. Mal o encontro foi iniciado e muitas eram as perguntas. Muitos cuidadores falando ao mesmo tempo.

A palestrante que, conhecia o grupo do encontro anterior, utilizou as dúvidas apresentadas para ir fazendo os esclarecimentos e orientações necessárias. Passado esse momento de euforia, o tema pode ser abordado com a tranquilidade costumeira.

Houve ênfase nos esclarecimentos quanto às formas mais adequadas de lidar com idosos que apresentam alterações de comportamento.

Tabela XLIV: Avaliação do 4º encontro do módulo de aprimoramento do VII Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes (fevereiro de 2007)

Tema: PSICOLOGIA DA MORTE E CUIDADOS PALIATIVOS					
Formulários respondidos: 16					
ITENS	AVALIAÇÃO				
	Fraco	Regular	Bom	Muito Bom	Nulo
Assunto abordado	0	0	05	11	0

Duração do encontro	0	01	07	06	02
Aplicabilidade do conteúdo	0	0	04	11	01
Cumprimento do programa	0	0	06	10	0
Palestrante: domínio do assunto	0	0	0	16	0
Palestrante: esclarecimento de dúvidas	0	0	03	13	0
Troca de experiência entre os participantes	0	0	07	09	0
Avaliação geral da atividade	0	0	02	12	02
Comentários: “A palestrante falou da morte de um jeito tão bonito, que pareceu poesia”. “Chorei muito, não gosto de pensar que minha mãe vai morrer”.					

Nos dias que antecederam o encontro, logo após os cuidadores terem recebido a carta convite, recebemos muitos telefonemas para confirmação do tema:

- Vamos falar sobre morte? Que horror!
- Que assunto triste.
- Um assunto necessário. – era que o que respondíamos.

No dia houve um público menor que nos encontros anteriores. Embora o grupo já se conhecesse bem, havia um silêncio revelador de uma ferida que não se quer mexer: o medo da morte.

Neste dia, contamos com 02 palestrantes: um médico e uma psicóloga de uma equipe de cuidados paliativos¹⁸.

O palestrante iniciou dizendo que não daria uma palestra, iria contar histórias. E assim o fez, utilizando-as para dizer que sempre há o que ser feito para aliviar o sofrimento das pessoas, mesmo quando a cura da doença não seja possível.

¹⁸ Cuidados paliativos: assistência cujo objetivo é aliviar o sofrimento (físico, psicológico e espiritual) e o desconforto das pessoas.

Os cuidadores foram envolvendo-se com o tema e já davam risadas e se emocionavam com os relatos do médico.

Na seqüência, a psicóloga falou sobre perda, espiritualidade e as fases do luto. Em muitos momentos, os cuidadores foram às lágrimas, mas assim como acontece no tema “Aspectos psicológicos do cuidado e o auto cuidado”, não ocorreu um emocionalismo vazio de sentido ou significados.

Ao final, os participantes fizeram uma avaliação geral do módulo de aprimoramento e receberam a apostilas; aqueles que compareceram em 03 encontros, receberam o certificado de participação. Houve confraternização com a equipe do COFID e demais funcionários da entidade.

No mês seguinte, as reuniões do Grupo de apoio continuado retomaram a sua rotina.

A leitura atenta dos comentários dos participantes foi um momento muito especial. A atividade atendeu as expectativas por que:

- Auxiliou os idosos a serem felizes;
- Ajudou a melhorar o relacionamento entre idoso e cuidador
- Utilizou termos técnicos de forma simples;
- Beneficiou idosos e cuidadores e,
- Despertou a vontade para o trabalho voluntário.

Esses comentários evidenciam que o módulo de Aprimoramento enriqueceu o COFID, que por sua vez, conseguiu abarcar os principais sujeitos do envelhecimento com dependência: o idoso e o cuidador, ambos foram assistidos, o que nos faz ousar pensar que a missão do GV – B estava sendo concretizada, afinal colaborar para que idosos e cuidadores sejam mais felizes, eis o nosso desafio e a nossa motivação.

Após a realização do 2º encontro do módulo de Aprimoramento, em novembro de 2006, elaboramos o primeiro relatório de prestação de contas para a BF. A origem norte-americana da matriz do relatório trouxe muitas tabelas e gráficos e serem preenchidos.

Tabela XLV: Prestação de contas para BrazilFoundation (novembro de 2006)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PLANEJADAS	ATIVIDADES REALIZADAS	RESULTADOS VERIFICADOS	PESSOAS ENVOLVIDAS
Orientar sobre os diversos aspectos envolvidos no cuidado cotidiano	- Módulo de iniciação (10 encontros consecutivos);	- Módulo de iniciação (10 encontros consecutivos);	Cuidadores orientados quanto à assistência nas principais AVDs-, auto cuidado e aspectos legais	27 participantes; 03 profissionais convidados; 15 funcionários da entidade
Esclarecer as dúvidas quanto as principais dificuldades vivenciadas no dia a dia	- 1º encontro do Módulo de Aprimoramento (mensal)	- 1º encontro do Módulo de Aprimoramento (mensal)	Formação de um espaço para troca de experiências entre os cuidadores e os profissionais	
Permitir a troca de experiências entre os familiares e os profissionais			Participantes orientados sobre o auto cuidado, fator determinante para que não adoeçam no futuro.	
Melhorar a qualidade de vida do idoso			Participantes não cuidadores familiares com nova perspectiva de inserção no mercado de trabalho	
Melhorar a qualidade de vida do familiar cuidador e demais membros da família				

Durante todo o convênio com a BF, todos os prazos, para entrega dos relatórios e planilhas de prestação de contas, foram cumpridos, o que resultou em inúmeros elogios à organização do GV – B.

Enfim, cheguei ao final dessa “caçada de mim”, o que não significa que o mesmo tenha ocorrido com o COFID, porque atualmente o GV – B continua realizando-o, não mais em parceria com a BF, mas com o imprescindível apoio da empresa Northgate Arinso, que atua no ramo de recursos humanos. Guardo a esperança de ter explicitado que o COFID foi construído, na mesma medida e ao mesmo passo, que foi realizado. Foi uma construção coletiva, com os profissionais do GV – B e os cuidadores familiares que, ousaram sair da aparente segurança das residências, para participar da atividade e acreditar que sempre há algo a ser aprendido.

CAPÍTULO IV

ENSAIO REFLEXIVO DA PRÁTICA PROFISSIONAL NA EDUCAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE IDOSOS

Entrar pelo território da dependência, constitui tocar o mais profundamente humano, simultaneamente grandioso e trágico.
(QUARESMA 2004 p. 49)

Há quem diga que é necessário um distanciamento daquilo que se pretende analisar. Há outros que falam da impossibilidade de tal distanciamento, ou até mesmo da sua desnecessidade. O que eu sei é que, depois de me caçar e me encontrar nas lembranças e na documentação das 07 edições do COFID – ciclo de orientação a familiares dependentes, quero apenas partilhar algumas inquietações sobre essa experiência, para que o relato não se esgote em si mesmo, o que aos meus olhos não roubaria toda sua riqueza, mas o deixaria incompleto.

Inicialmente quero pontuar que coordenar o COFID, nunca foi à única função por mim desempenhada no GV – B – Grupo Vida - Barueri. Atuei durante todo o tempo, nos 02 CCs – centros de convivência e na unidade residencial, com diferentes ações individuais ou coletivas, pontuais ou estendidas por longos períodos.

A prática do assistente social é diversificada e multifacetada; exige portanto formação e conhecimentos que contemplem a mediação entre as instâncias macro e micro explicativas e interventivas da ação profissional (RODRIGUES, 1999, p. 42).

Dentre as principais funções, quero destacar:

- Orientação ao idoso, associado ou não e a comunidade, quanto às legislações pertinentes a esse segmento etário (INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social, Estatuto do Idoso, LOAS – Lei orgânica de assistência social, etc) e recursos sociais do município;
- Acompanhamento dos encaminhamentos realizados a outras instituições até sua fase conclusiva, principalmente os referentes a requerimento de benefícios e regularização dos direitos civis;

- Atendimento das solicitações de freqüência especial¹ e acompanhar os freqüentadores especiais nas diversas atividades;
- Reunião de inserção dos novos integrantes;
- Reuniões com familiares;
- Atendimento das solicitações de vaga para o GVR – Grupo Vida Residência;
- Visita domiciliar;
- Reuniões com os responsáveis pelos idosos institucionalizados;
- Desenvolvimento de projetos voltados à divulgação dos direitos dos idosos;
- Supervisão de estágio em serviço social;
- Palestras no GV - B e outras entidades e,
- Representação da entidade no conselho municipal de direitos da pessoa idosa.

Muitas vezes, era como um malabarismo, aquele que equilibra muitas bolinhas coloridas, nenhuma delas podia cair, mas, ora doía o braço mantê-las no alto, ora era muito prazeroso vê-las dançando pelos ares. Às vezes era preciso um braço amigo, outras vezes não era possível.

O projeto do COFID que deveria ser a maior e melhor diretriz da atividade, foi sendo alterado ao longo de 07 edições, o que revela o amadurecimento e a legitimação entre as atividades oferecidas pela entidade.

No 1º projeto, a finalidade explicitava a formação de um grupo de cuidadores, que possibilitasse a troca de experiências e o acesso a informações sobre como auxiliar os idosos. Posteriormente, a finalidade trouxe limitação quanto ao público alvo, o que não é uma das suas funções e sim dos critérios de elegibilidade, aos familiares dos associados incapacitados de freqüentarem os CCs, mas avançou ao buscar a concretização da missão da entidade, mantendo-se, porém, atrelada a formação de um grupo coeso e a preocupação com o cotidiano dos cuidados. Apenas após 02 anos de realização da atividade, a finalidade desta conseguiu tornar-se clara, não estando mais restrita aos associados, e buscando tão somente

¹ Freqüência especial esta voltada a pessoas da comunidade (idosos ou não), com indicação de um profissional de saúde para participar de uma atividade oferecida pelo GV – B, sem tornar-se associado da entidade. Ex: usuários idosos do CRATOD – Centro de referência de álcool, tabaco e outras drogas.

garantir-lhes qualidade de vida e a defesa da cidadania, ou seja, mantendo-se atrelada a missão do GV – B.

Tabela XLVI: Finalidades dos projetos dos Ciclos de orientação a familiares de idosos dependentes (período: 2004 a 2006)

EDIÇÕES		
I e II	III, IV, V e VII	VII
Oferecer, aos familiares de idosos dependentes, residentes no município de Barueri, um espaço de orientação e troca de experiências sobre os cuidados necessários nas diversas atividades cotidianas e os impactos causados na dinâmica familiar com o advento desta nova situação	Concretizar a missão do GV– B, junto aos idosos que não podem freqüentar os CCs e não serão incluídos no quadro de moradores do GVR, oferecendo aos familiares cuidadores um espaço de: <ul style="list-style-type: none"> - orientação sobre os diversos aspectos envolvidos no cuidado cotidiano; - esclarecimento de dúvidas quanto as principais dificuldades vivenciadas no dia a dia; - troca de experiências sobre os impactos causados na dinâmica familiar com o advento desta situação, e - Auxílio na busca de uma nova significação para essa tarefa. 	Concretizar a missão do GVB – Grupo Vida – Barueri junto aos idosos que são dependentes para as AVDs e que não podem ser incluídos no quadro de moradores do GVR

A missão de uma entidade é o seu horizonte, o fim último de todas as suas ações. O GV – B tem como missão “promover a defesa dos direitos de cidadania do idoso, valorizando o envelhecimento e a qualidade de vida”. O que determina que o COFID deve ter a qualidade de vida dos participantes e idosos assistidos como sua finalidade. O que de fato ocorre.

O anseio pela qualidade de vida está presente em inúmeras instituições e em diversas situações, tornando-a quase um slogan e um sinônimo de bom trabalho social, o que acaba por atribuir-lhe diversos significados.

A “Qualidade de Vida” ganha conteúdo político e apresenta-se como um objetivo de debate entre grupos, representando um dilema social (ALBUQUERQUE, 2008, p. 70).

Mas para esse exercício metodológico para o qual nos propomos, seria importante termos um conceito de qualidade de vida. Eis um grande desafio, pois muitas são as definições atuais e nenhum é o consenso.

A sua difusão tem sido tão popular em todo o mundo, que ainda não existe consenso, do ponto de vista acadêmico, na aceitação de única definição (IDEM p. 72).

A busca pela mensuração da percepção das pessoas sobre suas próprias vidas, data a década de 60 do último século. Muitos países que implantaram políticas de bem estar social, passaram a buscar avaliações subjetivas da experiência de vida das pessoas e os significados atribuídos a essas experiências, tendo como indicadores: satisfação, bem estar e felicidade. E desde então, o conceito de vida que cada pessoa possui é o que influencia diretamente na avaliação que ela faz de sua qualidade de vida, o que torna o conceito abstrato e pertencendo ao universo ideológico.

Observa-se através da variedade de definições dos componentes de “Qualidade de Vida” que, em geral, elas englobam o campo econômico e uma vasta lista de necessidades, recursos e valores individuais, até a consideração de preocupações, problemas e objetivos societários que conformam a política social (IDEM p. 73).

Na gerontologia predominam as associações entre qualidade de vida, satisfação e atividade, ou seja, o julgamento dos idosos sobre sua funcionalidade física, social e psicológica,

Tais julgamentos são afetados pelas condições objetivas de saúde física, pela renda e pela dimensão, proximidade e funções da rede de relações sociais (IDEM p. 80).

Na impossibilidade de uma conceituação e no tocante às ações desenvolvidas pelo GV – B e, mais especificamente, para a realização do COFID entende-se que melhorar a qualidade de vida do idoso, trata-se da diminuição das intercorrências clínicas e internações, uso adequado da medicação, manutenção das capacidades intelectuais e motoras, entre outros fatores. Melhorar a qualidade de vida do familiar cuidador e dos demais membros da família, diz respeito à diminuição da referência de estresse e cansaço, melhoria na qualidade do sono, diminuição de doenças, etc.

Quanto à cidadania, também expressa na missão do GV – B, ela torna-se inexistente se apartada do atendimento das necessidades básicas e garantia da dignidade, o que não nos deixa dúvidas em afirmar que, o COFID corrobora para a construção da cidadania dos idosos dependentes.

O objetivo geral, ao caminhar da formação de um grupo, passando por uma preocupação em auxiliar o cuidador a tornar-se capaz de realizar as atividades que precisa realizar, seja qual for o motivo que o levou a assumir a tarefa, e aproximar-se de uma ação educativa, não busca um puro treinamento técnico, mas muito além disso, deixa claro o reconhecimento de que os cuidadores são detentores de um saber sobre o cuidado ao idoso, que pode ser ampliado e aperfeiçoado.

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua produção ou construção (...). quem ensina, aprende ao ensinar e quem aprende, ensina ao aprender (FREIRE, 1996, p. 22-3).

Tabela XLVII: Objetivos gerais dos projetos dos Ciclos de orientação a familiares de idosos dependentes (período: 2004 a 2006)

EDIÇÕES		
I e II	III, IV, V e VI	VII
Formar um grupo de familiares cuidadores de	Instrumentalizar os familiares cuidadores	Ensinar os familiares dos idosos dependentes a

idosos para a vinculação de informação sobre saúde, visando melhorar o cuidado para com o idoso	para prestarem cuidado ao idoso	prestar-lhes assistência e cuidados
---	---------------------------------	-------------------------------------

Nas edições I e II, os objetivos específicos permaneceram atrelados a uma grande preocupação com a formação de um grupo e o entrosamento entre os participantes, pois só há troca de experiência quando há identificação dos membros entre si e com o grupo. Foi utilizada uma expressão muito vaga, errônea até, “formar um espaço de orientação”, porque espaços dessa natureza não são formados por uma simples determinação, são construídos paulatinamente pelos próprios participantes, pois é preciso que sejam e sintam-se acolhidos e, juntos, possam construir laços de confiança.

Na segunda elaboração do projeto, houve uma restrição do público alvo e uma tentativa de aproximar o COFID da missão da entidade, a preocupação com a capacitação dos profissionais para ministrarem palestras deveu-se ao fato que, as restrições orçamentárias, impediam a contratação de profissionais, era preciso contar com profissionais do GVR e nem todos tinham perfil, facilidade ou interesse por esse tipo de atividade.

Apesar dos participantes avaliarem positivamente todos os encontros, algumas posturas profissionais precisavam ser melhoradas (respeito ao horário de início e término da atividade, adequação da linguagem técnica e exemplos ilustrativos para facilitar a compreensão, entre outros aspectos). Mas, talvez, esse objetivo não devesse ser do projeto em si, cujo público alvo é o cuidador familiar, algo que não foi alterado desde a sua implantação.

Já na sua 7ª edição, estando o projeto mais alicerçado na educação, os objetivos específicos propuseram que o COFID orientasse e sanasse dúvidas pertinentes aos cuidados, o que não retirou a valorização da experiência e dos conhecimentos dela acumulados pelo cuidador, mas possibilita que possam ser enriquecidos e recriados.

Inexiste validade no ensino de que não resulta um aprendizado em que o aprendiz não se tornou capaz de recriar ou refazer o que foi ensinado (...), nas condições de verdadeira aprendizagem, os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado (IDEM, 1996, p. 24-6).

Aqui os objetivos específicos mantiveram-se atrelados à missão da entidade, mas principalmente no que se refere à qualidade de vida, sem menção a cidadania. A preocupação com a formação de um espaço de troca de experiência não foi excluída, e realmente não deveria ser, mas já não era a única. Foi utilizado o verbo criar para tentar expressar que, o que se buscava era a construção de um espaço de troca de experiências.

Tabela XLVIII: Objetivos específicos dos projetos dos Ciclos de orientação a familiares de idosos dependentes (período: 2004 a 2006)

EDIÇÕES		
I e II	III, IV, V e VI	VII
Formar um espaço de orientação quanto aos cuidados necessários para com os idosos dependentes para as atividades cotidianas;	Melhorar a qualidade de vida do idoso e do familiar cuidador;	Orientar sobre os diversos aspectos envolvidos no cuidado cotidiano;
Fortalecer os vínculos entre o GV - B os familiares dos idosos atendidos pelo serviço;	Fortalecer os vínculos entre o GV – B e os familiares dos idosos associados e que não podem freqüentar os CCs;	Esclarecer as dúvidas quanto as principais dificuldades vivenciadas no dia a dia;

Permitir a troca de experiências entre os familiares e os profissionais da entidade	Permitir a troca de experiências entre os familiares e os profissionais da entidade e convidados, e	Criar um espaço de troca de experiências sobre os impactos causados na dinâmica familiar com o advento da dependência do idoso;
	Capacitar os profissionais da entidade para ministrar palestras	Permitir a troca de experiências entre os familiares e os profissionais da entidade e convidados;
		Melhorar a qualidade de vida do idoso, e
		Melhorar a qualidade de vida do familiar cuidador e dos demais membros da família.

4.1 **O I COFID: buscando dar concretude a uma inquietação**

Mesmo desconhecendo os caminhos que seriam trilhados pelo COFID, desde seu início o encaminhamento de um cuidador familiar foi feito com muita cautela, observando o momento que a família estava vivenciando dentro do processo do cuidado (fase do impacto da nova situação do idoso e reorganização do núcleo familiar, consolidação dos cuidados ou proximidade da finitude) para que suas necessidades pudessem ser atendidas pela atividade. Por exemplo: uma família que estava na eminência do falecimento do idoso, certamente pouco se beneficiaria de uma atividade pautada nas AVDs, pois ela estava vivenciando um momento de despedida, no qual o subjetivo impera sobre o objetivo.

Uma segunda preocupação presente em todo processo, era que, ao apoiar, incentivar e colaborar para a manutenção do idoso no âmbito da família, não se buscou isentar o Estado de garantir os direitos sociais aos idosos. O COFID poderia beneficiar muitas pessoas, e almejamos por isso, mas em nenhum momento, seria capaz de suprir a necessidade de implementação de políticas públicas de atenção ao idoso dependente e ao cuidador, com serviços que alcancem a universalidade.

Perante a minha empolgação para implantar o COFID, considerei correta a decisão de alocá-lo no projeto Acolhimento e não no Educativo Cultural, hoje pondero que a locação de uma atividade na estrutura organizacional, deve ser coerente com a proposta de cada programa e projeto e não atrelada ao profissional que a idealizou, pois isto está diretamente vinculado à disponibilidade de recursos, que faltou no início dessa trajetória, principalmente para a contratação de palestrantes.

A incompatibilidade entre os períodos de inscrições das primeiras edições do COFID e o calendário de compras da entidade, mostram que a atividade foi incluída no calendário, sem ser incorporada à dinâmica dos setores administrativos da entidade.

4.2 **O II COFID: esboço do manual de procedimentos**

Inicialmente, a tentativa de padronizar os procedimentos necessários para a realização do COFID foi motivada pelo acúmulo de outras atividades realizadas concomitantemente, principalmente a regularização da documentação dos idosos residentes no GVR, que não contavam com nenhum respaldo familiar, e às vezes nem sequer com a própria cognição, perdida em virtude de alguma síndrome demencial. Alguns nunca haviam tido uma certidão de nascimento, outros perderam todos os documentos, antes do abrigamento e era imprescindível trazê-los a existência civil, o que demandava muito tempo, pois era um verdadeiro quebra-cabeça a ser montado: descobrir a naturalidade, buscar informações no cartório local, contatar o Ministério Público, entre outras ações.

Uma outra motivação foi a preocupação com a continuidade da atividade, caso a atual coordenadora não pudesse realizá-la por qualquer motivo, por considerá-la muito importante, não queria que ela acabasse se eu me ausentasse da entidade.

Mas essa iniciativa não obteve seu pleno êxito porque esse material não se tornou um documento da entidade, acabou ficando restrito aos arquivos do serviço

social. Tiveram contato com ele, apenas os pares mais próximos, não ganhando visibilidade perante toda equipe de atendimento ao idoso.

4.3 **O III COFID: nova diretriz, antigos desafios**

Os encontros com todos os funcionários para a discussão do conceito de cidadania tiveram um alcance muito maior do que o esclarecimento do conceito em si, porque possibilitaram que os funcionários das 03 unidades pudessem se conhecer melhor e a partir disso começarem a formar um grupo mais coeso. Além disso, essa iniciativa teve 02 frutos:

- “Estatuto do Idoso para crianças”, atividade realizada anualmente com os netos dos idosos, para que eles possam aprender, de forma lúdica (quebra cabeças, teatro, pintura, palavras cruzadas, música e dança) os princípios norteadores da lei e,
- Encontros mensais entre os funcionários para comemoração de aniversários.

Tabela XLIX: Consenso dos funcionários do GV – B sobre os princípios fundamentais do Estatuto do Idoso (2005), presentes no conceito de cidadania

PRINCÍPIOS	DEFINIÇÃO
Respeito	Conjunto de atitudes de cuidado para com os Idosos
Vida	Garantia das condições necessárias para uma boa existência ²
Individualidade	É o que particulariza e distingue uma pessoa das demais.
Autonomia	Capacidade de tomar decisões e gerir sua própria vida, com segurança para si e os outros
Integridade	Respeito aos costumes, modo de falar, agir, vestir-se, ...
Dignidade	Respeito que a pessoa merece pelo que ela é e não pelo que possui.
Participação	Solidariedade com as dificuldades de outra pessoa que conduz a uma atitude para ajudá-la a superar essas dificuldades
Seriedade	Acordo entre as leis e a justiça.

² Entendido como: casa com condições adequadas de habitabilidade; alimentação em quantidade e qualidade necessárias para cada fase da vida; serviços e atendimentos para manutenção e recuperação da saúde; acesso a meios de transporte e atividades culturais e de lazer.

Todos os participantes do III COFID, cuidadores formais ou informais, são mulheres, o que mostra a consonância com as pesquisas sobre o tema, entre elas: RAMOS (1991), KARSCH (2004) e SANTOS (2006).

A predominância da religião protestante (20 num total de 28) é uma das peculiaridades do município de Barueri, observada ao longo da trajetória no GV – B.

A presença de cuidadores formais (09 num total de 28) não encaminhados pelo SAMEB ou pessoas que ainda não desempenhavam a função (09 num total de 28), mas tinham interesse de se inserirem nessa área, passou a ser constante nas demais edições da atividade, pois o COFID, começou a ser visto como um facilitador para uma colocação no mercado de trabalho, principalmente para o atendimento domiciliar na região de Alphaville, área nobre do município.

Posteriormente, a entidade passou a ser uma referência para a indicação desses profissionais. Este fato, não está contemplado nos objetivos do COFID, mas não lhe traz demérito, muito pelo contrário, complementa seus anseios de contribuir para a manutenção dos idosos no âmbito da família, recendo cuidados de boa qualidade. Além disso, o fato do curso ser gratuito e procurado por essa população, é um indicativo do atual quadro de desregulamentação do mercado de trabalho, no qual as pessoas precisam buscar novas colocações, sem que tenham recursos próprios para investirem em capacitação profissional. Mas, vale ressaltar que o COFID não é e nem pretende ser um curso profissionalizante, o que é constantemente esclarecido tanto para os participantes, quanto para os familiares interessados na contratação de um profissional.

Os participantes referiram serem alfabetizados, um número significativo com ensino médio completo e ensino superior (21 num total de 28), o que não ocasionou alteração na forma de apresentação do conteúdo da apostila, que possuía poucas ilustrações e muito texto.

As atividades que os idosos necessitavam de auxílio, foram às mesmas do levantamento feito nas solicitações de vaga no GVR no período de 2000 a 2003, exceto cuidar da aparência e vestir-se, que não foram referidas.

Ir as UBSs para divulgar o COFID, foi importante para conhecê-las e iniciar uma rede de apoio ao idoso. Essa vivência, somada as queixas apresentadas pelos idosos, resultou num documento apresentado ao CMDI – Conselho municipal dos direitos da pessoa idosa e ao SAMEB – Serviço de assistência médica de Barueri, que colocou na pauta das discussões a espera dos idosos por uma consulta com clínico geral que ultrapassava 90 dias.

Uma participante registrou na avaliação final, “sem conhecimento cuidei do meu pai que estava com câncer, e acabou de falecer, se tivesse tido esse curso antes, teria sido mais fácil pra mim”. O fato de estar participando do COFID, mesmo após a morte do idoso, mostra que ela ainda estava vinculada à atividade, mas também nos indica que o conteúdo dos encontros tinha aplicabilidade no cotidiano, estava próximo a necessidade dos cuidadores.

4.4 O IV COFID: aproximação e distanciamento do público alvo

A impossibilidade de realizar pessoalmente a divulgação da atividade nas UBSs – unidades básicas de saúde configurou-se numa possibilidade de socialização de outro procedimento para a realização do COFID, e não de centralização das ações. A inclusão da estagiária de serviço social nesse processo enriqueceu as reuniões de supervisão com discussões sobre a construção de redes de apoio ao idoso. Além disso, em diversos atendimentos dos CCs, era preciso encaminhar o idoso associado a uma UBS e passamos a ter maior êxito quanto mais conhecíamos o funcionamento e os funcionários das unidades.

O Grupo de Apoio Continuado aos cuidadores de idosos é um subproduto do COFID que realmente constituiu-se como um espaço político sobre o envelhecimento com dependência. Além de trocarem experiências sobre os sucessos e dificuldades do cuidado cotidiano, os participantes foram discutindo outras questões que permeiam o envelhecimento com dependência e foram marcando presença em importantes espaços políticos como o conselho municipal de direitos da pessoa idosa. No ano de 2006, uma participante desse grupo foi uma das

delegadas municipais para as conferências regional e estadual dos direitos da pessoa idosa, cujo tema foi “RENADI – Construindo a rede nacional de proteção e defesa da pessoa idosa”.

4.5 **V COFID: a edição compacta**

Para a tomada de decisão quanto realizar ou não o COFID num menor número de encontros, que necessariamente causaria a eliminação de alguns temas, a maior preocupação foi com a manutenção da atividade no cronograma da entidade, sendo que deveria ser com a perda ou não da qualidade da atividade.

Os temas foram retirados segundo a indisponibilidade de profissionais para ministrá-los, o que de certa forma, foi um facilitador para essa tomada de decisão, mas não foi uma garantia para que essa edição do COFID mantivesse a lógica entre os encontros semelhantes às edições anteriores. Como falar das principais dificuldades sem explicar quais são as suas prováveis causas? A avaliação positiva dos participantes não auxiliou para o encontro da resposta dessa questão, porque eles gostaram dos temas, teriam também os compreendidos?

Após essa experiência e, essa insegurança quanto a manutenção da qualidade da atividade, foi acordado com a coordenação de atendimento ao idoso, a chefia imediata, que o COFID teria a mesma prioridade que as demais atividades da entidade e que para cada edição seriam necessários 10 dias consecutivos.

4.6 VI COFID: adolescentes invadem a atividade

Uma das preocupações recorrentes da entidade é a questão da intergeracionalidade, por isso, as atividades do projeto Lazer Cultural, principalmente as festas e os bailes, incentivam a participação dos familiares dos idosos, especialmente os netos e bisnetos.

Incluir jovens no COFID nunca foi um objetivo, mas essa oportunidade foi entendida como um desafio, porque se a finalidade do projeto abarcava os impactos causados na dinâmica familiar, esclarecer outros membros que compõem essa dinâmica sobre o que é o cuidado e o cuidador do idoso dependente, mostrou-se como uma possibilidade alcançar essa finalidade. Mas eu não tinha (e ainda não tenho) nenhuma experiência com esse público, por isso, recorri a outras assistentes sociais para indicação de dinâmicas e formas de abordagens.

Ao configurar-se como um espaço de reflexão e aprendizagem sobre o processo de envelhecimento de familiares e outras pessoas do convívio diário, e do cuidado que cabe a cada um perante esses idosos, o COFID contribui para a construção de uma nova concepção sobre o envelhecimento, com a qual estereótipos e preconceitos podem ser desconstruídos e novas relações reconstruídas.

4.7 O VII COFID: a parceria entre o Grupo Vida – Barueri e a BrazilFoundation

Esta foi a primeira vez que a entidade participou de um processo seletivo para financiamento de uma atividade, até o momento todo o recurso era oriundo de parceria com o setor público nas esferas municipal, estadual e federal. Por isso, a elaboração da documentação exigida para o processo avaliativo, envolveu outros setores da entidade: desenvolvimento institucional da entidade, responsável pela captação de recursos; financeiro, para elaboração das planilhas orçamentárias e, compras, para a cotação dos recursos materiais. Foi um trabalho coletivo que demonstrou o empenho de toda equipe para com o COFID.

Além disso, a oportunidade de readequar o projeto foi muito importante para o amadurecimento da atividade, ao desvincular os idosos assistidos pelos cuidadores participantes, da associação do GV-B. e para tornar explícito sua intenção de educar para os cuidados, que inclui o ensino e a partilha dos conhecimentos adquiridos pela vivência, assim como as emoções e as forma mais adequadas de expressá-las.

Precisamos escolher uma área para a inscrição do projeto: educação, saúde, direitos humanos, cidadania e cultura. O GV – B atua na assistência social, que não estava contemplada. Após essa readequação, ficou explícito o caráter educativo do COFID, porém, após pesquisas sobre os projetos aprovados em anos anteriores, inscrevemos o COFID na área da saúde, por entendermos que havia maiores chances para a aprovação.

Quando o COFID foi contemplado com o convênio com BF, um novo horizonte de desafios e conquistas se abriram para a atividade e a entidade. Ações planejadas ou apenas sonhadas, e não realizadas por falta de recursos poderiam ser concretizadas. Mas algumas precisariam ser revistas, como a ampla divulgação do COFID, que acabou, por fim, acontecendo, quando na verdade, os 02 anos completados de realização da atividade, já eram sua melhor forma de divulgação.

Com a atividade já conhecida no município, a colocação de faixas, distribuição de cartazes e panfletos, o VII Ciclo contou com 44 inscrições, porém, embora estivéssemos pela 1º vez com possibilidade real de atingirmos a antiga meta de 30 participantes, optamos por priorizar os cuidadores (formais ou informais), mas alguns interessados, não cuidadores, puderam participar, como os encaminhados pelos CMDPI – Conselho municipal de direitos da pessoa idosa.

Um outro desafio foi a elaboração e o monitoramento das planilhas de gastos, realizada em parceria com o setor financeiro e a coordenação de desenvolvimento institucional. Segundo o contrato, a prestação de contas deveria ser feita a cada 03 meses. Notas fiscais de gêneros alimentícios, material de escritório, cotação de preços, RPA - Recibo de Pagamento de Autônomos, controle de estoque... Novas habilidades precisaram ser aprendidas e desenvolvidas. Horas ao telefone, planilhas no Excel, calculadora em punho, conversas, discussões, uma

vontade imensa de sair correndo. A sensação era de afastamento do objetivo principal, que era ensinar o cuidador familiar a prestar assistência ao idoso dependente. Parecia que iríamos ser engolidas por papéis. Mas ao passo que dominávamos as novas tarefas, tudo foi voltando à calmaria caótica de antes.

A nova ficha de inscrição com dados sobre o cuidador e o idoso, foi um aperfeiçoamento daquela que já vinha sendo utilizada, mas que nem sempre era devidamente preenchida. Os dados objetivavam manter os temas em consonância com as dificuldades referidas pelos participantes, mesmo que para isso, fosse necessário alterar o cronograma, algo que não ocorreu.

Assim como na III edição do COFID, todos os participantes eram mulheres, a maioria com idade entre 40 a 59 anos (14 num total de 25), ensino médio completo (15 num total de 25) e com predominância da religião protestante (18 num total de 25).

Das participantes que referiam vínculo formal com o idoso, 02 eram acompanhantes, 01 auxiliar de enfermagem e 01 enfermeira. As que tinham vínculo informal, todas eram familiares: 08 filhas, 04 netas e 01 nora. Não houve participação de esposas, o que não é comum acontecer, tendo em vista o número expressivo de esposas cuidadoras. Outro aspecto incomum, é a expressiva referência ao recebimento de apoio de outras pessoas (12 num total de 16), o que não os torna solitários na jornada.

A maioria dos idosos assistidos pelos participantes eram mulheres (14 num total de 17), confirmando uma tendência mundial do processo de envelhecimento. Nenhum deles com idade inferior a 70 anos, ou seja, envelheceste há, no mínimo 15 anos. Todos realizavam acompanhamento médico, predominantemente na rede privada (12 num total de 17), mas a rede pública é o principal recurso para o recebimento de medicação (12 num total de 17). Orientações quanto a utilização da rede pública somente eram oferecidas quando a solicitação de algum participante. Certamente o COFID seria enriquecido com o tema “Rede de apoio social ao idoso”.

Mais da metade dos idosos (9 num total de 17) foi levada ao PS – Pronto socorro mais de 02 vezes nos últimos 12 meses. Esse mesmo número de idosos, teve 02 ou mais internações neste mesmo período. Porém, o COFID não incluiu orientações sobre como identificar a necessidade de um atendimento de urgência e o que fazer nessas situações. Gripe e pneumonia foram apontadas entre os principais motivos que levaram os idosos ao PS, assuntos que poderiam ser incluídos nas orientações do COFID. A desidratação, ou melhor, a necessidade da hidratação, era abordada dentro do tema “Alimentação saudável”.

As atividades que os idosos necessitavam de auxílio, foram às mesmas do levantamento feito nas solicitações de vaga no GVR no período de 2000 a 2003, e do III COFID, com a inclusão de subir um lance de escada, que foi abordada no tema “Auxílio nas atividades cotidianas”

A elaboração da apostila foi o momento mais desafiador porque evidenciou que as diferentes formas de inserção na atividade, produziam diferentes olhares sobre ela. Com exceção da psicóloga, dentista e assistente social, os demais profissionais, atuavam exclusivamente na unidade residencial, não vivenciavam o dia-a-dia dos CCs, o que não lhes permitia conhecer o quanto o COFID havia ganhado legitimidade no município, não participavam do grupo continuado e assim, não ouviam os relatos da importância e do impacto da atividade no cotidiano dos participantes, não acompanharam o processo de inscrição e aprovação do convênio com a BF, por isso, desconheciam o significado dessa parceria. Esses profissionais atuavam de forma muito pontual nesta atividade: quando convidados, ministravam uma palestra.

Assim, foi possível compreender que, o grupo de palestrantes que colaboravam com a atividade, na verdade não estava inserido na equipe do COFID, composto na realidade, pelos funcionários do projeto Acolhimento e do setor administrativo, como compras, comunicação e coordenação de desenvolvimento institucional, que acompanhavam o cotidiano do COFID.

Mas, quando uma dificuldade é encontrada, se torna possível buscar meios para superá-la. As ações referentes ao COFID, assim como seus resultados,

passaram a serem partilhados, com maior frequência e pessoalmente, não apenas por e-mail ou BIG Vida. Além disso, os profissionais passaram a serem convidados para os momentos de confraternização do COFID e para as reuniões do Grupo de apoio continuado, e conforme a permissão de outros compromissos, foram marcando presença. E, ao final desta edição, o COFID se consolidou também como um facilitador para a instrumentalização da equipe multidisciplinar para uma atuação com ênfase na educação para os cuidados.

As alterações no processo de avaliação, com a mudança do formulário e a periodicidade, acabaram por render um volume muito grande de material para ser tabulado e analisado, não sendo possível de ser terminado no mesmo prazo que as edições anteriores, 01 semana após o término do COFID. Por isso, há de se considerar que, pelo volume de atividades realizadas no GV – B, uma avaliação mais simplificada, tem maior aplicabilidade.

Os participantes referiram certa dificuldade quanto aos itens a serem avaliados, porque desacostumados a processo semelhante, os julgaram muito semelhantes entre si, como por exemplo, “assunto abordado” e “palestrante: domínio do assunto”, pois para o primeiro ter sucesso, o segundo era imprescindível. A cada formulário era explicado e solicitado o preenchimento. Nos últimos encontros, os participantes foram demonstrando maior facilidade no preenchimento.

Nas 02 edições anteriores, o COFID, havia desenvolvido uma rotina que era conhecida pelos funcionários do projeto Acolhimento e isso permitiu a minha ausência em alguns momentos, sem nenhum prejuízo para a atividade. Diante as mudanças implantadas e aquelas anunciadas, como a saída repentina da fonoaudióloga da entidade, optei por acompanhar pessoalmente todos os encontros.

Pude conversar com todos os palestrantes, antes e depois do encontro, orientá-los sobre o desenvolvimento da atividade e conhecer as percepções e ponderações de cada um, o que permitiu maior estreitamento de laços com a equipe e a solução imediata de algumas dificuldades, principalmente em relação aos RPAs – Recibo de pagamento de autônomos. Alguns profissionais, desconhecedores dos procedimentos e valores dos impostos cobrados, reclamaram da diferença entre os

valores pagos pela entidade e o recebido por eles. Foi necessária uma ação educativa com esses profissionais, sobre contribuição previdenciária, por exemplo.

Na discordância de orientações entre a fonoaudióloga e a dentista, o posicionamento a favor da segunda, foi motivado não apenas pelo conhecimento dos consensos sobre o assunto, mas especialmente pela coerência com a atuação da entidade ao longo dos seus 09 anos, pois essa profissional era comprometida ética e profissionalmente com a entidade, desenvolvia um trabalho considerado excelente, não era possível desvalorizar o seu posicionamento.

Os comentários finais dos participantes evidenciam que o COFID tem o caráter educativo como sua principal característica. Embora pautado nas AVDs e com momentos de vivências práticas (como o encontro “Mobilizações e transferências”), o COFID não é um treinamento, é um espaço de construção de um novo saber sobre o cuidado a idosos dependentes. Saber este que não se inicia com a participação na atividade, mas sim, na instalação da dependência, na beira da cama, nos acertos e nos erros.

Transformar a experiência educativa em puro treinamento é amesquinhar o que há de fundamentalmente humano no exercício educativo: o seu caráter formador (...). Educar é substancialmente formar (FREIRE, 1996, p. 33).

A esta altura, a utilização do COFID como facilitador para inserção no mercado de trabalho, já era conhecida tanto pela equipe quanto no município. Este fato foi muito valorizado pela BF, na época de assinatura do contrato e rendeu elogios ao longo da parceria.

Sobre o módulo de aprimoramento, o mais interessante e enriquecedor não foram os conceitos e as explicações imprescindíveis para a compreensão dos assuntos, mas sim os relatos dos cuidadores, o quanto esse espaço de orientação e partilha os fortaleciam para a aridez do cotidiano e também como os temas que propúnhamos estavam em consonância com as situações vividas por eles no dia-a-

dia, exceto o tema “Depressão” que, perante a avaliação dos idosos, realizada antes do módulo de Iniciação, deveria ter sido alterado.

Falar sobre morte foi inicialmente incompreendido, tido como audacioso ou torturador, mas não podemos negar que, como toda atividade humana, o cuidado a idosos está inscrito no tempo, é finito. A atividade pode ser cessada e, o motivo mais comum para tal, é a morte do idoso. Se o COFID quer ensinar a cuidar, é preciso dizer, que não se cuida para sempre, que a atividade pode acabar quando o idoso morrer, e que isso é uma possibilidade real.

A abordagem desse tema no COFID levantou a necessidade de fazê-lo também na unidade residencial, pois os idosos e funcionários mantinham um forte vínculo afetivo, construído ao longo dos anos de convivência. Porém, uma parte significativa dos idosos estavam apresentando declínio na sua funcionalidade e foi considerado importante que os funcionários estivessem preparados para a morte desses idosos. A mesma palestrante fez um trabalho no GV – R com todos os funcionários (limpeza, cozinha, enfermagem, etc). Novamente o COFID, influenciou outros setores da entidade.

Mas, o dia-a-dia dessa experiência mostrou que os temas não precisavam e não deveriam ser esgotados nesse cronograma, podendo ser alterados conforme a necessidade da demanda. Perante os comentários finais dos participantes, 02 temas poderiam ter sido abordados: “Rede de suporte social” e “Alívio e controle da dor”.

Quanto à elaboração dos relatórios de prestação de contas para a BF, foi uma oportunidade sistematizar a atividade de uma forma diferente, dos relatórios descritivos apresentados mensalmente ao CMAS – Conselho municipal de assistência social. Isto foi realizado em parceria com a coordenação de desenvolvimento institucional e o setor financeiro. Não foi possível incluir as opiniões e comentários dos participantes.

Ao final do período relatado, 155 cuidadores participaram do COFID, aprenderam sobre a assistência nas AVDs, mas também muito ensinaram sobre essa contraditória tarefa.

Tabela L: Total de participantes dos Ciclos de orientação a familiares de idosos dependentes (período: 2004 a 2006)

EDIÇÃO	DATA	Nº DE PARTICIPANTES
I	abril de 2004	17
II	outubro de 2004	17
III	abril de 2005	28
IV	setembro de 2005	16
V	abril de 2006	22
VI	julho de 2006 (Mutinga)	30
VII (GV-B + BF)	setembro de 2006 (até fevereiro de 2007)	25
TOTAL		155

Mas, há de se ressaltar que, mesmo perante todos os resultados positivos alcançados pelo COFID, ele não é essencial ou imprescindível para a realização do cuidado. Sem ele o cuidado continuará sendo prestado. Mas, o COFID, é muito importante para que o cuidado não seja pautado apenas no acerto e erro, seja mais bem desempenhado por e para os que nele estão envolvidos. Além disso, é importante que, as experiências vividas á beira da cama, ganhem notoriedade pública e, esta atividade, contribuiu nesse sentido.

No final do percurso, o COFID já não estava apenas firmado entre as atividades da entidade, mas também no município, confirmando-se como um espaço legítimo para o aprendizado do cuidado aos idosos dependentes e para a prática profissional do assistente social. Isso somente foi possível porque existe coerência entre esse trabalho do assistente social e o atual Código de Ética profissional, que traz como princípios fundamentais:

- Defesa intransigente dos direitos humanos, da liberdade, da autonomia e recusa do autoritarismo;
- Defesa do aprofundamento da democracia;
- Posicionamento a favor da equidade e da justiça social;
- Eliminação de todas as formas de preconceito;

- Garantia do pluralismo e,
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados.

Tais princípios impelem o assistente social a buscar a efetivação dos direitos sociais dos usuários, Os direitos humanos não podem ser compreendidos como aquilo que está ausente nas grandes tragédias mundiais, como as guerras étnicas. Mas sim, como a maior expressão da defesa intransigente pela vida, pelo complexo e simples fato de ser vida, não pelo valor econômico que podem a ela agregar.

Os idosos, mesmo quando incapazes de comer ou andar com independência, até mesmo quando, sequer reconhecem aqueles que o rodeiam, continuam tendo o direito a uma vida digna, que não pode ser mais importante que a vida daquele que o assiste. E o que é uma vida digna, senão aquela com conforto, segurança e felicidade? Ambos, idoso e cuidador, precisam ser amparados em suas angústias e limitações. Este amparo, muito mais que confortante, precisa ser transformador, daquelas situações cuja dignidade está ausente, E que outra ferramenta transformadora, senão a educação para que esse horizonte seja alcançado? Educação, que sabedora do inacabamento dos homens e das mulheres, consegue assumi-los como seres criadores, criativos, transformadores e realizadores de sonhos. Seres capazes de intervir no mundo.

A intervenção no mundo é uma atitude ética. (...) Afinal, minha presença no mundo não é a de quem a ele se adapta, mas a de quem nele se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da História (FREIRE, 1996, p. 51-4).

Neste âmbito, a competência do assistente social deixa de estar no ato de decidir e solucionar os problemas dos usuários, e passa a estar assentada na capacidade de construir relações pautadas no diálogo e na partilha das decisões e responsabilidades, o que necessariamente, inclui as expectativas e as necessidades dos usuários, mesmo que sejam as mais simples, como subir um lance de escada ou ir ao banheiro a tempo. Isso faz com que, especificamente na educação para os cuidados de idosos, o assistente social, busque no seu dia-a-dia:

- Compreender que o cuidador surge e não deve ser imposto pela equipe ou instituição;
- Conhecer o modo de vida das pessoas que cuidam e são cuidadas, seu cotidiano, sua casa, como vivem e o que sentem;
- Estabelecer e manter com os cuidadores um vínculo de afetividade, que auxilia na adesão à proposta de trabalho;

O processo de aproximação e compreensão desse cotidiano movimenta emoções e provoca um constante repensar da prática, em especial, no trato de situações limites vividas pela população perversamente excluída (MICHELLETTI, 2000, p. 46).

- Fazer a interlocução e a articulação de conhecimentos e ações, movimentando diferentes saberes na operacionalização da intervenção, tornando-se um facilitador do trabalho dos diferentes profissionais entre si e com a família (que também é vista como detentora do conhecimento);

O processo de trabalho em que se insere o assistente social não é exclusivamente um processo de trabalho do assistente social, ainda que nele participe de forma peculiar e com autonomia ética e técnica. Cuida-se de evitar uma superestimação artificial da profissão, como se os processos de trabalho nos quais se inscreve o profissional se moldassem em função do serviço social, conformando-se em processos de trabalho exclusivamente do assistente social (IAMAMOTO, 2003, p. 107).

A educação para os cuidados de idosos não é exclusiva do assistente social, mas é legítima dele, então é preciso que estes espaços sejam ocupados, com ética competência e criatividade.

ALGUMAS PALAVRAS FINAIS

Leva no teu bumbar
 Me leva
 Leva que quero ver meu pai
 Caminho bordado à fé
 Caminho das águas
 Me leva que quero ver
 Meu pai...
 A barca segue seu rumo lenta
 Como quem já não
 Quer mais chegar
 Como quem se acostumou
 No canto das águas
 Como quem já não
 Quer mais voltar...

Caminho das águas (Rodrigo Maranhão)

O presente trabalho não quer ser finalizado, talvez ainda haja algo a ser dito, mas é preciso que essa navegação, acostumada com o canto das águas e dos ventos impetuosos, aviste um porto para atracar. Que a ancora seja lançada.

Aqui, ao tratarmos do processo de envelhecimento, estivemos atrelados à dependência para as AVDs – atividades de vida diária, mas é preciso enfatizar que esse processo é, antes de tudo e principalmente, uma conquista social, e não sinônimo de doenças e privações. É preciso celebrar os anos acrescidos e buscar meios para a implantação de políticas públicas que garantam segurança a esses anos.

O cuidado aqui abordado é uma atividade exclusivamente humana. O nosso olhar complacente pode, querer que vejamos, o cuidado nas ações dos animais para com seus descendentes, quando se trata da luta, às vezes inglória, da preservação da espécie. O cuidado humano é histórico, condicionado e condicionante das mudanças sócio-econômicas e culturais, permeado de valores e transpassado pela subjetividade de quem o realiza. O que o torna mutável, passível de ser reelaborado.

Neste sentido, educar para os cuidados significa reconhecer que os cuidadores familiares têm conhecimento sobre a atividade que desenvolvem. É preciso que eles se reconheçam como cuidadores, se percebam como detentores

desse saber inacabado, por isso, com possibilidade de ser ampliado e aperfeiçoado, principalmente, junto com outros cuidadores e profissionais.

Para tanto, uma atividade desenvolvida à educação para os cuidados, precisa que o conhecimento oferecido tenha aplicabilidade no cotidiano, atmosfera de realização dos cuidados. O que não pode não ser confundido com um treinamento, mas também não elimina o fazer, que possibilita uma maior compreensão do que está sendo ensinado.

Esta é a incansável busca do COFID – Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes, ao apoiar-se nas AVDs, quer ensinar alternativas para o cuidar, sem impor esta ou aquela maneira, sem estar assentado na inverdade que, aquilo que os participantes realizam é incorreto.

Além disso, a metodologia de uma atividade desenvolvida à educação para os cuidados precisa contribuir para a autonomia dos participantes, a fim de que possam compreender a importância que o papel por eles desempenhado tem não apenas para o núcleo familiar, mas para toda a sociedade, uma vez que, os serviços de atendimento a idosos, sejam eles públicos ou privados, são incapazes de atender sozinhos a toda demanda de idosos que necessitam de assistência para as atividades cotidianas.

É por isso, que o COFID persevera na tentativa de ser um espaço de troca de experiências, vivências e de reflexão crítica sobre a atividade realizada, o que pode conduzir a rupturas, mudanças de atitude.

Por todos esses motivos, KARSCH (2003) nos traz que o assistente social é um profissional apropriado para desenvolver atividades educativas para o cuidado de idosos dependentes, devido, entre muitos outros fatores, a sua grande capacidade de articulação. Mas, “certamente isso poderia causar um impacto nas práticas comuns dos assistentes sociais, e provocar uma reformulação de suas ações profissionais” (KARSCH, 2003, p. 112).

É imprescindível que outros saberes sejam adquiridos para uma atuação competente, tais como: especificidades do processo do envelhecimento, dinâmica familiar, divulgação da atividade em diferentes meios de comunicação, articulação da equipe multidisciplinar, captação de recursos e prestação de contas.

Além do mais, o assistente social tem capacidade de atuar, de forma muito maior e plena que o atendimento imediato de uma solicitação, podendo construir e reconstruir identidades. É exatamente o que ocorre ao adentrarmos no mundo secreto dos cuidados prestados a idosos por seus familiares. Ao desenvolver uma atividade de educação para os cuidados, como COFID, o assistente social oferece, ao familiar que assiste ao idoso, uma possibilidade de construir e reconstruir sua identidade como cuidador e, neste processo, a identidade do profissional também está sendo construída e reconstruída.

É uma profissão que nos dá uma dimensão de realidade muito grande e que nos abre a possibilidade de construir e reconstruir identidades – a da profissão e a nossa – em um movimento contínuo (MARTINELLI, 2006, p. 02).

Não podemos ser imprudentes e afirmar que o assistente social deva ou possa atuar de forma exclusiva na educação para os cuidados de idosos dependentes, pois se trata de uma realidade composta por múltiplos aspectos e nenhuma profissão sozinha consegue responder a todas as questões que se apresentam. É uma construção coletiva, para tanto, é preciso aprender a estabelecer parcerias. Além disso, o atual quadro de desregulamentação do mercado de trabalho apresenta “tendência à diluição das fronteiras profissionais e expansão do trabalho interdisciplinar” (YAZBEK, 2004, p. 20).

O COFID e outras iniciativas semelhantes, por melhor e mais abrangentes que sejam, não serão capazes de responder a todas as situações do cotidiano do cuidado, pois a experiência da dependência é particular, cada idoso e cada cuidador, a vivenciam de uma forma singular.

Esses espaços de construção de conhecimento e troca de experiências sobre o cuidado cotidiano, são importantes para a melhoria do cuidado prestado aos idosos dependentes, (re) elaboração da identidade do cuidador, visibilidade pública a essa atividade realizada no ambiente doméstico e cooperação na construção de uma sociedade mais justa para aqueles que necessitam de auxílio para as mais simples ações cotidianas.

Este relato reflexivo da minha prática profissional em educação para o cuidado de idosos reforçou a convicção de que todo esforço apreendido foi valioso porque é “a partir das práticas que realizamos, dos processos políticos dos quais somos protagonistas como profissionais e como cidadãos, participamos sim da construção de uma nova sociedade” (MARTINELLI, 2006, p. 02)

Então, vamos, a barca precisa seguir seu rumo, ora lento, ora mais acelerado, pois há muito que se trilhar neste “caminho bordado com tanta fé”....

BIBLIOGRAFIA

ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália Faller (orgs.). *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: Cortez Editora, 2005.

ALBUQUERQUE, Sandra Márcia Lins de. *Envelhecimento Ativo: desafio do século*. São Paulo: Andreoli, 2008.

ANDRADE, Leticia. *Desvelos: trajetórias no limiar da vida e da morte: cuidados paliativos na assistência domiciliar*. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Estudos Pós Graduated em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2007.

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. Envelhecimento populacional: uma conquista a ser celebrada. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, v. 75, p.19-34, set. 2003.

BONETTI, Dilséa Adeodata et al (org). *Serviço Social e Ética: convite a uma nova práxis*. São Paulo: Cortez, 1996.

BURLÁ, Claudia. *Envelhecimento e cuidados ao fim da vida*. In: PY, Lígia et al (org.). *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Holambra: Editora Setembro, 2006. p. 319-35.

CAMARANO, Ana Amélia (org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?*. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

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

DIOGO, Maria José D' Elboux e DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. *Cuidados em domicílio: conceitos e práticas*. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al (org). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002. p. 762-67.

FALEIROS, Vicente de Paula. *Estratégias em Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2006.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, Elizabete Viana. *Demografia e epidemiologia do envelhecimento*. In: PY, Lígia et al (org.). *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Holambra: Editora Setembro, 2006. p. 15-34.

FURTADO, Celso. *O capitalismo Global*. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

GIANNETTI, Daniela e OLIVEIRA, Ilka Custódio de. *Velhice e mercado de trabalho: uma relação vincular tensa, conflituosa e excludente*. Trabalho de conclusão de curso apresentada ao UNIFMU Centro Universitário. 2001.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 6º ed. São Paulo: Cortez, 2003.

KALACHE, Alexandre. *Envelhecimento: é urgente repensar o Brasil*. Folha de São Paulo, 16 de outubro de 2006, Tendências e debates, p. A3.

KARSCH, Ursula. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, p. 861-66, maio – jun. 2003.

_____. Cuidadores familiares de idosos: parceiros da equipe de saúde. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, v. 75, p.103-13, set. 2003.

_____(org). *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: Educ, 2004.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Palestra promovida pelo Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Ponta Grossa, PR em 10 de novembro de 2005. Transcrição de Jussara Ayres Bourguignon, em março de 2006.

_____. O exercício profissional do assistente social na área da saúde: algumas reflexões éticas. *Serviço Social e Saúde*, Campinas, v.06, p. 21-33, maio 2007.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Débora. *Envelhecimento e deficiência*. In: CAMARANO, Ana Amélia (org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?*. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 107-120.

MENDES, Patrícia Brant Mourão Teixeira. *Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano*. In: KARSCH, Ursula (org). *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: Educ, 2004. p. 171-97.

MICHELLETTI, Fátima Aparecida Barbosa de Oliveira. *Buscando um re-significado da visita domiciliar no Serviço Social*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Estudos Pós Graduated em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2000.

MORAGAS, Ricardo Moragas. *Prevención de la dependencia. Preparación para la jubilación*. Fundació Viure i Conviure, 2007.

NERI, Anita Liberalesco e SOMMERHALDER, Cínara. *As várias faces do cuidado e do bem estar do cuidador*. In: NERI, Anita Liberalesco (org). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Alínea, 2002. p. 09-63.

_____ e CARVALHO, Virgínia Ângela M. de Lucena e. *O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais*. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al (org). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002. p. 778-90.

_____. *Qualidade de vida e idade madura*. 5º ed. Campinas: Papyrus, 2003.

_____. *Palavras Chaves em Gerontologia*. Campinas: Alínea, 2005.

NOGUERIA, Neuma d'Ávila Pinto. *Benefícios previdenciários e assistenciais: o idoso e a família*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Estudos Pós Graduados em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2007.

OLIVEIRA, Ilka Custódio. *A atuação do Serviço Social junto às famílias de idosos inscritos em Programas de Assistência Domiciliar de hospitais escolas da cidade de São Paulo*. Trabalho de conclusão de curso apresentado a Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo. 2003.

PASTORINI, Alejandra. *A categoria "Questão Social" em debate*. São Paulo: Cortez, 2004.

PEIXOTO, Clarice. *Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade...* In: BARROS, Myrian Moraes Lins de (org). *Velhice ou Terceira Idade?*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p. 69-84.

PLACÊNIA, Odila. *Memória Viva de Barueri: as histórias que o povo conta*. São Paulo: Expressão e Arte, 2004.

QUARESMA, Maria de Lourdes (coord.). *O sentido das idades da vida: interrogar a solidão e a dependência*. Lisboa: Cooperativa de ensino superior de desenvolvimento social, econômico e tecnológico, 2004.

RAICHELIS, Raquel. *Esfera pública e conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática*. 2º ed. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

RAMOS, Luíz Roberto. *Epidemiologia do envelhecimento*. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al (org). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002. p. 72-8.

RODRIGUES, Maria Lucia (org.). *Ações e interlunções: estudos sobre a prática profissional do assistente social*. São Paulo: Veras Editora, 2003.

SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. *Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador*. 2ª ed. Campinas: Alínea Editora, 2006.

SANTOS, Laura da Silva. *As políticas públicas de atenção à velhice*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Estudos Pós Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 1999.

SPOSATI, Aldaíza. *A menina LOAS: um processo de construção da Assistência Social*. 2º ed. São Paulo: Cortez Editora, 2005.

_____. (org.). *Proteção social de cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal*. São Paulo: Cortez, 2004.

VELASQUES, Mariza Daniel et al. *As trajetórias de vida dos cuidadores principais*. In: KARSCH, Ursula (org). *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: Educ, 2004. p. 87-145.

VERAS, Renato Peixoto (org). *Terceira Idade: desafios para o Terceiro Milênio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ Unati, 1997.

_____. (org.). *Velhice numa perspectiva de futuro saudável*. Rio de Janeiro: Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001.

_____. A Longevidade da população: desafios e conquistas. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, v. 75, p. 05-18, set. 2003.

YAZBEK, Maria Carmelita. *O Serviço Social e o movimento histórico da sociedade brasileira*. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. *Legislação Brasileira para o Serviço Sócia*: coletânea de leis, decretos e regulamentos para instrumentação do (a) assistente social. 2004.

Outras fontes consultadas:

Constituição Federal do Brasil, 05 de outubro de 1988.

Lei Orgânica da Assistência Social, Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993.

Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994.

Política Estadual do Idoso, Lei nº 9.892 de 10 de dezembro de 1997.

Política Nacional de Saúde do Idoso, Portaria nº 1395 GM de 10 de dezembro de 1999.

Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de 31 de outubro de 2003.

Política Nacional de Assistência Social, Resolução.145/CNAS de 15 de outubro de 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Envelhecimento Ativo: uma política de Saúde*. 2005.

Sites:

www.ibge.gov.br, última consulta 15 de janeiro de 2008

www.brazilfoundation.org.br, última consulta 20 de julho de 2008.

www.mte.gov.br/cbo, última consulta 20 de abril de 2008.