



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**GRUPO DOS MAIS VIVIDOS DO SESC/DF, UNIDADE 913 SUL: UMA
MEDIDA DE MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA.**

PEDRINA VIANA GOMES

**BRASÍLIA
2009**

PEDRINA VIANA GOMES

**GRUPO DOS MAIS VIVIDOS DO SESC/DF, UNIDADE 913 SUL: UMA
MEDIDA DE MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA.**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao departamento de Serviço
Social da Universidade de Brasília como um
dos pré-requisitos para obtenção do título
de bacharel em Serviço Social, elaborado
sob a orientação da Professora Dra. Rosa
Helena Stein.**

**BRASÍLIA.
2009**

PEDRINA VIANA GOMES

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª Dr^ª Rosa Helena Stein
Orientadora
Universidade de Brasília - UnB

Prof^ª Daniela Neves de Sousa
Examinadora
Universidade de Brasília - UnB

Assistente Social e Coordenadora do Trabalho Social com Grupos de Idosos do
SESC/DF Regina Célia Caetano
Examinador
Serviço Social do Comércio- SESC.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar, a Jesus Cristo, pela fé que eu adquiri Nele e por me iluminar e capacitar para vencer todos os desafios.

A minha querida mãe, Edimê, por ser a minha maior incentivadora, companheira e amiga. Por me apoiar em todos os momentos de medo, angústia, desafio, superação, conquista e alegria. Obrigada pela dedicação, amor, carinho e investimento, sem a sua ajuda eu jamais seria o que sou.

As minhas preciosas e amadas avós, Cleuza Maria e Teoguina Viana, por todo amor e carinho dedicado a mim todos esses anos, pois tem sido como fonte de força e coragem. As minhas tias, Jacilene e Marilene, por sempre acreditarem e investir em mim. Obrigada por tudo.

As minhas queridas amigas, Ana Elizia, Carla Cristina, Clara Maria, Daniela dos Santos, Mara Paiva, Maria Cecília, Priscila Vanessa e Talita do Santos, pelo carinho, compreensão, apoio, incentivo e principalmente pelo ombro amigo nas horas de lutas, ao longo desses anos, vocês foram e são muito importantes pra mim. Sei que muitas das minhas conquistas são frutos do nosso relacionamento. Amo vocês.

A minha orientadora Professora Dra. Rosa Helena Stein, pela disposição, incentivo, paciência e por compartilhar seus conhecimentos na elaboração desse trabalho.

Aos idosos do Grupo dos Mais Vividos do SESC da 913 Sul/DF por terem me acolhido tão bem , durante o período de estágio. O aprendizado adquirido no Grupo mudou os meus conceitos e entendimentos a respeito do envelhecimento. Sou grata pela confiança e principalmente pelo ensino que os Mais Vividos me proporcionaram.

Enfim, agradeço a todos (as) que de alguma forma contribuíram para superação desse desafio.

Resumo

O envelhecimento populacional é um fenômeno dinâmico, que exige de cada país, o compromisso com a implementação de políticas que garanta aos seus idosos um envelhecimento saudável, sem limitações e que resulte em qualidade de vida. As formas de intervenção coletiva, por meio do estímulo à organização de grupos de idosos, tem sido uma estratégia utilizada por diferentes instituições públicas e privadas, com o objetivo de propiciar a valorização do envelhecer, desmistificação dos estereótipos e preconceitos em relação aos mais velhos. Este trabalho tem origem a partir da experiência de estágio, realizada no SESC/DF, durante o ano de 2008 e visou identificar as influências do Grupo de idoso do SESC/913Sul na qualidade de vida dos seus integrantes, partindo da idéia de que a atividade em grupo para idosos constitui em uma dentre outras medidas de melhoria da qualidade de vida. O estudo é do tipo descritivo exploratório com abordagem quali-quantitativa. Os resultados revelam a importância das atividades coletivas desenvolvidas no GMV e sua contribuição na melhoria da qualidade de vida, ao mesmo tempo em que ressaltam a necessidade de acompanhamento, orientação e informação aos idosos quanto aos direitos legalmente instituídos.

PALAVRAS CHAVE: Idoso; Envelhecimento e Qualidade de Vida.

Sumário

Apresentação-----	07
Listas de Siglas-----	10
CAPÍTULO I - O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E AS SUAS IMPLICAÇÕES---	11
Conceituações de Velhice, Envelhecimento e Gerontologia. -----	11
1.1.1 Velhice. -----	11
1.1.2 Envelhecimento-----	14
1.1.3 Gerontologia-----	16
1.2 - Os aspectos do envelhecimento populacional mundial. -----	17
1.3 - O processo de envelhecimento brasileiro-----	20
1.4-O envelhecimento no Distrito Federal-----	22
1.5 - As políticas sociais na configuração dos direitos do idoso no Brasil.-----	24
1.5.1 - A Política Nacional do Idoso. -----	29
1.5.2 - O Estatuto do Idoso do: Um avanço de direitos. -----	30
CAPÍTULO II-O TRABALHO COM GRUPO DE IDOSOS: UM CAMINHO PARA A PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA. -----	33
2.1 - A compreensão da Qualidade de Vida na velhice. -----	33
2.2 - Medidas de melhoria da Qualidade de Vida. -----	36
2.3 - O Grupo de Idosos e qualidade de vida. -----	40
CAPÍTULO III - A AÇÃO SOCIAL DO SESC: TRABALHO COM GRUPO NA PERSPECTIVA DA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO. -----	43
3.1 - A consolidação do SESC no Brasil e no Distrito Federal. -----	43
3.2 - O Grupo de Idosos no SESC. -----	45
3.3- Abordagem metodológica -----	46
3.4 - O Grupo dos Mais Vividos do SESC da 913 Sul/DF e as suas peculiaridades.---	48
3.4 - A percepção dos idosos a respeito da melhoria da qualidade de vida proporcionada pelo Grupo dos Mais Vividos do SESC/DF- 913 Asa Sul-----	53
Considerações finais -----	57
Referências bibliográficas -----	58
Anexos-----	63

Apresentação

O envelhecimento populacional constitui uma das maiores conquistas deste século. Para Costa (2007) poder chegar à velhice, já não é mais privilégio dos países desenvolvidos, pois os países em desenvolvimento têm experimentado um acelerado processo de envelhecimento populacional. No Brasil, por exemplo, houve um aumento no número de pessoas idosas, ocasionado pela diminuição da fecundidade e mortalidade, novas tecnologias na área da saúde e da busca por melhor qualidade de vida (IBGE: 2008). O impacto causado pelo crescimento da longevidade, segundo Paes (2000), repercutiu e continua repercutindo na esfera social, econômica, política e cultural das sociedades, uma vez que, os mais velhos, da mesma forma que os demais segmentos etários possuem demandas específicas para obtenção de adequadas condições de vida. Tais demandas fizeram da velhice, segundo Neri (2007), tema privilegiado de pesquisa nas distintas áreas do conhecimento, elevando o número de obras publicadas, nos últimos anos.

Em contraposição a essa busca pelo conhecimento sobre velhice e demais medidas estabelecidas para o atendimento a população idosa, algumas sociedades, segundo Costa (2007) são incoerentes na atenção aos idosos, pois as mesmas atribuem valores relacionados à competitividade, valorizam a capacidade para o trabalho, independência e autonomia funcional. O que é incoerente, no entendimento da referida autora, porque esses valores nem sempre pode ser acompanhado, se levar em consideração algumas mudanças e limitações que são frequentes na velhice. Essas limitações para alguns, e na maioria das situações, acarretam a idéia do idoso sem serventia, dependente, considerado empecilho e causas de prejuízos. Essa idéia existe segundo Neri (2007), porque muitos acreditam que o idoso não possui capacidade de produção e, também, devido à supervalorização da juventude. Tais ideais acarretam, de acordo com Costa (2007), a discriminação e rejeição aos mais velhos. No entanto, este entendimento é também está presente no meio dos idosos, o que lhe causa isolamento social, dificuldade de adaptação, perda da auto-estima, sedentarismo, incapacidade e dependência. Essas dificuldades aumentam a predisposição a enfermidades físicas e psíquicas.

Contudo, de acordo com as análises que serão apresentadas neste estudo, a velhice não ocasiona somente perdas, gera também novas possibilidades de descobertas, visíveis às mudanças no perfil do idoso. Ele está mais integrado a atividades sociais, participando de grupos que estimulam o seu papel como ser atuante e, de acordo com Angélica (2000), a possibilidade de auto-realização, desenvolvimento de expectativas positivas para o futuro e conquista de indicadores de melhoria da qualidade de vida. A temática tratada neste estudo tem origem no SESC especificamente no Grupo do Mais Vividos (GMV) do SESC/913 Sul, durante o ano de 2008, chamou a minha atenção o fato dos que idosos que procurarem o SESC interessados em participar do grupo declararem, ao preencherem a ficha de inscrição de sua participação no grupo, suas expectativas quanto à

melhoria de qualidade de vida. Assim, o presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),

disciplina obrigatória à formação em Serviço Social pela Universidade de Brasília - UnB

objetiva identificar em que medida o GMV contribui para qualidade de vida dos idosos que o

frequêntam. Os objetivos específicos constituem em: a) aprofundar os conceitos velhice, envelhecimento e gerontologia; b) analisar o conceito e as medidas de promoção da qualidade

de vida; c) Identificar o perfil dos idosos do GMV e d) Especificar os fatores contribuintes

para a participação dos idosos no GMV.

A hipótese formulada com base nos questionamentos acima foi: o envelhecimento provoca a diminuição de certas atividades vitais do idoso, que pode ser compreendida, por

exemplo, como perda da autonomia devido à imagem negativa da velhice, associada às perdas

fisiológicas, psicológicas e sociais. No entanto, a participação do idoso em grupos voltados

para a valorização do envelhecer, como é o caso do GMV do SESC/DF Unidade 913 Sul

implica melhoria da sua qualidade de vida.

Este estudo está composto por três capítulos. O primeiro tem o título: O envelhecimento populacional e as suas implicações na sociedade. Serão identificados os conceitos sobre Velhice, Envelhecimento e Gerontologia tendo em vista que são conceitos

interligados e complementares, porém com conteúdos específicos.

Serão abordados os aspectos do envelhecimento populacional mundial, assim como no Brasil e no Distrito Federal, o que possibilitará um entendimento acerca dos perfis dos idosos,

no nível mundial, nacional e distrital. A medida adotada pelo Estado para o enfrentamento das

questões provocadas pelo envelhecimento. Este tópico tem o seguinte título: As políticas

sociais na configuração dos direitos do idoso no Brasil. Será dado destaque a Política Nacional do Idoso (Lei 8842/1994) que representa uma conquista de direitos da pessoa idosa,

bem como ao Estatuto do Idoso (Lei 10741/2003).

O Capítulo 2 tem o título: O Trabalho com Grupo de Idosos: Um caminho para a promoção da Qualidade de Vida. Neste capítulo buscar-se-á a compreensão a respeito do

conceito e das medidas de melhoria da qualidade de vida. O que é de suma importância para

9

conhecer em que medida GMV contribui para essa melhoria, para isso será identificado em

que consiste trabalho com grupo de idosos.

O capítulo terceiro, A ação social do SESC: Trabalho com Grupo na perspectiva da melhoria da qualidade de vida do Idoso, trata da consolidação do SESC no Brasil e no Distrito

Federal; O surgimento do Trabalho com Grupo de Idosos no SESC e as características do

GMV da 913 Sul. Também será apresentada a metodologia utilizada para elaboração deste

estudo, o qual teve como base a abordagem metodológica quali-quantitativa, com base na

observação sistemática participante, a análise documental. Para obtenção de dados empíricos

foi utilizado o questionário com questões objetivas aplicado a 20 idosos do GMV do SESC

913 Sul/DF, durante as reuniões.

Os resultados obtidos revelam a importância das atividades coletivas desenvolvidas no GMV e sua contribuição para a melhoria da qualidade de vida, ao mesmo tempo em que ressaltam sobre a necessidade de acompanhamento, orientação de ampliação das informações

relativas aos direitos amparados por legislação e políticas específicas voltadas para esse segmento.

10

Lista de Siglas

BPC Benefício de Prestação Continuada.

COAST Coordenação de Ação Social e Terceira Idade.

CODEPLAN Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central.

DF Distrito Federal.

FPA Fundação Perseu Abramo.

GMV Grupo dos Mais Vividos.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

LBV Legião da Boa Vontade

LOAS Lei Orgânica da Assistência Social.

OMS Organização Mundial de Saúde.

ONU Organização das Nações Unidas.

PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

PNI Política Nacional do Idoso.

SEBRAE Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas.

SEDUH Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente.

SENAC Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SENAI O Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SENAR O Serviço Nacional de Aprendizagem Rural

SENAT Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte.

SEST Serviço Social do Transporte.

SESCOOP Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo.

SESC Serviço Social do Comércio.

SESC/DF Serviço Social do Comércio do Distrito Federal.

SESC/SP Serviço Social do Comércio do Estado de São Paulo.

Capítulo I

O envelhecimento populacional e as suas implicações.

1.1- Conceituação de Velhice, Envelhecimento e Gerontologia.

1.1.1 Velhice

O aumento da população idosa vem ocasionando, ao longo dos últimos anos, o crescimento do número de pesquisas e estudos dos fenômenos que lhes são característicos, tais como a velhice, o envelhecimento e a ciência que se dedica ao estudo desses fenômenos.

Beauvoir (1990) entende que a velhice abrange uma multiplicidade de experiências, sendo então, impossível de agrupá-los em um conceito, ou mesmo em uma única noção. Já

Goldman (2000) entende a velhice como processo de adaptação a última etapa da vida, o que contempla as mudanças biológicas e sociais.

A velhice, para Gomes (2000) é um produto histórico, cultural e social. Mercadante (2003), do mesmo modo, considera a velhice um processo cultural e também natural. É natural, segundo o referido autor, se apreendida como um fenômeno biológico e um fato cultural na medida em que é revestida de conteúdos simbólicos.

Assim como os demais autores citados acima, para Angélica (2000, p.122) a velhice, “não constitui um fenômeno isolado no desenvolvimento humano, é um processo multifatorial”. Este processo, segundo a autora, apesar de evidenciar-se primariamente como

seqüência de transformações biológicas do organismo, reflete também, sobre as outras dimensões da pessoa, muitas vezes, até com maior intensidade e significação. Em acordo com

essa idéia, Neri (2007) entende que a velhice é delimitada por eventos de natureza múltipla,

incluindo, por exemplo, perdas psicomotoras, restrição em papéis sociais e cognitivos.

Portanto, a velhice não é determinada apenas por um fator, por exemplo, o biológico, mas por um conjunto de eventos que envolvem as dimensões sociais, econômicas e culturais,

o que leva a concluir que não é um fenômeno homogêneo. A idade utilizada para caracterizar

o início da velhice é um exemplo da sua heterogeneidade, pois difere entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos primeiros, são considerados velhos pessoas com

65 anos ou mais; nos segundos, com 60 anos ou mais, como é o caso do Brasil.

Segundo Neri (2007), para além de critérios cronológicos estabelecidos para a velhice, na medida em que aumenta a expectativa de vida, aumenta as diferenças nas características

12

dos idosos nos países, pois questões de gênero, classe social, saúde, educação, personalidade,

história passada e contexto sócio-histórico são importantes elementos que se mesclam com a

idade cronológica para determinar diferenças.

No entanto, existem aqueles, que estabelecem a velhice a partir de uma única ou isoladas características, por exemplo, os que a atribuem ao registro corporal. Para Santos

(2003), há características que são utilizadas para se determinar a velhice, tais como: cabelos

brancos, calvície, rugas, diminuição dos reflexos, compressão da coluna vertebral, enrijecimento corporal e outros. Contudo, essas características podem estar presentes, também, em pessoas jovens, assim como ainda é possível ser velho e, por meio de recursos

estéticos como plásticas, uso de cremes e ginásticas específicas, disfarçar a idade, ou seja,

torna-se difícil fixar a velhice pautando-se nas alterações corporais.

O entendimento a respeito do conceito, velhice social, também é importante para conhecer como ela é reconhecida, no mercado de trabalho. Velhice social segundo Goldman

(2000, p.20) “deve ser compreendida como resultante de um conjunto de determinantes econômicos, sociais, políticos e ideológicos que ocorrem na correlação de forças e contradições causadas pelo modo de produção capitalista”. Neri (2007) também a relaciona às

ocorrências no mundo do trabalho ocasionadas pelo modo de produção capitalista, o qual

produziu estereótipos negativos e preconceituosos a respeito da competência e da produtividade dos mais velhos, gerando a idéia de que a velhice começa aos 60 anos ou 65

anos, por serem essas as idades limites para a aposentadoria. Essa idéia varia em diferentes

organizações, profissões, contextos históricos e sociais.

Ao adotar a concepção de velhice social a partir de critérios que permitem ou não ao idoso continuar no trabalho, produz o que Neri (2007) chama de discriminação social por

critério de idade, fundamentalmente motivada por razões econômicas. Segundo a referida

autora, acabam por caracterizar os mais velhos como menos capazes e improdutivos na sociedade, desvalorizando-os nos processos de trocas sociais e, assim reduzindo o acesso aos

recursos que são, então, priorizados aos jovens e adultos capazes e produtores dos bens.

Essa discriminação e exclusão em relação à velhice produzem no idoso, de acordo com Neri (2007, p. 44) “isolamento, senso de inferioridade, baixo senso de auto-eficácia e incompetência comportamental” e ainda, limita a oportunidades às novas gerações de construir relações saudáveis com a própria velhice.

A autora considera solução para essa problemática, ações que se realizam e são acompanhadas no cotidiano do idoso, pois é alarmante o número de idosos que associam a

13

velhice a aspectos negativos.

De acordo Bokany e Venturi (2007), a pesquisa “Idoso no Brasil – Vivências, desafios e expectativas na terceira idade”, empreendida pelo SESC/FPA, em 2007, constatou que a

percepção da chegada da velhice, nos últimos anos, mostrou-se associada principalmente a

aspectos negativos, tanto entre os idosos (88%) como entre os demais segmentos da população (90%). Nela as doenças ou debilidades físicas são, para a maioria dos idosos, os

principais sinais da chegada da velhice, opinião de 58%. Segundo Bokany e Venturi (2007), o

desânimo e a perda de vontade de viver, também são percebidos como sinal de que se ficou

velho (citado por 35% dos idosos e por 28% dos não idosos) e ainda a dependência física,

apontada por pouco mais 1/4 de ambos os segmentos.

Os referidos dados mostram a visão negativa em relação à velhice e representam segundo os autores a ideologia que supervaloriza a juventude e discrimina a velhice como

algo natural e inerente a sociedade. Essa ideologia é consequência de fatores como, por exemplo, a influência exercida pelos meios de comunicação. De acordo com Costa (2007,

p.31) eles “mostram a cultura e a ideologia dominante de um povo que supervaloriza os atributos da juventude. Quando a sociedade admite essa ideologia vive uma submissão a interesses que tenta manter eternamente a juventude e a rejeição do próprio envelhecimento”.

Essa ideologia que atinge também os idosos causa, de acordo com Bokany e Venturi (2007), o sentimento de medo em relação à velhice. Os idosos, segundo Angélica (2000), têm

vários medos; destacando-se

de problemas econômicos; de perder o cônjuge e ficar só; de adoecer sem ter quem o auxilie; de ser colocado de lado, ser mandado para um asilo e ser esquecido como um objeto que perdeu sua utilidade; da violência, do roubo; da perda da visão ou da audição; da solidão, e o medo da morte (ANGÉLICA: 2000, p.123).

Para Angélica (2000, p.123) o medo “é muito comum na velhice e está associada à questão de perdas sociais, financeira, psíquica, familiares e outros”, pois se pode concluir que

é consequência da ideologia dominante que só mostra os aspectos relacionados a perdas adquiridas na velhice. Costa (2007) entende que um aspecto que deve ser estudado e divulgado é que a velhice não acarreta somente perdas, debilidades ou fragilidades, mas ganhos e possibilidades se houver o rompimento dos estereótipos e preconceitos, pois só assim é possível encontrar os meios da pessoa idosa vivenciar essa etapa da vida sem medos.

14

Portanto, a velhice não é estabelecida e dimensionada apenas pelo amadurecimento biológico, e sim pelo estilo de vida e as influências do meio social no qual a pessoa idosa

vive.

1.1.2- Envelhecimento

A compreensão do termo envelhecimento é importante para o entendimento das dimensões referentes à vida dos idosos e sua valorização como cidadão. O envelhecimento em

termos biológicos compreende os processos para Neri (2007) de transformações do organismo

que ocorrem após a maturação sexual e implicam na diminuição gradual da probabilidade de

vida. Segundo a autora, esses processos iniciam-se em diferentes épocas, ritmos e acarretam

resultados distintos para as diversas partes e funções do organismo.

Entretanto, há um limite para o envelhecimento, o qual é estabelecido, segundo a

referida autora, por um programa genético que permite ao organismo suportar uma determinada quantidade de mutações. Na atualidade, estima-se que o limite é em torno de 120

anos. A referida autora considera que o alcance desse limite e do aumento da expectativa de

vida, nos últimos anos, é consequência do progresso social e aos avanços da ciência.

De forma sintética, envelhecimento é o processo que se traduz em aumento da vulnerabilidade, em acumulação de perdas evolutivas e no aumento da probabilidade de morte

(NERI, 2007). O ritmo, a duração e os efeitos desse processo comportam diferenças individuais e de grupos etários, dependentes de eventos de natureza genético-biológica, sóciohistórica

e psicológica.

Portanto, pode-se concluir que o processo de envelhecimento provoca uma diminuição da capacidade do idoso em reagir às situações novas. No entanto, de acordo com Angélica

(2000) essa incapacidade não deve ser vista de forma determinista e inflexível, já que cada

mais vez se tornam comuns casos de pessoas que vivenciam o processo de envelhecimento

com motivação, entusiasmo, saúde, autonomia, independência, dentre outros, frente às adversidades e mudanças.

Há algumas décadas o envelhecimento apresentava à pessoa idosa, segundo Angélica (2000, p.124) “uma significativa dificuldade em aplicar conhecimentos adquiridos ou experiências anteriores aos novos desafios”, grande parte em função da dificuldade de acompanhar as rápidas transformações, pois exigiam constante atualização e reestruturação do

já vivido.

15

Essa dificuldade gerou a necessidade do estudo a respeito do envelhecimento social, o qual Neri (2007) define como o processo social de mudanças em papéis e comportamentos,

ou seja, o envelhecimento social se refere às adequações dos papéis e dos comportamentos

dos idosos.

As adequações, segundo Costa (2007), são necessárias porque é no envelhecimento que as relações sociais diminuem, ocasionando perdas de papéis, insuficiência dos recursos

econômicos para satisfação das necessidades; ocorrem alterações na família e diminuição das

relações interpessoais. Mas por outro lado, de acordo com a referida autora, há maior participação do idoso em atividades da comunidade, participação de pessoas que buscam

interagir e criar espaços que possam servir para a superação das transformações e dificuldades

que fazem parte desta etapa da vida.

O envelhecimento em alguns lugares é considerado um problema, principalmente, nos países em desenvolvimento, pois, de acordo com a referida autora, os mesmos não se organizaram no âmbito econômico, cultural e social para acompanhá-lo. Deste modo, não

preparam condições para que os idosos vivessem o envelhecimento com qualidade de vida.

Porém, há países que tem se preocupado com essa questão. O Brasil, por exemplo, tem criado

políticas públicas que promovam uma velhice sem riscos e privações. Esse assunto será detalhado melhor no capítulo seguinte.

Para Costa (2007) quando forem criadas ações voltadas para a melhoria de vida do idoso devem ser discutidas, também, pelos próprios idosos, pois estes possuem o direito de

opinar sobre essa questão, o que proporcionará o seu descobrimento como agente de mudança

no envelhecimento, tanto no nível pessoal como no social. Angélica (2000) considera que

essa discussão junto ao idoso é positiva, porque amplia as possibilidades de resgate do valor

de sua existência na sociedade em que vive.

A finalidade dos tópicos sobre velhice e envelhecimento consiste em aprofundar de forma sintética os referidos conceitos. A velhice, portanto, é a fase da vida em que se encontra

a pessoa idosa, já o envelhecimento é o processo que a pessoa passa para chegar à velhice.

Esses conceitos, muitas vezes, são considerados com referência às restrições, perdas e modificações que ocorrem no corpo, ou seja, na esfera física e biológica. No entanto, são

fenômenos que referem a todas as dimensões da vida: sociais, emocionais, culturais e econômicas.

16

1.1.3- Gerontologia

Tanto a velhice como o envelhecimento, ao longo dos anos, se consagraram temas privilegiados de diversas áreas, tornando necessário o surgimento de uma ciência que se dedicasse ao estudo desses processos. Sendo assim, a gerontologia é a ciência que descreve e

explica as mudanças típicas do processo de envelhecimento e de seus determinantes genéticobiológicos, psicológicos e socioculturais.

Neri (2007) define que a gerontologia é a ciência que estuda as características dos idosos, bem como as várias experiências da velhice e do envelhecimento ocorridas em diferentes contextos socioculturais e históricos. O termo Gerontologia, de acordo com referida

autora, foi usado pela primeira vez em 1903, originário do grego, *gero* significa velho, e *logia*, estudo. Na época, segundo Neri (2007), previa-se que a Gerontologia teria crescente

importância no século XX, em virtude dos ganhos em longevidade para os indivíduos e as

populações, devido aos avanços das ciências naturais e da medicina.

Já o termo Gerontologia social, segundo a autora, foi usado pela primeira vez em 1954 para descrever a área da Gerontologia que se ocupava dos impactos das condições sociais e

culturais sobre o envelhecimento e das consequências sociais desse processo.

Sendo assim, Lopes e Neri (2007) consideram dados sobre raça, etnia, escolaridade e

renda, importantes na gerontologia para o estudo da velhice, pois desmitificam a idéia de
de
homogeneidade do envelhecimento e da velhice, permitem compreender como as
influências
culturais e sociais atuam no comportamento dos indivíduos e no desenvolvimento da
própria
sociedade sobre a longevidade.

Constituem temas importantes na gerontologia, no entendimento Neri (2007), as
atitudes em relação a velhice, práticas e políticas sociais, formas de gestão da velhice
pelas
instituições sociais, organizações governamentais, não governamentais, índices de bem-
estar
da população idosa, redes de suporte social e relações intergeracionais. São importantes,
segundo a autora, pois são utilizados no atendimento das necessidades da pessoa idosa e
porque a Gerontologia tem como objetivo estudar todas as dimensões que se referem à
vida
na velhice.

Embora a Gerontologia, de acordo com Neri (2007) seja um campo que envolve
muitas disciplinas, a pesquisa nesse âmbito se baseia no eixo formado pela biologia,
psicologia, as ciências sociais e nos seus modelos, métodos e teorias, o que contribui
para a
descrição e a explicação da dinâmica do envelhecer.

17

Também comporta interfaces, segundo a referida autora, com áreas profissionais:
clínica médica, psiquiatria, geriatria, fisioterapia, enfermagem, serviço social, direito,
psicologia clínica e psicologia educacional. Dessas áreas derivam soluções para
problemas
individuais, sociais, novas tecnologias, evidências e hipóteses para pesquisa. Portanto,
no
entendimento de Neri (2007), a Gerontologia é um campo multiprofissional e
multidisciplinar.

Conclui-se, então, que a Gerontologia ganha relevância no desenvolvimento de ações
com o objetivo de promover uma velhice saudável em todas as suas dimensões. Para
alcançar
esse é importante o desenvolvimento de teorias acerca do processo de envelhecimento
que
integrem a qualidade de vida e com a própria compreensão dos idosos acerca desse
fenômeno.

1.2-Os aspectos do envelhecimento populacional mundial.

O envelhecer se consagrou como um dos maiores triunfos da humanidade e também
como um dos seus grandes desafios, pois tem causado o aumento das demandas sociais
e
econômicas. Segundo os dados apresentados, no Plano de ação internacional sobre
envelhecimento (2002), o envelhecimento passará a ter grande importância nos países
em
desenvolvimento que, de acordo com as projeções, envelhecerão rapidamente na
primeira
metade do século XXI.

Sendo assim, é importante ressaltar que Costa (2007) considera fundamental, o estudo

sobre a evolução do envelhecimento mundial e entende que deve existir uma atenção tanto

para a dimensão social como para as políticas públicas que são e foram adotadas no atendimento das necessidades dos idosos.

O conhecimento a respeito do envelhecimento é importante para saber quais são as futuras medidas adotadas, pertinentes à população idosa, pois por muitos anos permaneceu

ignorada, e suas demandas esquecidas, ganhando atenção somente nas primeiras décadas do

século XX. Nos Estados Unidos, por exemplo, segundo Costa (2007, p.31) “o contingente de

pessoas idosas dobrou entre os anos de 1900 e 1930, e se registrou crescimento em dobro nas

duas décadas seguintes”. Devido a esse fenômeno surgiram naquele país e em outros, pesquisas voltadas para a temática do envelhecimento.

De acordo com Costa (2007) a Alemanha foi pioneira em iniciar estudos especializados sobre longevidade, mas precisamente em 1939, nos Estados Unidos, em 1945,

segundo a referida autora, foi criada a sociedade de Gerontologia e no ano seguinte, foi 18

editada uma publicação dedicada ao envelhecer. A partir daí tornou-se um dos mais importantes temas de interesse dos pesquisadores em diferentes áreas, pois o idoso constitui

camada populacional presente em todos os segmentos sociais.

Contrário ao que se imagina, Nasri (2008) afirma que o envelhecimento populacional resulta do declínio da fecundidade e não do declínio da mortalidade, ou seja, uma população

se torna idosa à medida que aumenta a proporção de indivíduos velhos e diminui a de jovens.

Foi assim, que ocorreu a transição demográfica na Europa.

O aumento da expectativa de vida ocorreu, de acordo com o autor, de modo lento e foi possível graças às melhorias nas condições sociais, saneamento e de avanços na produção

de medicamentos, antibióticos e de vacinas. O Ministério da Saúde (2006) também considera

que a longevidade é uma resposta a queda da fecundidade, mortalidade e às novas tecnologias

e analisa que nos países desenvolvidos “o envelhecimento ocorreu de forma gradual, associado às melhorias nas condições gerais de vida, e nos países em desenvolvimento acontece de forma rápida, sem tempo para reorganização social adequada para atender às

novas demandas emergentes” (2006, p.7). Veras (2002) ressalta, entretanto, que os países

desenvolvidos ocorreu acompanhado de um progresso sócio-econômico e com um sistema de

proteção social.

São exemplos de países que tiveram esse processo de envelhecimento, segundo a referida autora, acompanhado de um suporte sócio-econômico: Alemanha, França, Inglaterra,

Espanha, e os Estados Unidos. De acordo com Veras (2002) na Europa e América do Norte, em 2025, o crescimento da população idosa aumentará de 20% para 28% e de 16% para 26% respectivamente.

Nesses países, apesar do suporte econômico e social para atender as necessidades advindas da longevidade, Costa (2007) ressalta que estudiosos da longevidade, como Silvio

Henrique Fillipozzi Lafin, afirma que há lacunas no atendimento aos idosos, pois constituem um grupo que necessita de mais recursos financeiros para desfrutar de uma melhor qualidade de vida.

Veras (2002) também entende que os sistemas de proteção social na atualidade, nos países desenvolvidos, possuem restrições para a sustentabilidade financeira que a população

idosa requer. Embora tenham podido envelhecer gradualmente, enfrentam problemas resultantes da relação entre envelhecimento, desemprego e a sustentabilidade dos sistemas de

pensões. Já os países em desenvolvimento enfrentam o problema, segundo a autora, de administrar um desenvolvimento simultâneo com envelhecimento, sem que haja restrições

19

nos direitos adquiridos.

Segundo as estatísticas da OMS (2002) no início dos anos 2000, cerca de 10% da população mundial era constituída por pessoas com mais de 60 anos. O grupo de idade mais

numeroso era o de 65 a 74 anos e o menos numeroso era o de 85 anos ou mais. O número de

mulheres idosas superava o de homens.

De acordo com o Plano de ação internacional sobre envelhecimento (2002) espera-se que por volta de 2050 o percentual de pessoas idosas passe de 8% a 19%, enquanto que o de

crianças cairá de 33% para 22%. Isso implicará em mudanças significativas nas estruturas da

sociedade, demandando novas ações e políticas. Esse aumento já é realidade em alguns países

desenvolvidos que já apresentam um crescimento negativo da sua população, com taxa de

natalidade mais baixa que a de mortalidade, passando os idosos a terem um peso maior no

total da população.

Segundo Costa (2007, p.35):

“A divulgação de conhecimentos sobre o processo de envelhecimento e as necessidades que isso acarreta se faz necessário para que, em um futuro próximo, os adultos de hoje, quando chegarem à velhice venham ser reconhecidos pelas experiências adquiridas na trajetória de vida, sem que seja preciso substituir o velho pelo novo, mas, ao contrário, sempre se aprenda com o já apreendido”.

O Art. 6º da Declaração Política do Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento (2002, p.20) dispõe que:

“O mundo moderno possui riquezas e capacidade tecnológica de oferecer

oportunidades para capacitar homens e mulheres para chegar à velhice com mais saúde e desfrutando de um bem-estar mais pleno; buscar a inclusão e a participação total dos idosos na sociedade; permitir que os idosos contribuam mais eficazmente para suas comunidades e reconhecendo que é necessária uma ação acordada para transformar as oportunidades e a qualidade de vida de homens e mulheres, à medida que envelhecem”.

Portanto, há condições do Estado acompanhar o crescimento da população idosa de forma a garantir boas condições de vida e lhes proporcionar meios de vida dignos, referentes a

20

todas as esferas da sociedade.

1.3- O processo de envelhecimento brasileiro.

O Envelhecimento populacional no Brasil, nas últimas décadas, tem sido acelerado, e segundo Costa (2007, p.7), “possui um grande desafio no século XXI, de oferecer qualidade

de vida para as pessoas que envelhecem em um país considerado, até há pouco tempo, jovem

e voltado para jovens”.

Nasri (2008, p.4) “explica que entre os anos 1940 e 1960, o Brasil experimentou um declínio significativo da mortalidade e da fecundidade, o que gerou uma população jovem

quase estável e com rápido crescimento”. No entanto, segundo o autor, a partir dos anos 1960,

a redução da fecundidade, que se iniciou nos grupos populacionais mais ricos e nas regiões

mais desenvolvidas, generalizou-se e desencadeou o processo de transição da estrutura etária,

com o crescimento do número de pessoas idosas.

A CODEPLAN (1998) também considera que o envelhecimento da população brasileira só ocorreu a partir da década de 60, quando os níveis de fecundidade começaram a

decrecer, passando de 6,2 filhos por mulher em 1960 para 5,8 em 1970, 4,4 em 1980 e 2,8

filhos por mulher em 1991.

No Brasil, a preocupação com os aspectos da longevidade é relativamente recente, segundo Camarano (2002) foi primeiramente levantada nos estudos sobre as conseqüências

demográficas da queda da fecundidade. Posteriormente o IPEA iniciou estudos, afirma a autora, devido à questão dos impactos do envelhecimento na previdência social e alguns estudos chegavam a alertar catástrofes em relação ao risco da longevidade, caso as contribuições e/ ou impostos não aumentassem ou o valor dos benefícios sociais não fosse

reduzido, ou, mesmo, a idade mínima para a aposentadoria não aumentasse.

Na verdade, esses estudos, apresentavam uma preocupação apenas econômica.

Diferentemente, dos países desenvolvidos, o Brasil não tinha uma preocupação com a qualidade de vida da população que estava envelhecendo. Porém, com o passar dos anos, as

condições de vida da população idosa brasileira passaram a ser alvo dos estudos.

Segundo Faleiros (2007), em 1982, surgiu no Brasil, a primeira Universidade da

Terceira Idade, e em 1985, de acordo com Camarano e Pasinato (2002) foi criada a

Associação Nacional de Gerontologia (ANG), órgão técnico-científico de âmbito nacional, voltado para a investigação e prática científica em ações de atenção ao idoso. Em 1980, 21

também, segundo as referidas autoras, há a expansão dos grupos de idoso articulados a várias organizações.

Apesar das frágeis medidas adotadas pelo Brasil, ao longo dos anos, para promover à população uma velhice com qualidade, o país tem alcançado uma maior expectativa de vida.

A Síntese de Indicadores Sociais, análise divulgada pelo IBGE, no dia 24/09/2008, mostrou

que a expectativa de vida do brasileiro subiu para 72,7 anos. Segundo a pesquisa, o acelerado

processo de envelhecimento no Brasil é resultado dos avanços tecnológicos, redução da taxa

da fertilidade, adiamento da mortalidade em função dos avanços da medicina e dos meios de comunicação.

De acordo com os dados do IBGE (2008) a população brasileira, no período de 1997 a 2007, apresentou um crescimento relativo de 21,6%, enquanto o contingente de pessoas de 60

anos ou mais de idade foi mais acelerado, alcançando o percentual de 47,8%. O segmento

populacional de 80 anos ou mais de idade possui um percentual ainda superior, equivalente a 86,1%.

Em 2007, havia, no Brasil, quase 20 milhões de idosos correspondendo a 10,5% do total da população. Destes, 16,5 milhões viviam na área urbana e 3,4 milhões na área rural.

Em relação à divisão por sexo, a referida pesquisa mostra que as mulheres apresentam maior

longevidade. Em 2007, no conjunto do país, havia 79 homens idosos para cada 100 mulheres

idasas. Os resultados mostram ainda que no grupo de 65 anos ou mais de idade a razão cai de

76 homens para cada 100 mulheres e no de 70 anos ou mais é de 72 homens para cada 100

mulheres (IBGE: 2008).

Segundo IBGE (2006) no Brasil há a proporção de idosas sem nenhuma fonte de renda, em relação aos idosos é de 18,6% para 3,5%. De acordo com Neri (2007) os homens

idosos possuem rendimentos em média, o dobro das mulheres e no que se refere a proporção

de idosos sem instrução e menos de um ano de estudo, em 2007, era de 32,2% no conjunto do

país, resultado das políticas públicas adotadas no país.

O crescimento quantitativo de pessoas idosas implica em conseqüências sociais, culturais, econômica, psicológicas e epidemiológicas. As condições econômicas dos idosos

refletem-se na sua saúde física e emocional. De acordo com os estudos de Neri (2007), os de baixa renda têm piores indicadores de saúde e capacidade funcional. No que se referem às doenças, as principais causas de morte, entre idosos de ambos os sexos, no Brasil, são, em primeiro lugar, as doenças do aparelho circulatório; em segundo, os neoplasmas e em terceiro, as doenças do sistema respiratório.

22

Um fator importante, que refere à reprodução e nível de bem-estar do idoso é a sua contribuição no orçamento familiar. Nesse sentido, de acordo com o IBGE (2008:169-170) “a contribuição dos idosos, em 53% dos domicílios, representa mais da metade do total da renda domiciliar, sendo esta situação ainda mais expressiva no Nordeste (63,5% dos domicílios), refletindo a importância da pessoa idosa na participação no conjunto do orçamento familiar”.

Nas últimas décadas, no Brasil, o envelhecimento populacional fez com que crescessem as possibilidades de convívio, em uma mesma família, de duas ou três gerações diferentes.

Segundo IBGE (2008), esse convívio do idoso com filhos ou parentes, é uma situação saudável e positiva para o seu bem-estar. No Brasil, 45% dos idosos viviam com seus filhos na condição de chefe do domicílio, sendo que nas Regiões Norte e Nordeste estes percentuais ficaram em 50%.

Por outro lado, existem idosos que são vítimas de violência e maus tratos por familiares. A OMS (2002) afirma que os maus tratos ocorrem por meio de ações e omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física, emocional e impede o desempenho do papel social do idoso. A violência pode acontecer como uma quebra da segurança dos idosos em relação às pessoas (filhos, cônjuge, parentes, cuidadores e sociedade em geral) e compreende: abusos físicos, psicológicos, abandonos, negligência, abusos financeiros e sociais.

Diante dos argumentos citados conclui que há a necessidade de que as medidas adotadas no atendimento a população idosa no Brasil, deva prever todas as questões referentes

ao seu bem-estar físico, social e mental, para que os mesmos não se tornem vítimas de exploração, negligência e maus tratos daqueles que não reconhecem os seus direitos.

1.4- O envelhecimento no Distrito Federal 1.

O conhecimento das características demográficas de uma sociedade e a previsão de seu comportamento são condições essenciais para o diagnóstico e as decisões das ações de planejamento. No Distrito Federal a transição demográfica aconteceu a partir da redução dos níveis de natalidade, mortalidade e migração. Teve como uma de suas mais importantes

conseqüências o aumento do volume e participação relativa da população idosa e a necessidades de ações voltadas para essa população.

¹ Texto elaborado a partir de informações da CODEPLAN (1998) e SEDUH (2001).

23

A dinâmica demográfica do DF, desde a construção de Brasília até os dias atuais, apresenta características próprias, distinta e marcada pela urbanização devido ao seu papel de

pólo de atração, fruto do processo nacional de interiorização.

O DF foi criado pela Lei nº 2.874, em 1956, e compreendia uma área de 5.789 km². A sua ocupação foi lenta até os anos 50, quando se iniciou a construção de Brasília, o que provocou as primeiras correntes migratórias de trabalhadores. Em 1960, ano da inauguração

de Brasília, o Censo demográfico indicou a presença de 140.164 residentes. A grande maioria

era de adultos em idade ativa, sendo que 68% tinham entre 15 e 59 anos e os idosos representavam cerca de 1%.

Nessa época o número de nascimentos era bastante elevado em função das altas taxas de fecundidade vigentes à semelhança da média brasileira, em torno de 06 filhos por mulher,

em idade reprodutiva. Boa parte destes nascidos não chegava a completar 01 ano de vida,

uma vez que a taxa de mortalidade infantil atingia cerca de 125 crianças para cada mil nascidos vivos. Associada a essa taxa, a mortalidade geral era também elevada o que fazia

com que a esperança de vida ao nascer não ultrapasse a média dos 54 anos.

A primeira característica que se observa na análise da população idosa do DF em 1960 segundo a CODEPLAN (1998) é a predominância de homens, representando 51,7% da população. Fato que se explica pelas correntes migratórias masculinas para áreas de ocupação

e pela expectativa de oferta de postos de trabalho na construção civil. No entanto, essa proporção sofreu alterações, ao longo dos anos, pois as correntes migratórias posteriores foram favoráveis às mulheres. Em 1970, a participação das mulheres entre os idosos ultrapassou a dos homens, ampliando-se para 53,9%, em virtude da expansão do setor de

serviços, o qual é tradicional empregador de pessoas do sexo feminino.

O censo demográfico de 1970 dos residentes no DF, 69% eram imigrantes, 42% eram crianças até 14 anos, 44% tinham idades entre 15 e 39, 12% estavam entre 40 e 59 anos e 2%

eram idosos de 60 anos e mais. A fecundidade sofreu desaceleração registrando a média de

5,6 filhos por mulher em idade fértil pouco inferior à média brasileira da época que era de 5,8.

Em 1980, residia no DF, 1.176.935 pessoas, os mais velhos passaram a representar 2,9% da população, em decorrência da diminuição relativa das crianças. Nesse período, a

participação dos menores de 15 anos que representavam 42%, em 1970, decresceu para 38%,

fenômeno ocorrido em todo o país. No DF, por exemplo, caiu de 5,6 filhos por mulher em

1970 para 3,6 em 1980.

As melhorias no atendimento médico e educacional interferiram diretamente na
24
diminuição da mortalidade infantil, levando à redução de 93 óbitos por mil nascidos vivos em 1970, para 54 em 1980. Essa redução da mortalidade infantil aliada à maior inserção feminina no mercado de trabalho foram os fatores que mais contribuíram para o aumento da expectativa de vida.

Em 1991, a população do DF passa a 1.601.094 pessoas, sendo que diminui a proporção de crianças para 34%, enquanto a de idosos aumentou de 2,9% em 1980 para 4%.

Permanecia uma estrutura jovem, mas, por outro lado, começou a refletir o processo de envelhecimento da população. Devido à continuidade da queda da taxa de mortalidade infantil, de 54 para 31 óbitos por mil nascidos vivos e a esperança de vida ao nascer que passou de 65 em 1980, para 68 anos em 1991. As crianças menores de 15 anos decresceram de 34 para 30% entre 1991 e 1996, enquanto os adultos (15 a 59 anos) passaram de 62 para 65% no mesmo período e os idosos passaram a representar 5% da população.

Em 2006, conforme o IBGE (2006), a população de idosos no Distrito Federal era de 127.418 com idade igual ou superior a 60 anos. O total de mulheres idosas era de 70.801, representando 56,95% do total de idosos e a quantidade de homens idosos era 56.617.

Segundo a CODEPLAN (1998) às características básicas do envelhecimento populacional do DF, em relação às mulheres são: predominância feminina entre os idosos, acentuada nos grupos de idades mais avançadas, incidência de mulheres separadas e viúvas. A longevidade é resultado, como já mencionado, da melhoria de saúde, saneamento, urbanização, industrialização, maior participação feminina no mercado de trabalho e pelo aumento dos níveis de escolarização. Uma das mais importantes conseqüências desse processo consiste no aumento do volume e participação relativa da população idosa. De acordo com as análises da CODEPLAN (1998), a sociedade encontra-se diante da questão de não ter conseguido equacionar as dificuldades próprias do país jovem e ter que enfrentar os problemas ocasionados do envelhecimento. Fica evidente que o crescimento quantitativo da população idosa pressionará, cada vez mais, o Estado e a sociedade por maior atenção a programas sociais de valorização e assistência ao idoso, o que envolverá, necessariamente, uma redistribuição eficaz dos recursos.

1.5- As políticas sociais na configuração dos direitos do idoso no Brasil.

Os desafios ocasionados pelo envelhecimento apresentam diversas dimensões e dificuldades deles consistem em garantir aos idosos a sua integração na sociedade de forma

25

digna, de modo a contrapor a redução de serviços universais decorrente da política neoliberal.

Esta segundo Goldman (2000, p. 15) “acirra os problemas sociais, políticos e culturais devido

à exclusão ocasionada pela Revolução Técnica e Científica” que restringe as oportunidades

aos mais velhos de acompanhar o acelerado ritmo das mudanças tecnológicas.

A política neoliberal contemporâneo, segundo Faleiros (2007) reduzem os direitos adquiridos em uma perspectiva de Estado mínimo, o qual dá maior importância ao mercado,

No entanto, a força política da população idosa vem conquistando espaço e se tornando visível como fenômeno social relevante no Brasil. Lutam pelos seus direitos, pela coexistência

de gerações, pesquisas sociais, biomédicas e novas tecnologias que possam lhe proporcionar qualidade de vida.

Os idosos têm se organizado de diversas formas o que pressiona o Estado a criar e implementar políticas públicas contrárias aos interesses neoliberal. Segundo Camarano e

Pasinato (2002) deve existir um processo de desenvolvimento econômico e social com princípios capazes de garantir tanto um patamar econômico mínimo para a manutenção da

dignidade humana, quanto à equidade entre os grupos etários na partilha dos recursos, direitos

e responsabilidades sociais.

O Brasil, conforme Siqueira (2007), conta com amplo arcabouço legal para a garantia dessa condição. Contudo, a referida autora destaca que os idosos brasileiros têm demandas

específicas e, portanto, necessidades urgentes não atendidas, pois no Brasil existe um problema entre as propostas das políticas públicas e sua concretização.

Neves (2000) entende como Siqueira (2007) que, no Brasil, a questão da longevidade soma-se a uma ampla lista de questões sociais não-resolvidas, como a pobreza, exclusão social e os elevados níveis de desigualdade vigentes na sociedade. Neri (2007) considera que

os preconceitos e estereótipos em relação à pessoa idosa são os fatores que impedem a concretização das políticas públicas, o que acaba por realçar a sua dependência, incapacidade,

advoga práticas assistencialistas e políticas protecionistas.

As práticas sociais protecionistas correspondem ao princípio segundo o qual cuidar bem do idoso significa fazer por ele, contribuem, no entendimento de Neri (2007), para instalar, manter e fortalecer a dependência física e psicológica. Essa idéia está presente, conforme a autora, tanto na família como no contexto das instituições de idosos. Do mesmo

modo, as práticas assistencialistas incentivam e fortalecem as atitudes negativas em relação

aos idosos, principalmente em sociedades nas quais predomina a desigualdade social, como é

o caso do Brasil.

26

As políticas públicas são medidas contrárias às práticas protecionistas, assistencialistas e visa à garantia dos direitos. Para Pereira (2008) são intervenções do Estado e da sociedade

civil com a finalidade de promover a cidadania, o bem-estar aos indivíduos, sobretudo onde

residem as desigualdades sociais. Política Pública, de acordo com Pereira (2008), é algo público, isto é, de todos, e não do Estado ou coletiva (de grupos particulares da sociedade) e

muito menos individual.

As políticas sociais, conforme a referida autora, referem a ações que determinam o padrão de proteção social implantado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando à diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico.

Os direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988 desencadearam estudos acerca das políticas públicas pertinentes a todos os cidadãos brasileiros e leis que vieram

regulamentá-los. Entretanto, no cenário neoliberal a luta pela efetivação dos direitos formalmente conquistados se dá por meio de embate político, tendo em vista que o Estado

tem transformado as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias.

Assim, em virtude das influências neoliberais, muitos direitos já efetivados no Brasil foram de fato considerados como prioridade na agenda pública, muito tempo depois da Constituição Federal de 1988. Entre eles está o direito do idoso e da criança e do adolescente.

De acordo com Faleiros (2007) no Brasil os direitos da pessoa idosa apareceram pela primeira vez na Constituição de 1934 (inciso h do parágrafo 1º do artigo 121) sob a forma de

direitos trabalhistas e previdenciários. A Constituição de 1937 (artigo 137) estabeleceu o

seguro velhice para o trabalhador, a de 1946 (artigo 157) a Previdência “contra as consequências da velhice” e de 1967 a Previdência Social “nos casos de velhice” (artigo 158).

Camarano e Pasinato (2002) destacam duas iniciativas engendradas em 1960 e que tiveram impacto no desenvolvimento futuro das políticas brasileiras para a população idosa. A

primeira foi à criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia em 1961. Um dos

seus objetivos era estimular iniciativas e obras sociais de amparo à velhice e cooperar com

outras organizações interessadas em atividades educacionais, assistenciais e de pesquisas

relacionadas com a Gerontologia.

A segunda teve início em 1963 por iniciativa do Serviço Social do Comércio (SESC).

Consistiu um trabalho com um pequeno grupo de comerciários na cidade de São Paulo, preocupados com o desamparo e a solidão entre os idosos. A ação do SESC revolucionou o

trabalho de assistência social ao idoso, segundo as autoras, pois até então as instituições que

27

cuidavam da população idosa eram apenas voltadas para o atendimento asilar. Faleiros (2007)

também considera que o SESC foi que iniciou as atividades de centros de convivência abertos

aos idosos.

A velhice no Brasil, segundo o referido autor, era configurada com uma questão privada, do âmbito da família, da filantropia e da religião. O Estado iniciou ações voltadas

para os idosos, em 1943, com a criação da Legião Brasileira de Assistência – LBA que desenvolvia alguns programas para idosos, entre eles, o de apoio a asilos. No entanto, esses

programas não visavam à garantia dos direitos e eram de cunho assistencialista.

Um avanço, em relação à ação do Estado, para o enfrentamento das questões sociais referentes ao envelhecimento, conforme Faleiros (2007) foi à criação da lei 6.119/74, em

1970, que instituiu a Renda Mensal Vitalícia, no valor de 50% do salário mínimo, para pessoas maiores de 70 anos que houvessem contribuído para a Previdência, pelo menos por

um ano. Outra iniciativa, nessa década, segundo Camarano e Pasinato (2002) foi a criação do

benefício não-contributivo para os trabalhadores rurais

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1975, conforme Faleiros (2007) passou a apoiar os trabalhos com grupos de idosos, como lugares de socialização. No

final de 1970, as pessoas idosas começaram a se organizar em associações, quando também o

Ministério da Saúde se voltou para a questão do envelhecer.

Segundo Camarano e Pasinato (2002) só em 1976 o primeiro documento do governo federal contendo diretrizes da política social para a população idosa foi editado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. Segundo as autoras, o documento baseou-se

nas conclusões de três seminários regionais realizados em São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza e um nacional. Os seminários objetivaram a identificação das condições de vida do

idoso brasileiro e do apoio assistencial existente para atender suas necessidades.

Em 1977, de acordo Camarano e Pasinato (2002) foi criada a Associação Cearense Pró-idosos (Acepi) que tinha o objetivo de reivindicar os direitos dos idosos, estabelecerem

trabalhos conjuntos com o Estado, assim como organizar entidades de atenção a pessoa idosa.

No Brasil as políticas sociais para a população idosa consistiam no provimento de renda para os que trabalharam de alguma forma e de assistência social para os necessitados e

dependentes. Para as referidas autoras a visão que predominou nas políticas era de vulnerabilidade e dependência. Em 1988, com a Constituição Federal que introduziu os direitos sociais na ordem da seguridade social, essa visão começou a mudar, pois os idosos

passaram a ser considerados como cidadãos de direito. A rede proteção social deixou de estar

28

vinculada ao contexto social-trabalhista e assistencialista. O capítulo da Ordem Social institui,

no artigo 203, o direito a um salário mínimo em situação de falta de meios de subsistência ao

idoso e ao portador de deficiência.

A CF de 1988 estabelece no artigo 230 como dever da família, da sociedade e do Estado o amparo às pessoas idosas. No parágrafo 1º dispõe que os programas de amparo devem ser executados preferencialmente em seus lares, valorizando a família e ainda, assegura a gratuidade dos transportes coletivos urbanos (parágrafo 2º).

Esses artigos representam um marco na promoção da cidadania do idoso e, conseqüentemente, uma melhoria em sua qualidade de vida. Isso evidencia que envelhecer no

século XXI, não terá o mesmo significado que teve no século XX. Faleiros (2007) considera

que em síntese, a emergência dos direitos sociais para o idoso é um processo diferenciado,

pois os grupos de idade não são iguais, variam conforme o meio sócio-econômico, a tecnologia e o processo de urbanização. Fica evidente que a velhice está assumindo novos

significados diante do Estado, da sociedade e dos indivíduos.

Na década de 1990 foram regulamentados dispositivos constitucionais referentes às políticas de proteção aos idosos. Faleiros (2007) destaca que foi organizada a COBAP (Confederação Brasileira de Aposentados), que lutou pelo aumento dos valores das aposentadorias, pelos direitos sociais e pela cidadania. Já em 1993, foram regulamentados os

princípios constitucionais referentes à assistência social, com a aprovação da LOAS (Lei

8.742, de dezembro de 1993).

Essa lei estabeleceu programas e ações de atenção ao idoso, em co-responsabilidade nas três esferas de governo, regulamentou o artigo 203 da CF/1988, significando um avanço

no que se refere à proteção social. O referido artigo estabelece o Benefício de Prestação Continuada – BPC, no valor de 01 salário mínimo, às pessoas maiores de 70 anos de idade

pertencentes a famílias com renda mensal renda *per capita* inferior a 1/4 do salário mínimo.

Em 1998 a idade mínima para o recebimento do benefício foi reduzida para 67 anos e em

2004 para 65 anos. Atualmente essa política continua sendo executada, porém a idade mínima

para o recebimento do benefício é 65 anos e o idoso deve ter uma *per capita* inferior a 1/4 do

salário mínimo.

Conforme o IBGE (2008) as análises da série de dados das PNAD`s referente aos anos de 1997, 2002 e 2007 apresentam a queda expressiva na proporção de idosos em situação de

pobreza, possivelmente, resultado de políticas públicas dirigidas a eles, o que pode ser creditado a LOAS. A referida Lei, segundo as análises, ao conceder o benefício de 01 salário

29

mínimo aos maiores de 65 anos, pertencentes às famílias com renda mensal *per capita* inferior a 1/4 do salário mínimo, proporcionou o impacto positivo nas condições de vida da

população idosa.

Portanto, ao mesmo tempo em que existe o aumento da expectativa de vida que desencadeia demandas, por exemplo, sociais e econômicas, existe a implementação de políticas sociais que representam mudanças de comportamento em relação à pessoa idosa e das práticas assistencialistas que se baseavam na idéias do idoso incapaz e dependente. Essas mudanças são resultado dos debates e ações voltadas para a promoção da cidadania do idoso.

1.5.1-A Política Nacional do Idoso no Brasil.

Em 1994, foi aprovada a Lei 8.842 que institui a Política Nacional do Idoso (PNI). Esta prosseguiu com as diretrizes estabelecidas pela CF de 1988. Camarano e Pasinato (2002) destacam que a PNI foi fortemente influenciada pelo avanço dos debates internacionais sobre a questão do envelhecimento.

A PNI consiste em um conjunto de ações governamentais com o objetivo de assegurar os direitos sociais dos mais velhos, partindo do princípio fundamental de que o idoso é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades: físicas, sociais, econômicas, culturais e políticas. Estabelece o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), que veio a ser implementado apenas em 2002. O

CNDI passou a acompanhar e a controlar as políticas públicas destinadas à população idosa.

Para Neri (2007) a Política Nacional do Idoso trouxe nova perspectiva para o atendimento ao idoso, nova forma de encará-lo, considerando-o como cidadão de direitos, apto a se cuidar e governar. Constitui um marco, pois apresenta velhice como um tema pertinente a toda a sociedade.

A PNI estabelece isso no Art. 1º:

A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Esse artigo, assim como os demais da PNI, tem como principais diretrizes norteadoras: incentivar e viabilizar formas alternativas de cooperação intergeracional; atuar junto às organizações da sociedade civil representativas dos interesses dos idosos com vistas a formulação, implementação e avaliação das políticas, planos e projetos; priorizar o

30

atendimento dos idosos em condição de vulnerabilidade por suas próprias famílias em detrimento ao atendimento asilar; promover a capacitação e reciclagem dos recursos humanos

nas áreas de geriatria e gerontologia; priorizar o atendimento do idoso em órgãos públicos e

privados prestadores de serviços; fomentar a discussão e o desenvolvimento de estudos referentes à questão do envelhecimento.

A PNI também estabelece as competências das entidades e órgãos públicos referente ao idoso. Conforme Camarano e Pasinato (2002) a implantação dessa lei estimulou a articulação e integração dos ministérios envolvidos na elaboração de um plano de ação governamental para integração da PNI no âmbito da União. As referidas autoras ressaltam que

a operacionalização da política bem como das demais ações empreendidas no campo assistencial ocorre de forma descentralizada, através de sua articulação com as demais políticas voltadas para os idosos no âmbito dos estados, municípios e na construção de parcerias com a sociedade civil.

A PNI representa um avanço, pois criou normas referentes aos direitos sociais dos idosos, garantindo condições para a autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. Entretanto, essa legislação não tem sido eficientemente aplicada, no

que se refere a ser compromisso social de toda sociedade assim como ao Estado com a efetivação dos seus direitos.

1.5.2- O Estatuto do Idoso: Um avanço dos direitos.

Camarano e Pasinato (2002) consideram que até recentemente, a legislação relativa à atenção aos idosos permaneceu fragmentada em ordenamentos jurídicos setoriais ou em instrumentos de gestão de política. Porém, desde os anos 70, segundo Faleiros (2007) grupos

de especialistas, políticos e organizações de idosos vinham fazendo pressões em favor da

promulgação de uma legislação sólida e unificada.

Finalmente, em 1º de outubro de 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso, Lei nº

10.741, que apresenta em uma única e ampla peça legal muita das leis e políticas já aprovadas, mas incorpora novos elementos, enfoques de tratamento integral e uma visão de

longo prazo ao estabelecimento de medidas que visam proporcionar o bem-estar do idoso.

Como qualquer lei, reflete as ideologias vigentes na sociedade em dado momento histórico.

O Estatuto do Idoso é composto por 118 artigos, que aborda diversas áreas dos direitos fundamentais e das necessidades de proteção e aprofunda a PNI, pois o idoso passa a ter 31

reconhecido direitos fundamentais inerentes à pessoa humana. Neri (2007) considera o Estatuto mais abrangente que a PNI, pois nele os mais velhos são identificados como prioridade absoluta, inclusive com instituição de penas aplicáveis a quem desrespeitá-

los ou

abandoná-los. A incorporação desses direitos significa que o Brasil redefiniu o lugar do idoso, assegurando-lhes proteção, facilidades e garantias condizentes com a idade: prioridades nos

atendimentos: facilidades de acesso aos meios de comunicação e recursos necessários à existência e participação ativa.

O Estatuto do Idoso apresenta avanços sociais como, por exemplo, o que estabelece o parágrafo único, do Art. 34:

O benefício já concedido a qualquer membro da família nos termos do caput não será computado para os fins do cálculo da renda familiar per capita a que se refere a LOAS.

Esse artigo é um avanço, pois idoso ao requerer o BPC não terá computado, para fins de concessão, o benefício que outro idoso da família já recebe. Possuir uma renda própria é

entendido como um ganho em termos de cidadania e auto-estima para os idosos. Outro avanço foi à redução da idade de requerimento do BPC, que diminuiu para 65 anos. Porém,

direitos sociais garantidos, no Estatuto, só serão efetivados se a sociedade assumir a responsabilidade de reivindicá-los.

Apesar dos avanços, alguns autores consideram que o Estatuto apresenta controvérsias. Camarano e Pasinato (2002) ressaltam a proibição da discriminação do idoso

nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados para os maiores de 60 anos (Art.

15, parágrafo 3º). Neri (2007) destaca algumas disposições que podem ser exemplos de estereótipos compassivos com mais um potencial para prejudicar os idosos do que para protegê-los. A autora considera exemplo de controvérsia o artigo 3º que assegura absoluta

prioridade ao idoso no que tange à efetivação dos seus direitos.

Contudo, no Brasil, o atendimento igualitário, imediato e individualizado de uma categoria social depende de seu poder econômico, pois a posição social assegura profundas

diferenças de tratamento. Grande número de brasileiros idosos, conforme a referida autora são

discriminados por serem pobres e por terem baixo nível de instrução.

32

Diante do argumento citado vale ressaltar que para Faleiros (2007) a Constituição e as leis não têm tido o efeito de mudar o sistema concentrador e excludente da economia e da

sociedade brasileira, mas tem consolidado e ampliado os direitos à inclusão no processo de

desenvolvimento e de ampliação da cidadania.

A criação de um Estatuto que preconiza os direitos da pessoa idosa representa tanto legalmente como socialmente o reconhecimento desse grupo etário como cidadãos de direitos.

Segundo Faleiros (2007) significou a promoção da cidadania dos mais velhos e o seu reconhecimento de sujeito na construção de sua história. Isso só foi possível devido à participação política dos idosos, a sua luta pela autonomia e condições para que ela fosse

efetivada.

O Estatuto precisa ser publicizado e conhecido como um mecanismo de ação, pois só será instrumento de transformação da realidade vivida pelo idoso quando houver a participação de todos os segmentos da sociedade o que romperá com antigos paradigmas

que discrimina a velhice

CAPÍTULO II

O TRABALHO COM GRUPO DE IDOSOS: UM CAMINHO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA.

2.1-A compreensão da Qualidade de Vida na velhice.

Atualmente viver mais é o desejo da maioria das pessoas, no entanto, Paschoal (2000) afirma que a materialização desse desejo pode ser marcada por incapacidades e dependência.

O grande desafio, do século XXI, é conseguir maior sobrevida, com melhor qualidade de vida, o que, desde a Segunda Guerra Mundial, de acordo com o referido autor, se tornou um

conceito importante, relacionado diretamente à melhoria do padrão de vida, e paulatinamente,

foi se ampliando, englobando o desenvolvimento sócio-econômico, humano e a percepção das

pessoas a respeito de suas vidas.

O termo qualidade de vida, de acordo com Neri (2007), surgiu pela primeira vez na literatura médica em 1930, após estudos que tinham por objetivo a sua definição e avaliação.

Esses estudos ocorreram devido à elevação do número de idosos e da expectativa de vida que

passou a atingir um número maior de indivíduos em diversas sociedades. No final dos anos

1950, segundo a autora, o termo qualidade de vida já era usado por sociólogos, no contexto da

discussão sobre poluição ambiental, deterioração da vida urbana e assuntos similares.

A partir de 1975, conforme Paschoal (2000) as avaliações da qualidade de vida passaram a ser gradualmente incorporadas às práticas de saúde e em 1978 passou a fazer parte

da agenda dos eventos científicos internacionais e de publicações em Sociologia e Medicina.

(NERI, 2007).

Segundo Chachamovich e Flek (2007) alguns estudiosos acreditam que os fatores genéticos são os determinantes primários da qualidade de vida na velhice. Outros defendem

que os fatores psicossociais e o estilo de vida são mais influentes. Contudo, há o consenso

quanto à influência dos fatores intrínsecos e extrínsecos. Os autores destacam que fatores

intrínsecos, como a genética e o gênero não podem ser controlados pelo indivíduo, mas os

fatores extrínsecos dependem de escolhas e são modificáveis. Entre eles estão o hábito de

fumar, o controle do peso e o engajamento social.

Entretanto, no decorrer da história, confirma Simões (2001) várias foram às concepções associadas ao termo qualidade de vida, como: disposição moral ou intelectual, ou

mesmo condição social e econômica, posição e função. Com o progresso científico³⁴

tecnológico, o desenvolvimento da informática, das redes de comunicação, do avanço das

pesquisas científicas, o aumento da expectativa de vida, a possibilidade da manipulação genética capaz de modificar a condição humana e as preocupações com o meio-ambiente

surgem algumas indagações, tais como: Será que qualidade de vida pode ser associada ao

acúmulo de recursos financeiros ou bens materiais? É restrita àqueles que têm prestígio social

e intelectual? Pode ser tratada semelhantemente à vida de uma máquina?

A sua definição por meio dessas indagações, segundo Simões (2001), é desconsiderar as ações humanas e o meio em que os mais velhos estão inseridos, pois pensar em qualidade

de vida é ao mesmo tempo considerar a diversidade, os valores, os aspectos da vida social, da

cultura e da economia.

No entendimento de Paschoal (2000) a definição de qualidade de vida é muito complexa, pois é influenciado por valores pessoais e não há um conceito absoluto que consiga

abarcas todas as suas dimensões. Historicamente, segundo Neri (2007), o desenvolvimento do

conceito percorreu distintas fases de interesse científico, as quais deram origem ao estabelecimento de um corpo teórico e prático, sem que, no entanto, se tenha chegado próximo a um consenso conceitual.

No entanto, no campo da saúde, Neri (2007) destaca que pode ser conceituada por parâmetros objetivos ou subjetivos. Os primeiros, a autora define que implicam avaliações

que levam em consideração os parâmetros externos de natureza biológica, clínica e epidemiológica. Os segundos levam em conta as avaliações dos indivíduos, dos grupos e

baseiam em parâmetros internos. Diante disso, Paschoal (2000) entende que aos profissionais

de saúde que atendem a população idosa há o desafio de como medir qualidade de vida, não

apenas para fazer um retrato da velhice, mas, principalmente, para avaliar o impacto de tratamentos, condutas e políticas, corrigir seus rumos, alocar recursos e planejar serviços,

visando uma vida melhor.

Para alcançar esse objetivo, ao longo dos anos, surgiram os modelos teóricos de qualidade de vida na área da saúde, os quais, para Chachamovich e Flek (2007), apresentam

especificidades, mas por outro lado compartilham questões básicas que permitem o seu entendimento. Podem ser agrupados em dois modelos. O primeiro modelo é o Modelo Funcionalista, que se baseia no entendimento de que qualidade de vida depende principalmente do sujeito apresentar habilidades adequadas, ou seja, desempenhar de forma

satisfatória as suas tarefas.

Esse modelo, conforme Chachamovich e Flek (2007) consideram que a presença de

35

doenças implicaria diminuição da qualidade de vida uma vez que impede que os desempenhos

das funções ocorram de modo plenamente satisfatório. Os autores afirmam que há críticas a esse modelo, com a alegação de que dados objetivos de incapacidade, muito frequentemente, não demonstram associação com recepção de piora. Deste modo, acreditam que a diminuição das habilidades funcionais não necessariamente corresponde a uma pior qualidade de vida.

O segundo modelo teórico, segundo Chachamovich e Flek (2007), é o Modelo de Satisfação, o qual se baseia na relação entre a expectativa do indivíduo e seu nível de realização. É derivado de investigações sociológicas e psicológicas de felicidade e bem-estar, considera que a qualidade de vida está diretamente relacionada ao grau de satisfação em vários domínios definidos como importantes para o próprio sujeito. Os referidos autores ressaltam que a estratégia adotada pelo indivíduo para implementar sua qualidade de vida está relacionado à sua personalidade e seu contexto cultural, podendo traduzir-se em sentimento de sucesso.

Nas áreas profissionais a qualidade de vida, também, possui várias definições. Para Economia, conforme Neri (2007) é associada à renda per capita, que funciona como um indicador do grau de acesso das populações aos benefícios da educação, da medicina e dos serviços sociais. Na Sociologia o conceito inclui um conjunto de indicadores econômicos e de desenvolvimento sociocultural identificados como nível ou padrão de vida de uma população.

Em Política é a existência de equidade na distribuição das oportunidades sociais e para Psicologia Social, segundo a referida autora, é a experiência subjetiva representada pelo conceito de satisfação.

Conforme Chachamovich e Flek (2007) a OMS, representada pelo Grupo WHOQOL, publicou em 1994 o seu conceito de qualidade, que constitui a base para o desenvolvimento de seus instrumentos. Para a OMS, segundo os autores, qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Fica evidente que não há consenso sobre significado de qualidade de vida, mas segundo Paschoal (2000) existem correntes de pensamento complementares entre si, relacionadas conforme Angélica (2000) à saúde física, mental e social do indivíduo. A autora ressalta que para existir qualidade de vida na velhice são importantes que sejam identificados os fatores que nela interferem, no sentido de evitá-los e/ou retardá-los. No caso do idoso,

Angélica (2000, p.127), destaca os seguintes fatores de interferência:

36

“a diminuição da condição funcional; a falta de suporte familiar; o

sentimento de inutilidade; a falta de oportunidades; os preconceitos relativos à sexualidade; o desconhecimento do processo de envelhecimento e consequente medo da morte; a perda de entes queridos e, com ela, perda de referência com o mundo do “seu tempo”, o isolamento; um estilo de vida inadequado; a perda do status profissional e social; a diminuição das opções de lazer; a perda da capacidade de competir em igualdade de condições com os mais jovens; o avanço tecnológico que gera barreiras culturais e técnicas; a dificuldade de acesso a novas informações e a falta de recursos para atender às suas necessidades, além de um ambiente físico-arquitetônico incompatível afetam seu bem estar”.

No entanto, esses fatores, segundo a autora, se bem administrados e conduzidos, não somente quando na velhice, mas durante toda a vida, produzem um nível de qualidade de vida

que provavelmente continuará na idade avançada.

A qualidade de vida é um conceito importante, pois hoje existe, no Brasil, uma nova sensibilidade social sobre o envelhecimento, quer considerado como um problema quer como

um desafio para os indivíduos e a sociedade. Vários elementos vêm contribuindo para essa

nova sensibilidade, segundo Neri (2007), parte por causa do aumento da visibilidade dos

idosos, do investimento de algumas instituições sociais na divulgação de informações sobre o

envelhecer, a criação de oportunidades sociais para os mais velhos, vistos como um novo

mercado; e também devido às mudanças sociais, que provocaram mudanças na forma das

peças viverem a velhice: os novos idosos brasileiros são mais saudáveis, vivem mais e são

mais produtivos do que os do passado ou do que os refletidos pelos estereótipos.

2.2 - Medidas de melhoria da Qualidade de Vida.

Pode-se envelhecer de várias maneiras. Segundo Angélica (2000) estando à pessoa idosa mais frágil e vulnerável é possível que ocorram patologias e incapacidades, gerando

certo grau de dependência, mas há medidas que se adotadas, tornam o envelhecimento harmonioso e saudável.

Para a referida autora existem medidas que servem não só para diminuir um possível grau de dependência, mas principalmente para administrar-los e para tanto, é de extrema importância a adoção dessas medidas que possibilite ao idoso uma melhor qualidade de vida.

Bacelar (2002) entende que uma medida importante e primordial é mudança de

37

comportamento e percepção da sociedade sobre o idoso. Não basta tomar providências em

relação ao envelhecimento, mas que haja esclarecimentos sobre a sua realidade. Essa idéia é

importante, pois o conhecimento a respeito dessa realidade permite a criação e efetivação de

medidas que atendam suas reais necessidades.

Um programa de conscientização, envolvendo entidades religiosas, comunitárias,

associações de classes, Governo, sociedade e a iniciativa privada conseguiria extinguir, para

Angélica (2000), os conceitos errôneos e preconceituosos acerca da velhice, principalmente

com a participação dos idosos, o que criaria um campo propício á atuação positiva desses

indivíduos.

De acordo com Bacelar (2002) a necessidade urgente e tardia, da sociedade tomar consciência da velhice sem preconceitos, não diz respeito ao assistencialismo e à caridade,

mas sim, a uma conscientização de que a velhice não é doença. A referida autora destaca, quer

seja na família, comunidade, ou por meio da transmissão de valores culturais e tradições, a

sociedade deverá preparar-se para encarar a velhice numa perspectiva de qualidade e cidadania.

Conforme Alves (2007) a existência de uma esfera de amizade ativa entre os idosos é um fator subjetivo de melhoria da qualidade de vida, visto que as amizades colocam em

cena as afinidades de gosto, estilo de vida e outras linguagens de sentimentos que enfoca as dimensões negociadas das relações. A intimidade e a reciprocidade implicadas nas relações de

amizade, para a autora favorecem a construção de uma identidade comum e o estabelecimento

de laços de ajuda e de conforto emocional.

Os passeios e viagens são medidas que proporciona uma melhor qualidade de vida, de acordo com Alves (2007), pois podem ser interpretados como um efeito da ênfase contemporânea numa velhice voltada para o prazer pessoal e diz respeito à sua valorização e

da concepção da natureza. Nessa mesma idéia, segundo a autora pode-se destacar também as caminhadas.

Outra medida é o lazer, considerado por Angélica (2000), pois contribui para avaliar, ou se possível, eliminar os estados de tensões, proporcionando meios para a libertação de um

potencial criativo, do desenvolvimento de atividades sociais, culturais, educativas e esportivas. Pode-se concluir que essas contribuições permitem ao idoso conhecer seu papel

social e também ocupar-se, o que pode anula o sentimento de inutilidade. No entanto, Bacelar

(2002), considera que as atividades exclusivamente de lazer são insuficientes e devem possuir

objetivos, responsabilidade definida, integração ao meio e de caráter altruísta, visando uma

uma

38 participação no social e não apenas a si mesmo.

Também, as condições ambientais adequadas quando adotadas, segundo Angélica (2000), podem proporcionar ao idoso a melhoria da qualidade de vida, pois as lentas e progressivas deteriorização dos sentidos e demais capacidades contribuem para o surgimento

de dificuldades de movimentação no ambiente físico. Podem ser diminuídas a partir da adequação dos ambientes desde casa até as ruas, locais públicos, de lazer e outros. Para Bacelar (2002) uma medida importante é a criação de associação, oficinas, clubes e trabalho de grupo para os mais velhos, onde pode ser valorizada a sua experiência e também a sua conscientização como integrante ativo do seu meio, substituindo a idéia de incapacidade. Outra medida, destacada pela autora, consiste na promoção de eventos culturais, obras sociais, encontros, seminários e palestras, com a finalidade de levar o idoso a defender sua posição no meio social, assumir um papel independente na sociedade, visando sempre um objetivo social, além da sua gratificação pessoal. Nessas atividades, afirma a autora que o idoso deve ter assegurada à identidade, reconhecendo-se e sendo reconhecido, participando do pensamento coletivo, vivendo a história de seu tempo e resgatando seu papel como cidadão, pois é devido a sua experiência e sabedoria que a sociedade passa a rever e replanejar atividades que favoreçam o viver saudável. Além das medidas citadas, para Ribeiro e Yassuda (2007), a qualidade no envelhecimento é determinada pelo estilo de vida escolhido que, por sua vez, está relacionado à escolha dos alimentos ingeridos, às atividades ocupacionais, sociais, físicas, dentre outras. Estas possuem a capacidade de evitar doenças, favorecendo o nível de funcionamento físico, mental, o engajamento com a vida social e se baseia no pressuposto de que, pelo menos parcialmente, os indivíduos podem controlar como envelhecerão, dentro das limitações impostas pelo contexto socioeconômico. Angélica (2000) ressalta que a garantia de condições de trabalho ao idoso proporciona melhor qualidade de vida, pois a sensação de improdutividade e dependência em termos de recursos gera um estado de insegurança e mal-estar. Também contribuí a idéia de que o trabalho é o meio para obtenção de prestígio, status e reconhecimento social. Mesmo com a aposentadoria, segundo a referida autora, o idoso se sente sem serventia. Para a autora, no Brasil, a aposentadoria indigna, bem como a ausência de proteção social eficaz, obriga o idoso, muitas vezes, a procurar formas de prover meios para sua subsistência em subempregos, o que renega as conquistas preconizadas no Estatuto do Idoso,

39

por exemplo, que dispõe sobre a absoluta prioridade dos idosos no que se refere aos meios de subsistência. Entre indicadores que podem proporcionar qualidade de vida Angélica (2000) considera como os mais representativos, o grau de independência e autonomia que “exprime o quanto a idade não limitou a capacidade do indivíduo de reagir e interferir no ambiente” (ANGÉLICA: 2000, p. 126). É comum que essa capacidade diminua com o tempo, seja pela crença de que o idoso já não tem condições de se cuidar, seja em decorrência de alguma

incapacidade física e mental.

Ribeiro e Yassuda (2007) também consideram que a independência e a autonomia estão relacionadas à qualidade de vida. Nesse contexto, destacam o papel da funcionalidade

cognitiva. Esta quando comprometida gravemente, pode resultar na dependência total do

indivíduo, como ocorre nos casos das demências e, conseqüente, comprometimento das atividades sociais e de vida diária do idoso.

A educação é outra medida necessária à qualidade de vida da pessoa idosa. Para Bacelar (2002) é um importante mecanismo de mudanças de concepções, informações sobre a

velhice em aos estereótipos sociais negativos. Proporcionaria um processo de reformulação

das subjetividades com efeito multiplicativo e as novas gerações iriam vivenciar a velhice

sem preconceitos. Mas para isso ser concretizado, segundo o referido autor é necessário a

promoção de uma reciclagem ou preparação de todos os professores, desde os jardins-de-infância

às universidades.

A educação poderia proporcionar melhoria da qualidade de vida, conforme Bacelar (2002) a partir da inclusão, desde o jardim-de-infância do estudo sobre a velhice. Esse trabalho obedeceria aos princípios didáticos mais chamativos, para que a imagem dos idosos

começasse a se formar no indivíduo como um fator positivo de sua própria realidade.

Para tal

medida, esse processo educacional deve abranger a todos os ambientes de convívio social,

como também a utilização dos meios de comunicação como: jornais, revistas, rádios, televisão, literatura, artes e Internet.

De igual forma a educação é considerada por Angélica (2000) uma medida importante, porque proporciona aprendizagens que geram transformações e, conseqüentemente, mudanças

de comportamento, criaria possibilidades ao idoso de utilizar sua sabedoria; ampliar seus

conhecimentos; pensar em si e aceitar-se, despojamento dos estereótipos; pensar nas habilidades que tem, e naquelas que quer desenvolver; propiciar o conhecimento de suas potencialidades; orientar-se para a tomada de decisões; reorganizar seu tempo e seus afazeres;

40

criar um projeto de vida e conscientizar-se do período específico de sua vida, realidade e

existência.

Angélica (2000) considera que se faz necessária a criação e incremento de centros de convivência, universidades para os mais velhos, grupos de atividades, programas culturais e

sociais, pois contribuirão proporcionando bem-estar físico, mental e social ao idoso e, conseqüentemente, uma qualidade de vida melhor.

Para Bacelar (2002) a arte pode, também, ser utilizada como uma medida de melhoria da qualidade de vida, pois possui características especiais que diferenciam das outras

atividades e é um dos grandes estimuladores da formação da subjetividade. A criação artística, na opinião da autora trata-se de um dos meios mais significativos de afetação do outro, influencia muito mais do que um discurso elucidativo. De acordo com o autor a arte poderia gerar uma mudança de postura em relação ao idoso, o qual passaria ser visto sem a ótica dos estereótipos e preconceitos. Para se alcançar esse objetivo, por meio das produções artísticas, a referida autora considera que é preciso que os escritores, poetas, dramaturgos, cineastas, radialistas, atores e atrizes modifiquem as próprias percepções sobre o velho. Neri (2007) considera importante de melhoria da qualidade de vida a promoção da formação e do acompanhamento de recursos humanos especializados para atender os idosos, uma vez que a informação ajuda a diminuir as atitudes negativas e obviamente melhora o atendimento oferecido á população. Essa medida promoveria qualidade de vida ao idoso beneficiário desse atendimento, pois com melhores condições sociais e de saúde implica em oportunidades mais positivas sobre a velhice. Gera meio para a formação de um círculo virtuoso de informações e práticas sociais mais favoráveis a eles e melhoria nas atitudes sociais.

2.3 - Grupo de Idoso e qualidade de vida.

Participar de um grupo é importante para o idoso, pois a partir da velhice a qualidade de vida depende mais, segundo Angélica (2000), de como o tempo é usado do que qualquer outra condição. Aquilo que o idoso faz é especialmente importante para o viver bem. Ferreira (2000) define grupo como reunião ou conjunto de pessoas que se abrangem no mesmo lance de olhos ou formam um todo; pequena associação de pessoas reunidas para um fim comum. Maximino (2001) também entende grupo como o conjunto de pessoas que se reúnem, articulados por mútuas representações que se propõem de forma implícita e explícita

41

a uma tarefa que constitui sua finalidade.

Zimmerman (1997) considera que para a união de pessoas serem caracterizada como grupo é necessário que os integrantes estejam reunidos em torno de um interesse comum. No

entanto, o autor ressalta que é preciso que se mantenham discriminadas as identidades individuais, de forma que as pessoas mantenham a sua individualidade e não se tornem uma

massa indiscriminada. Deve haver a interação afetiva entre os membros do grupo e que seja

estabelecido algum tipo de vínculo entre eles.

O vínculo, para Maximino (2001), é condição básica para o sucesso do grupo.

Zimmerman (2000) considera que o vinculo proporciona segurança, apoio, compreensão, liberdade, torna possível aos componentes de um grupo seu desenvolvimento livre, saudável,

gera um sentido de pertencimento e regula a conduta dos membros. No entendimento de Assis

(2002) o vínculo estabelecido gera uma rede de ajuda entre os próprios participantes, como se

o outro fosse da família.

O trabalho com grupo de idosos constitui-se como um instrumento de mobilização social, tendo em vista a possibilidade de delimitar papéis, posições, de estabelecer direitos,

deveres, de distinguir entre o que é desejável e o que possível. É considerado, de acordo com

Zimerman (1997) como um ambiente para interação, sociabilizar debater, espaço de criação

para reexperimentar e ressignificar fortes e antigas experiências emocionais, promover a reconstrução da identidade, autonomia, qualidade de vida e outros fatores importantes para a

pessoa idosa.

Em países em desenvolvimento, como o Brasil, o aparato legal contempla os direitos sociais, porém não são efetivados no dia a dia. Godman (2000) afirma que a participação da

população idosa em grupos de interação pode funcionar como um instrumento de luta pela

prática dos direitos sociais adquiridos. Essa participação pode gerar uma mobilização que

além de desenvolver pressão e denúncia, proporciona o bem-estar físico, social e emocional.

Almeida (1998) entende que ao procurar um grupo, os idosos buscam mais uma acolhida afetiva com o encontro de pessoas e construção de novas amizades, do que propriamente a solução de suas dificuldades cotidianas. As conseqüências da participação do

idoso no grupo, segundo Angélica (2000), é a aquisição de novos aprendizados, informações,

estimulação cognitiva, possibilidades ao idoso de utilizar sua sabedoria; aceitar-se, pois despoja-se dos estereótipos e preconceitos; desenvolver as habilidades; o conhecimento de

suas potencialidades e orienta-o para a tomada de decisões.

Essas conseqüências contribuem para melhoria qualidade de vida do idoso, pois

42

conforme Ribeiro e Yassuda (2007), a problemática observada com mais freqüência na vida

dos idosos que frequentam os grupos tem sido a perda de papéis, a falta de recursos econômicos, as mudanças na família e a diminuição das relações interpessoais.

De acordo com Zimerman (1997), os grupos de idosos podem adquirir distintas modalidades, conforme as circunstâncias e os objetivos propostos. O autor identifica quatro

tipos diferentes de grupos:

Grupo de integração – A finalidade consiste em reintegrar cada idoso na sua respectiva família e sociedade, com o estímulo à realização de tarefas coletivas, pontuação tanto das angústias, das falsas crenças que cercam a velhice, como também do desempenho dos seus papéis e dos problemas dos mal-entendidos da comunicação;

Grupo sócio-terápico – Tem por objetivo incentivar um resgate prazeroso de atividades sociais, em locais que não sejam suas próprias casas. No grupo trata-se de problemas angustiantes e preocupantes relativos à questão do envelhecimento;

Grupo familiar – Proporciona a coleta de dados que diz respeito aos aspectos físicos, psíquicos e sociais, do passado e do presente do idoso, e também, possibilita o estreitamento das relações entre a família e o idoso. Funciona como um canal de comunicação, que muitas vezes está não existe;

Grupo de capacitação com equipe de atendimento – Realizado com os técnicos que trabalham com os idosos e os prestadores de serviços, como empregados e motoristas, necessitam de capacitação porque lidam diariamente com os idosos. Zimerman (1997) dispõe que no decorrer das atividades no grupo deve existir a abertura de espaço adequado para o extravasamento das emoções que estão contidas dentro de cada idoso, pois permitirá que se sintam reconhecidos.

Diante dos argumentos expostos pode-se concluir que a participação do idoso em um grupo proporciona melhoria qualidade de vida. Visto que, o grupo independente de suas características, contribui para mobilizar a pessoa idosa para o sentido de valorização da vida, despertando neles o desejo, interesse de desfrutar novas interações sociais e pensar projetos futuros.

43

CAPÍTULO III

A AÇÃO SOCIAL DO SESC: TRABALHO COM GRUPO NA PERSPECTIVA DA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO.

3.1 - A consolidação do SESC no Brasil e no Distrito Federal.

No Brasil a partir de 1945 foi alterado o foco da política social e econômica. É nessa época que surgiu a Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC),

reconhecido pelo Decreto-Lei nº 20.068, de 30 de novembro de 1945. A Confederação foi

instituída como a entidade máxima do empresariado comercial brasileiro². É uma entidade

sindical que representa os direitos e interesses dos empreendedores do comércio de bens, de

serviços e de turismo de todo o Brasil, incluindo o SESC, e possui o objetivo de orientar,

coordenar e defender todas as atividades do comércio.

O Sistema S é composto pelo SESC, SENAC, SEBRAE, SENAI, SENAR, SEST, SENAT e SESCOOP. Forma um conjunto de organizações das entidades corporativas dos

empresários, voltadas para o treinamento profissional, assistência social, consultoria, pesquisa

e assistência técnica. De acordo com Queiroz (2005), essas Instituições têm raízes comuns e

características organizacionais similares e foram criadas devido à preocupação dos empresários com o produtivo uso do trabalhador no seu local de trabalho, por meio de adequada qualificação e de políticas de bem estar extra local de trabalho.

O SESC é entidade privada, de natureza paraestatal, constituída com a finalidade de exercer, por delegação legal do Poder Público, atividades de relevante interesse social.

Referente à natureza jurídica do SESC, Queiroz (2005) explica que as pessoas jurídicas de direito privado são entidades que se originam da vontade individual, em conformidade com o direito positivo, e se propõem realizar objetivos de natureza particular, para benefício dos próprios instituidores, ou projetados no interesse de uma parcela determinada ou indeterminada da coletividade.

O SESC desempenha atividades de relevante interesse social, mas não constituem serviço público. Para exemplificar, Queiroz (2005) o assemelha aos estabelecimentos de ensino privados. Há universidades e colégios de natureza privada que recebem auxílios do

Poder Público, como verbas orçamentárias o que não altera a sua natureza jurídica.

² Informações extraídas do site disponível em: <www.cnc.com.br.

44

O que explica essa relação entre o Estado e as empresas privadas é a divisão social do bem-estar. Segundo Pereira (2003), foi a partir da crise do Estado social Keynesiano-Fordista que houve uma divisão social do bem-estar entre a sociedade e o Estado, pois nenhum governo capitalista pretendeu assumir, sozinho, a responsabilidade de dar resposta às demandas e necessidades sociais.

O SESC pode ser caracterizado como uma entidade paraestatal, que de acordo com Meirelles (2002, p. 65/66), “são pessoas jurídicas de Direito Privado que, por lei, são autorizadas a prestar serviços ou realizar atividades de interesse coletivo ou público, mas não exclusivos do Estado”. Para Queiroz (2005), as entidades paraestatais são reguladas nos termos da legislação privada, embora se beneficiem de algumas regras especiais ditadas pelo

Poder Público em proveito do interesse social que reveste sua atividade.

O SESC não possui fins lucrativos, recebe contribuições compulsórias do setor de comércio e prestação de serviços, no entanto também conta com a obtenção de receita do

pagamento de mensalidades dos usuários de seus serviços permanentes, tais como: das atividades esportivas, recreativas, educacionais e culturais. As receitas são diferenciadas e

dependem da categoria em que se enquadra o usuário do serviço. Os trabalhadores do comércio e prestação de serviços desfrutam das menores taxas de pagamento, não incluindo aí

os funcionários do próprio SESC/DF, que pagam valores ainda menores. Há ainda as atividades que são oferecidas periodicamente e são gratuitas, dentre elas se incluem as atividades com o Grupo de Idosos³.

A finalidade do SESC consiste na promoção do bem-estar social, melhoria da qualidade de vida e o desenvolvimento cultural do trabalhador do comércio, serviços e de

seus dependentes. No que se refere à qualidade de vida, o SESC entende, segundo Brandão

(1997), as condições materiais e imateriais da existência do trabalhador e de sua família, e o

bem-estar físico, psíquico e social dos componentes do grupo familiar.

De acordo com Queiroz (2005), o SESC tem, desde sua criação, concentrado esforços

e recursos para desenvolver projetos, ações e serviços nas áreas da cultura, alimentação, ação

social, educação, esporte, lazer e turismo social, para atender os segmentos sociais mais carentes e vulneráveis da sociedade.

Como definido nesse tópico, o SESC é uma empresa privada que desenvolve atividades de caráter complementar as oferecidas pelo Estado, uma delas é o Grupo de idosos,

³ Informações extraídas no site disponível em: <www.sescdf.com.br

45

que possui o objetivo de proporcionar, aos seus integrantes, a melhoria do bem estar físico,

emocional e social. Este assunto será abordado no tópico seguinte.

3.2 - O Grupo de Idoso no SESC.

O trabalho com idosos no SESC tem origem nas experiências de trabalho com Grupo de convivência desenvolvidos pela Instituição, praticamente, desde sua criação, em 1946.

Entretanto, é em 1963 que surge o primeiro Grupo de Idoso no SESC/SP⁴. Conforme Ferrigno

(2005), nessa época, o Brasil tinha uma população de apenas 5% de pessoas com mais de 60

anos.

O SESC é pioneiro, no Brasil, em sistematizar programas de atendimento a pessoa idosa. Essa ação do SESC, junto aos idosos, visa a sua socialização, autonomia, melhora da

qualidade de vida e da auto-estima com a reconstrução da própria imagem. Atualmente o

SESC atende cerca de 150 mil idosos no país⁵.

Os Grupos de Idosos surgiram devido às poucas ações oferecidas, pelo Estado, para esse segmento. Ferrigno (2005) afirma que as ações oferecidas eram assistencialistas e serviam para suprir algumas carências, eram realizadas por ações de caridade e, na sua maior

parte, efetivavam-se por meio de instituições asilares, mantidas pelo Estado ou por congregações religiosas e tinha a finalidade exclusiva de garantir a sobrevivência física do

idoso.

De acordo com a análise do referido autor e com os argumentos apresentados anteriormente, pode-se concluir que as ações do Estado brasileiro, voltadas para as demandas

sociais ocasionadas pela longevidade, não primavam pela qualidade de vida, direitos, proteção

social, ou seja, eram pautadas no assistencialismo.

Diante dessa conjuntura, o trabalho social com idosos do SESC no DF se consolidou por meio do trabalho com Grupo, que é uma área de atuação alternativa ao isolamento social,

a partir de ações centradas nos interesses, características dos idosos e objetiva:

Proporcionar aos participantes um espaço de convivência grupal, onde possam refletir sobre essa fase da vida, redescobrir novos papéis sociais e potencialidades, bem como ampliar sua rede de relações, numa perspectiva que privilegie a qualidade de vida, autonomia e a cidadania dos idosos⁶.

⁴ Informações extraídas no site disponível em:<www.sescsp.com.br

⁵ Informações extraídas no site disponível em:<www.sescsp.com.br

O Grupo de Idoso do SESC/DF pode ser caracterizado, devido aos seus objetivos, como Grupo sócio-terápico que, segundo Zimerman (1997), têm por objetivo incentivar um resgate

prazeroso das atividades sociais, em ambientes exteriores às suas casas. No grupo, trata-se de

problemas relativos à questão do envelhecimento, auto-estima, questões da atualidade e temas

referente a saúde física e emocional, entre outros.

O SESC desenvolve atividades que visam à valorização do idoso, visto que este, como exposto no capítulo anterior, é alvo de uma cultura que o rejeita e o desvaloriza. O idoso, por

meio do trabalho de grupo no SESC, tem a possibilidade, de desenvolver as suas habilidades e

vivenciar essa fase da vida com bem-estar físico, emocional e social.

3.3- Abordagem Metodológica.

O presente trabalho é do tipo descritivo exploratório, constituído a partir de uma abordagem metodológica qualitativa e quantitativa. A pesquisa qualitativa que, de acordo com

Minayo (1996), responde a questões muito particulares, com um nível de realidade que não

pode ser quantificado, tais como: universos de significados, motivos, aspirações, crenças,

valores e atitudes. Já a pesquisa quantitativa, segundo a autora, é um método de pesquisa

social, que utiliza técnicas estatísticas. Normalmente implica a construção de inquéritos por

questionário.

As técnicas de pesquisa qualitativa utilizadas foram a observação sistemática

participante e a análise crítica documental.

Segundo Marsiglia (2001), a observação necessita de um planejamento prévio com definição do que será observado, procurando eliminar as influências sobre o que está sendo

visto e definir como vai ser registrado o observado. Minayo (1996) considera essa técnica de

pesquisa importante, porque há a captação de uma variedade de situações ou fenômenos que

não são obtidos por meio de perguntas.

Essa observação foi realizada junto ao Grupo dos Mais Vividos do SESC/DF da 913/Sul, durante o período de estágio em 2008, e tinha no planejamento prévio a finalidade de

conhecer o perfil dos idosos, assim como os relacionamentos que são mantidos entre eles, a

estrutura do trabalho, a receptividade, aceitação em relação às atividades que são oferecidos e

o entendimento que possuíam em relação à qualidade de vida.

A partir do momento em que foi realizado o planejamento da observação foi possível

perceber as subjetividades dos idosos. As anotações eram realizadas no caderno de estágio, como uma espécie de relatório e após o término da reunião, para que os idosos se sentissem a vontade e continuassem agindo com naturalidade. Análise crítica documental, a pesquisa bibliográfica e de dados secundários foram importantes para a obtenção de informações e elementos para análise da pesquisa.

A pesquisa bibliográfica abrangeu artigos científicos e analíticos, referentes ao tema, como também foi necessário busca em páginas da internet do Ministério da Saúde, IBGE, SESC, Google e Scielo. A análise crítica documental foi feita em consulta a ata das reuniões do GMV, nos relatórios das atividades e nas fichas de inscrição. Estas contêm quesitos referentes à vida dos idosos, tais como: identificação pessoal, endereço, hábitos, se possui algum tipo de problema de saúde, estado civil, motivos que levaram ao GMV, como o conheceu e suas expectativas.

A partir dessas fichas foi possível ter um conhecimento prévio a respeito dos idosos do GMV, assim como suas características. As análises críticas das fichas, que eram 200 em 2008, foram realizadas durante o período de um mês, e quando separadas de modo a identificar seus integrantes por sexo e anotando-se no caderno de estágio as informações pertinentes à elaboração deste trabalho.

O questionário foi um instrumento utilizado para obtenção dos dados quantitativos. Para Marsiglia (2001), este se constitui por uma série ordenada de perguntas objetivas referentes ao tema, organizados com alternativas de respostas codificadas. A razão para a utilização do questionário foi a busca por dados que possibilitassem conhecer as características dos idosos, assim como suas opiniões, atitudes e preferências.

O questionário foi aplicado durante a reunião, na terça-feira, a 20 idosos que freqüentam o Grupo, foram estabelecidos 20 questionários por acreditar que seria uma quantidade que representaria o grupo, sendo que 06 foram respondidos por homens e 14 por mulheres. Foi avisado no primeiro momento da reunião, no período reservado para os avisos, que estaria sendo aplicado um questionário para elaboração do TCC da estagiária do Serviço Social e posteriormente foi feito o convite de forma que todos os presentes pudessem participar, delimitando a preferir entre os idosos que há mais tempo participam e, também,

aqueles que frequentam mais recentemente o GMV. Em seguida, houve a procura para responder o questionário.

O método utilizado para compreensão dos dados obtidos na pesquisa foi o dedutivo, o qual, Minayo (1996) explica que parte de teorias e leis mais gerais para a ocorrência de

48 fenômenos particulares. A pesquisa foi realizada no período compreendido entre outubro de

2008 a Janeiro de 2009.

3.4 - O Grupo dos Mais Vividos do SESC da 913 Sul e as suas peculiaridades.

No final da década de 1970, após a divulgação do trabalho desenvolvido pelo SESC/SP, inicia o trabalho com idoso no SESC/DF. A Unidade Operacional, da quadra 913

Sul, é a pioneira no trabalho com Grupo, denominado pelos idosos, na época, de Grupo dos

Mais Vividos - GMV. Atualmente possui o objetivo de proporcionar aos seus integrantes

momentos de prazer, descontração, exercício da cidadania, participação social, resgate do

convívio, sociabilização, interação e outros que resultem em melhor qualidade de vida⁷.

Não há documentos escritos sobre a história do Grupo dos Mais Vividos, mas de acordo com as informações adquiridas durante o período de estágio, em 2008, foi possível

conhecer que, até 2001, a 913 Sul era única que oferecia atividade para idosos. Porém, com a

contratação de um profissional do Serviço Social e com a criação da Coordenação de Ação

Social e Terceira Idade (COAST), o trabalho foi expandido para as demais Unidades Operacionais.

Atualmente, o SESC/DF, conta com sete Unidades possuem grupo de idosos: Asa Sul (SESC da 504 e 913), Ceilândia, Gama, Guará, Taguatinga Norte e Sul. Todas as Unidades

estão sob a responsabilidade da COAST, a esta compete planejar, supervisionar, coordenar,

avaliar e acompanhar a programação e a execução das atividades de trabalho com grupos de

idosos e de outras atividades correlatas ou associadas (REGIMENTO INTERNO DO SESC/DF, 2004, p.16).

A coordenação da COAST é composta por uma Assistente Social que é responsável por desenvolver o planejamento e monitoramento do trabalho com grupo de idosos. As atividades são realizadas com a parceria de outras áreas do SESC, como o turismo, saúde,

nutrição, lazer e a cultura, a fim de propiciar o desenvolvimento de todas as dimensões da vida do idoso.

Nos últimos dois anos, o número de profissionais do Serviço Social responsáveis pelo trabalho com grupo de idoso no SESC/DF vem crescendo. Atualmente a COAST possui 05

assistentes sociais, que estão distribuídas nas Unidades Operacionais e que, juntamente com a

coordenação, são responsáveis por definir as ações anuais do GMV.

⁷Informações adquiridas, durante a atividade de estágio curricular no SESC/DF.

49

No SESC da 913/Sul, a técnica responsável pelo grupo possui nível superior em pedagogia, esse fator contribui diretamente para o desenvolvimento das atividades realizadas

que são voltadas para o lazer, passeios e cultura. Nas Unidades Operacionais em que o Assistente Social desempenha o papel de coordenador do grupo as atividades são,

predominantemente, voltadas para a cidadania, engajamento social e garantias dos direitos.

Os idosos que fazem parte do GMV e possuem a carteirinha da instituição têm desconto nos serviços oferecidos, porém as atividades do grupo são gratuitas. Para a participação no grupo, o idoso tem que preencher uma ficha de inscrição que contém perguntas referentes à sua identificação, essas fichas ficam armazenadas no próprio SESC,

nos arquivos referentes ao GMV e está sob a responsabilidade da COAST.

As atividades do grupo dos Mais Vividos são destinadas aos idosos com idade a partir dos 60 anos, porém há exceção para pessoas com idade inferior que apresentarem laudo médico. De acordo com o levantamento realizado, a partir das fichas de inscrição, foi possível

identificar um número considerável de pessoas que freqüentam o grupo por indicação médica:

15%.

As reuniões acontecem às terças-feiras, no auditório do SESC/913 Sul, que é um espaço amplo, com boas instalações, possui ventilação, cadeiras confortáveis e banheiros

adequados. O auditório está situado em local estratégico para facilitar a entrada e saída dos

idosos, porém já é considerado pequeno devido ao número de idosos que freqüentam as reuniões. Diante disso, o SESC divulgou que ampliará o local, a partir do segundo semestre

de 2009, com o objetivo de oferecer maior conforto e qualidade aos idosos.

A reunião tem duração de 4 horas, inicia às 14h e termina, impreterivelmente, às 18h.

Pode ser coordenada tanto pela técnica responsável pelo Grupo, como pela a estagiária do

Serviço Social. Existe uma ata que registra a entrada dos idosos e após a reunião é realizado

um relatório, que contém informações a respeito de como foi desempenhada as atividades, o

número de presentes e as novas demandas identificadas.

O GMV é um grupo heterogêneo, composto por 200 idosos (dados de 2008), sendo que 60% são mulheres e 40% são homens. Embora, seja localizado na Asa Sul, pessoas das

várias Regiões Administrativas do DF, como: Taguatinga, Guará, Ceilândia, Cruzeiro, Gama,

São Sebastião, Lago Norte e Sul e de Luziânia, o freqüentam.

De acordo com as análises realizadas junto às fichas de inscrição, 35% dos

participantes possuem curso superior, 41% possuem segundo grau completo, 14% ensino

fundamental e 10% são analfabetos. Esses dados apresentam o grau de instrução e o interesse

50

que existe sobre as questões referentes à velhice.

Nas reuniões, a freqüência é em média de 150 idosos e as idades variavam entre 60 e

102 anos. Nas atividades realizadas, os idosos têm a possibilidade de manter seus vínculos

sociais, preservar a saúde física e mental. Essas participações os mantêm atualizados frente às

mudanças ocasionadas pelo processo de envelhecimento e também do meio social, no qual estão inseridos.

A reunião é dividida em dois momentos: o primeiro é caracterizado como abertura e a segunda pela tarde dançante. No primeiro momento, por iniciativa do próprio grupo, um idoso

realiza uma oração. Essa prática é rotina em todas as reuniões do GMV das Unidades Operacionais do SESC/DF, nos passeios e nas viagens realizada pelos idosos e é respeitada

pelo coordenador do grupo.

Depois da oração, o coordenador do Grupo realiza o momento dos avisos e os idosos possuem a liberdade para falar sobre falecimento, aniversário de familiares e amigos, convites, anunciarem algum fato ou notícia, ler uma poesia, cantar, entre outros. Ainda no

primeiro momento, de acordo com a programação estabelecida, é realizada uma atividade

lúdica, ou uma palestra, uma dinâmica de socialização ou sensibilização, ou mesmo uma

apresentação cultural, esta pode ser por meio de pessoas convidadas ou realizadas pelos próprios idosos, pois no GMV há grupo de teatro, de dança cigana e coral.

O grupo de teatro é coordenado pelos próprios idosos, com orientação da coordenadora, também são eles que escrevem e encenam as peças. Em 2008, o grupo estava

em fase de estruturação, com a participação de 07 idosos, sendo que 06 são mulheres e 01

homem.

Já o grupo de dança cigana e o coral são coordenados por funcionários do SESC que são profissionais especialistas da área. O grupo de dança cigana é composto por 20 idosas e os

ensaios acontecem uma vez por semana e recebe convite para apresentação em diversos grupos de idosos do DF e também em outras cidades satélites. O coral é aberto a idosos que

não frequentam o GMV. Atualmente há a participação de 22 idosos que se apresentam no

SESC em datas comemorativas como, por exemplo, natal, páscoa, o aniversário do GMV e

eventos externos quando convidados.

As palestras são sempre com temas sugeridos pelos próprios idosos, pois existe a preocupação de oferecer informações que eles se interessam. Alguns idosos interagem com o

palestrante fazendo perguntas e acrescentando suas opiniões. As palestras devem ter duração

de 30 minutos, acontece uma vez por mês e são de temas variados.

51

As dinâmicas acontecem 02 vezes ao mês, tem duração de 30 minutos e sempre são acompanhadas de uma explicação sobre a sua finalidade, que tem por objetivo trabalhar as

várias dimensões da vida do idoso. Durante o período de estágio, foi possível presenciar dinâmicas voltadas para o perdão, a memória, o raciocínio, a paciência, a alegria, a autoestima,

dentre outras.

A segunda parte da reunião é dedicada à tarde dançante que acontece no período das 16h às 18h. Essa atividade é a preferida pelos idosos, alguns só freqüentam nesse segundo

momento. De acordo com as informações adquiridas, durante o período de estágio e por meio

das conversas informais com idosos que freqüentam há mais tempo o GMV, foi possível

saber que as tardes dançantes sempre existiram e é uma tradição que se mantém até os dias de

hoje e que por muitos anos foi a única atividade permanente. As demais atividades não tinham

periodicidade. No entanto, com a criação da COAST, em 2003, foram acrescentadas atividades baseadas em teorias sobre grupo de idosos, cidadania e medidas de melhoria da

qualidade de vida do idoso.

Uma vez por mês a tarde dançante é realizada com música ao vivo. Nesse dia, a freqüência chega a cerca de 180 idosos, segundo as análises encontradas nas atas das reuniões. A banda musical convidada para tocar é financiada pelo SESC ou pelo próprio GMV. Para adquirir recursos, o grupo realiza bingo uma vez por mês, durante as reuniões, as

cartelas são vendidas no valor de R\$5,00 e o dinheiro arrecadado é destinado à compra dos

prêmios e ao pagamento da banda. .

Para representar o GMV foi criado pelos idosos o Grupo de Apoio, o qual é composto por 12 idosos do próprio grupo. A sua atuação é importante, pois representa os interesses e as

demandas dos idosos. Ao longo dos 30 anos de existência do GMV houve vários momentos

em que o SESC decidiu encerrar com as reuniões, porem segundo as informações adquiridas

no período de estágio, o Grupo de Apoio atuou ativamente para que o mesmo continuasse

com suas atividades, conseguindo assim que fosse mantido até os dias de hoje.

O Grupo de Apoio se reúne quinzenalmente com a participação da coordenadora e a estagiária do Serviço Social para discutirem questões administrativas, problemas, possíveis

soluções e organiza a programação a ser oferecida; por exemplo, a definição de temas das

palestras, os locais que serão realizados os passeios, dentre outros.

No entanto, a relação dos idosos do GMV com o Grupo de Apoio nem sempre é pacífica, há manifestação de ciúmes e críticas, por isso a composição do Grupo não é permanente, há a troca dos membros e são os próprios idosos que se habilitam a participar de

52

modo espontâneo.

A programação, depois de pronta, é enviada a COAST para aprovação, com dois meses de antecedência. Depois de aprovada é comunicada ao GMV, retirada cópias e disponibilizada aos idosos para que saibam e acompanhem as atividades.

Em todas as programações do mês, um dia é reservado para a comemoração dos

aniversários. Foi possível conhecer, no período de estágio, o efeito dessa atividade na vida de

um idoso. No dia da comemoração dos aniversariantes, quando chamam o seu nome para

receber os parabéns, os idosos ficam muito emocionados e felizes. Em uma das observações,

um idoso aniversariante pediu a técnica para agradecer e socializou o que havia ocorrido naquele dia:

Hoje, nenhum dos meus familiares havia se lembrado do meu aniversário, mas o GMV está comemorando comigo mais um ano de vida e isso para mim é motivo de muita alegria e felicidade (A. C. S., 71 anos).

Nesse momento foi possível perceber a importância social do grupo e como é possível, por meio das atividades oferecidas, minimizar os efeitos do envelhecimento, como a solidão e

proporcionar novas experiências que resulte na elevação em auto-estima.

Durante o período de estágio foi possível participar de dois passeios a hotéis fazenda realizada pelo GMV. Tiveram a duração de um dia, a saída foi do SESC da 913/Sul às 8 h e

retorno foi às 18h. As inscrições foram realizadas pela coordenação de turismo do SESC/DF.

Em cada passeio foram dois ônibus, totalizando em média 80 idosos. Além da coordenadora

responsável pelo grupo e da estagiária do Serviço Social, o SESC disponibilizou dois funcionários: uma enfermeira e um profissional da educação física. Durante a viagem os idosos cantavam e contavam piada com muita descontração e alegria. Ao chegar ao local, se

direcionavam aos quartos, depois para o refeitório e em seguida ao local de reunião para se

informarem a respeito da programação.

O período da manhã foi livre para que os idosos conhecessem o local e se relacionassem. Alguns participavam de jogos diversos, como baralho e dominó, outros faziam

caminhadas pelo local, nadavam na piscina e conversam. No período da tarde, foi realizada

uma dinâmica que tem o objetivo, além de divertir, a interação e teve a finalidade estimular a

memória do idoso. No segundo, foi a da caixa surpresa, esta procurou trabalhar a paciência e

o domínio pessoal do idoso. Em seguida foi realizada uma palestra, no primeiro passeio a

53

palestrante foi a profissional de educação física, que falou sobre a importância do alongamento. No segundo foi a enfermeira a palestra teve o título: “O poder de um abraço”.

Após a palestra, houve o momento dedicado à tarde dançante.

3.5 – A percepção dos idosos a respeito da melhoria da qualidade de vida proporcionada

pelo Grupo dos Mais Vividos do SESC/DF- 913 Asa Sul.

O trabalho desenvolvido no GMV busca romper a ideia neoliberal de que só são produtivos aqueles que estão inseridos no mercado de trabalho e se responsabilizam pela sua

manutenção e desenvolve por meio das suas atividades o enfrentamento de algumas questões

estereotipadas referentes à pessoa idosa.

As informações que se seguem foram obtidas por meio do questionário, da observação participante e das análises críticas dos documentos.

O questionário aplicado a 20 idosos teve o objetivo de conhecer algumas de suas características e se as atividades oferecidas no GMV lhes proporcionam melhoria da qualidade de vida. No questionário, foi perguntado por que o idoso se interessou em participar

do GMV. Nesse sentido, 09 responderam que foi devido à indicação de amigos (as) que já o

frequentavam, 06 revelaram que era buscar novos relacionamentos, 05 para ocupar o tempo.

A amizade é uma característica do GMV, devido ao tempo de sua existência: 30 anos.

Muitos dos que o frequentam foram os fundadores e outros criaram laços de amizade que se

estendem além do grupo. A amizade segundo Assis (2002) proporciona melhoria da qualidade

de vida e mantém o vínculo no Grupo. De acordo com Maximino (2001) e Zimmerman (2000),

esse vínculo é condição básica para o seu sucesso, proporcionando segurança, apoio, compreensão e liberdade que torna possível aos componentes a sua participação livre e saudável.

A amizade é também considerada uma medida de promoção da qualidade de vida, pois conforme entendimento de Alves (2007), a existência de uma esfera de amizade ativa é um

fator subjetivo que desenvolve afinidades de gosto, de estilo de vida e outras linguagens de

sentimentos. A intimidade e a reciprocidade implicadas nas relações de amizade, para a autora

também favorecem a construção de uma identidade comum e o estabelecimento de laços de

ajuda e de conforto emocional.

Durante o período de estágio, 17 novos idosos inscreveram-se no GMV. Na ficha de inscrição há uma pergunta que se refere às expectativas do idoso em relação ao grupo.

Dos 17

54

que preencheram as fichas, 09 declararam como expectativas conseguir melhoria na sua qualidade de vida, 04 responderam relacionamento, o qual incluía amizades e namoro, 02

buscam interação/ocupação e 02 responderam estarem a procura de aprendizado de novas informações.

As respostas dos idosos estão de acordo com entendimento de Almeida (1998) que afirma, como mencionado no capítulo 2, que ao procurarem o grupo, os idosos buscam mais

uma acolhida afetiva com o encontro de pessoas e construção de novas amizades, do que

propriamente a solução de suas dificuldades cotidianas.

Com o questionário, foi perguntado quais são as atividades oferecidas pelo GMV, que

o idoso mais gosta. Nesse sentido, 10 responderam que são os passeios. Segundo Angélica (2000), esse tipo de atividade é considerado lazer pelo idoso e promove melhoria da qualidade de vida, pois contribui para avaliar e eliminar os estados de tensão e proporcionam também condições para o desenvolvimento de criatividade, atividades sociais, culturais, educativas e esportivas. Permite a pessoa idosa conhecer seu papel social, desenvolverem seus conhecimentos e ocupar-se.

A participação nessas atividades torna oportuno o poder de fazer o que gosta. Isso passa a não ser simplesmente a prática de uma atividade, pois fazendo quando, onde e o que gosta, o idoso consegue além da distração, atingir a satisfação pessoal.

As palestras, na opinião de 10 idosos, é uma das atividades das quais mais gostam. Segundo Bacelar (2002), as palestras são também consideradas medidas de promoção da qualidade de vida, pois proporcionam a pessoa idosa meios de conscientizar-se de seu papel social, representa uma gratificação pessoal, proporcionam aquisição de novos aprendizados e criam, de acordo com Angélica (2000), possibilidades de utilizar sua sabedoria; ampliar seus conhecimentos; aceitar-se, despojando-se dos estereótipos negativos; pensar nas habilidades que tem e naquelas que quer desenvolver; orientar-se para a tomada de decisões; reorganizar seu tempo, seus afazeres; e criar se possível, um projeto de vida.

Nos capítulos anteriores foram apresentadas as concepções de alguns autores a respeito do envelhecimento, entre os quais Neri (2007), que destacou que os próprios idosos possuem uma visão preconceituosa em relação à velhice. Foi perguntado aos idosos do GMV

como foi ou como está sendo o processo de envelhecimento para eles. Dos 20 que responderam ao questionário, 15 afirmaram que têm sido bom, 04 definiram como regular e

01 natural. Já no que se refere à pergunta feita como eles se sentem na velhice, 11 responderam que se sentem felizes, 04 realizados, 04 sozinhos e 01 depressivo.

55

No que se refere ao processo de envelhecimento e velhice no GMV, dos 20 idosos que participaram da pesquisa, pode-se afirmar que nenhum possui a visão preconceituosa a respeito desses fenômenos, pois, de acordo com as observações realizadas no período de estágio, foi possível perceber que os mesmos mantêm uma visão de que o envelhecimento e a

velhice é algo natural e deve ser vivenciada de modo a gerar possibilidade de se manter autônomo e independente nas dimensões possíveis.

De acordo com alguns relatos, os idosos que começaram a frequentar o Grupo passaram a se valorizar como pessoa idosa, houve melhoria da auto-estima e no relacionamento com a família, pois passaram a se ver como capazes e atuantes na sociedade.

Diante dessa informação, foi perguntado no questionário, o que o idoso achou de melhora em

sua vida depois que começou a frequentar o GMV, sendo que responderam mais de uma opção: 16 responderam a disposição em viver, 12 o cuidado com o corpo, 10 considerou a

saúde emocional, 04 a saúde física e 08 o relacionamento com a família. Todas essas respostas foram codificadas de acordo com o conceito de qualidade de vida baseada nas escolhas pessoais dos indivíduos.

A tabela abaixo mostra o resultado da pesquisa realizada com 20 idosos do GMV, em relação ao que eles entendem por qualidade de vida na velhice. A maioria dos idosos respondeu mais de uma opção:

Tabela I- O que é Qualidade de Vida para o Idoso do GMV

Opinião sobre o que é qualidade de vida Resultado

Autonomia 12

Independência 12

Bem-estar físico 07

Bem-estar social 08

Bem-estar emocional 08

Prestígio social e intelectual 03

Oportunidade de expor mudanças 04

Acúmulo de dinheiro ou bens materiais. 01

Capacidade de expor suas potencialidades. 07

O acréscimo de experiências relevantes depois que as necessidades básicas estão satisfeitas 06

Oportunidade de praticar atividades físicas regulares visando à saúde e ao combate ao estresse. 09

Viver bem com a família, Lazer e ocupação 03

56

O estabelecimento de conhecimento necessário ao consumo de produtores e serviços culturais. 07

Os dados obtidos com o questionário mostram que a maioria dos idosos que o responderam entende qualidade de vida de acordo com Simões (2001), ou seja, que qualidade de

vida não é aquisição de dinheiro, bens materiais, prestígio social ou intelectual, mas sim um

conceito que está ligado à expectativa do indivíduo e ao seu nível de realização, sendo aquilo

que Chachamovich e Flek (2007) denominam de Modelo de Satisfação. Os referidos autores

entendem que a qualidade de vida está diretamente relacionada ao grau de satisfação em vários domínios definidos como importantes para o próprio sujeito.

Um fato interessante é que os idosos se mostraram satisfeitos em responder a pesquisa, se disponibilizaram com alegria, pois sentiram que era um momento que podiam falar a respeito de suas experiências e se sentiram valorizados. Alguns idosos apresentaram dificuldades em responder, pois possuíam limitação para leitura, então eram lidas e anotadas

as respostas para eles.

No decorrer desta pesquisa, houve a oportunidade de acompanhar e vivenciar como o GMV do SESC pode contribuir na maneira do idoso interpretar seu envelhecimento e de como atuar para vivê-lo da melhor forma possível. Para comprovar, foi perguntado no

questionário se o grupo contribuiu para a melhoria de sua qualidade de vida: 18 idosos responderam que sim e 02 que não. Já no que se refere à avaliação dessa melhoria, 18 declararam ser boa e 02 ruim. Conclui-se, de acordo com essa amostragem, que o GMV é um facilitador, no que se refere à melhoria da qualidade de vida dos seus integrantes, a qual foi relacionada pelos idosos a fatores ligados à subjetividade. Essa melhoria é resultado das atividades desenvolvidas no GMV, pois se observou o estímulo constante que os idosos têm recebido, proporcionando uma consciência do quanto pode ser ampliada a capacidade de receber, avaliar novas situações e desafios, além de desenvolver a sua integração e ressignificação do momento presente e de sua real participação no contexto sócio-cultural em que vivem. A partir das atividades desenvolvidas para os idosos no GMV, segundo os argumentos discutidos nos capítulos anteriores e os dados obtidos com a pesquisa, conclui-se que o SESC, por meio do GMV, tem oferecido aos idosos, medidas de melhoria da qualidade de vida. As tardes dançantes, assim como as atividades físicas, palestras, dinâmicas, atividades culturais e os passeios são fatores que proporcionam melhoria da qualidade de vida.

57

Considerações Finais

O envelhecimento populacional é hoje um fenômeno que se manifesta claramente no Brasil, sendo alvo emergente no campo da pesquisa social. Sendo assim, o presente trabalho de conclusão de curso procurou conhecer de que forma o GMV do SESC da 913/Sul contribui para a melhoria da qualidade de vida dos idosos que o freqüentam. Foi possível identificar que é por meio das atividades oferecidas aos idosos no trabalho com grupos que os mesmos vivenciam mudanças na condição de vida, resgatando a cidadania, melhorando a auto-estima e elevando a qualidade de vida. Esse estudo foi relevante para identificar a importância do idoso e das ações que devem ser oferecidas a eles no sentido de lhes proporcionar uma velhice sem preconceituosos e discriminatórios, uma vez que o seu percentual aumenta paulatinamente, comparado aos outros segmentos da população. Para tanto, devem se somar às referidas atividades, o desenvolvimento de ações pelo o Estado, em atenção às ações preconizadas no Estatuto do Idoso de valorização da pessoa idosa do envelhecimento, pois, conseqüentemente, proporciona uma velhice saudável na esfera social, emocional, cultural e econômico, resultando em melhoria da qualidade de vida dos mesmos. Com a realização do presente trabalho foi possível alcançar os objetivos propostos,

com aprofundamento a respeito do processo de envelhecimento e da velhice. Permitiu concluir que as perdas geradas pelo processo de envelhecimento, se forem trabalhadas através de ações que integrem o convívio social, a prática de atividades agradáveis, a valorização da velhice e a manutenção da autonomia/independência, estas proporcionarão uma velhice saudável.

Portanto, para a obtenção de qualidade de vida na velhice, se faz necessário medidas que promovam ações nas várias dimensões da vida: social, política, econômica, na saúde, pois

o conceito de qualidade de vida adotado neste estudo foi o que é desencadeado por fatores

externos ou subjetivos, tais como: ocupação do tempo, sentimento de auto-estima, hábitos,

entre outros.

No que se refere ao GMV, pode-se considerar, segundo a opinião dos idosos expressas no questionário, que este contribui para melhoria da qualidade de vida do idoso,

porém as suas ações ainda são pontuais. Alguns idosos que são assíduos no grupo, necessitam

de acompanhamento no sentido de orientá-los de forma sistemática a respeito dos seus direitos.

58

Referências bibliográficas

ALMEIDA, V. L. V. "*Imagens da velhice: o olhar antropológico*". In: Revista A Terceira

Idade, ano X, n. 15, SESC, São Paulo, 1998.

ALVES, Andréa Moraes. *Os idosos, as redes de relações sociais e as relações familiares*. In:

NERI, Anita Liberalesso (Org.). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007.

ANGÉLICA, Rosana Maria Pedrosa Paula; et al. *Qualidade de vida na terceira idade*.

In:

Paes, Serafim Paz et al (Org.). *Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?*/Serafim Paz e

outros. - Rio de Janeiro: CBCISS; ANG/ Seção Rio de Janeiro, 2000.

ASSIS, M.; PACHECO, L. C. *Repercussões de uma experiência de promoção de saúde no*

envelhecimento: análise preliminar a partir das percepções dos idosos. Textos sobre Envelhecimento, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, 2002.

BACELAR, Rute. *Envelhecimento e Produtividade: processos de subjetivação*. -2. Ed.rev.-

Recife: Fundação Antônio dos Santos Abrances - FASA, 151 p. 2002.

BRANDÃO, Ignácio de Loyola. *SESC: 50 anos*. São Paulo: SESC, 1997.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. 2ª ed. São Paulo. Rideel,

2005.

_____. *Estatuto do Idoso*: Lei n. 10.741, de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. –

Brasília: Senado Federal, Secretaria de Editoração e Publicações: Câmara dos Deputados,

Coordenação de Publicações, 2003. 42 p.

_____. **Lei Orgânica da Assistência Social:** Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Estabelece a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e

Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, de 4 de janeiro

de 1994, que dispõe sobre a **Política Nacional do Idoso**, e da outras Providências. *Diário*

Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 4 jul. 1996.

BEAUVOIR, S. **A velhice.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

59

BOKANY, Vilma e VENTURI, Gustavo. **A velhice no Brasil: contrastes entre o vivido e o**

imaginado. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade.* São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. Edições SESC

SP, 2007.

CAMARANO Ana Amélia e PASINATO Maria Tereza. **O Envelhecimento Populacional na**

agenda das Políticas Públicas. Rio de Janeiro/IPEA, 2002.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da População Brasileira: Uma contribuição**

demográfica. :Rio de Janeiro, IPEA, p. 1-31, .2002.

_____. **Os Novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** /Ana Amélia

Camarano, organizadora Rio de Janeiro - IPEA, 2004.

Disponível em: www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/idososalem60/Arq_16_Cap_08.pdf.

Acesso em 15/02/2009.

CHACHAMOVICH, Eduardo e FLEK, Marcelo Pio de Almeida e TRENTINI, Clarissa.

Qualidade de vida em idosos: conceituação e investigação. In: NERI, Anita Liberalesso

(Org.). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar.* Campinas, SP: Editora Alínea, 2007. (Coleção velhice e sociedade)

CODEPLAN – Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central. **Idoso no distrito federal: Características e mortalidade.** Brasília, 1998.

COSTA, Ruthe Corrêa da. **A Terceira idade hoje sob ótica do serviço social.** Canoas: Ed.

ULBRA, 2007.

FALEIROS, Vicente Paula de. Cidadania: *Os idosos e a garantia de seus direitos*. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 4. Ed.rev. ampliada. – Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FERRIGNO, José Carlos. Revista *A Terceira Idade*, nº32. SESC/SP. São Paulo, 2005.

GOLDMAN, Sara Nigri. *Velhice e Direitos Sociais*. In: Paes, Serafim Paz et al (Org.). *Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?/Serafim Paz e outros,-Rio de Janeiro: CBCISS; ANG/ Seção Rio de Janeiro, 2000.*

GOMES, Leonor Maria da Silva. *A Mídia no Processo de Construção do Imaginário Social do Idoso*. In: Paes, Serafim Paz et al (Org.). *Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?/Serafim Paz e outros,-Rio de Janeiro: CBCISS; ANG/ Seção Rio de Janeiro, 2000.*

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Brasil em números vol. 14. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

Síntese de indicadores

sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2008. IBGES. Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

60

JOÃO, A. F. *Atividades em grupo – alternativa para minimizar os efeitos do envelhecimento*. Textos Envelhecimento, v.8, n.3, Rio de Janeiro. 2005.

LIMA, M. P. *Gerontologia educacional: uma pedagogia específica para o idoso - uma nova concepção de velhice*. São Paulo: LTr, 2001.

LOPES, Andréa e NERI, Anita Liberalesso. *Escolaridade, raça e etnia: elementos de exclusão social de idosos*. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. Organizadora Anita Liberalesso Neri – São Paulo:

Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007, 288 p.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffone. *Capacitação em Serviço Social e Política Social*, módulo 5: Intervenção e Pesquisa em Serviço Social – Brasília - UnB Centro de Educação

Aberta, Continuada, à Distância, 2001.

MARTINELLI, M. L. (org.). *Pesquisa Qualitativa um instigante desafio*. São Paulo: Veras Editora, 1999.

MAXIMINO, V. S. *Grupos de atividades com pacientes psicóticos*. São José dos Campos, SP: Univap, 2001.

MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito Administrativo Brasileiro*, 27a ed., Malheiros Editores, S. Paulo, 2002.

MERCADANTE, E. F. *Velhice a Identidade Estigmatizada*. Serviço Social e Sociedade, São

Paulo: Cortez Editora, 2003.

MINAYO, M. C. S. (org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 6ª ed. Petrópolis:

Vozes, 1996.

MIRANDA, Danilo Santos de. *A terceira Idade*. Editorial da revista nº37. SESC/SP. São

Paulo, 2006.

MOREIRA, Wagner Wey. *Qualidade de vida: Complexidade e educação*/Wagner Wey Moreira (org.). - Campinas, SP: Papyrus, 2001.

NASRI, Fabio. *O envelhecimento no Brasil - Demografia e epidemiologia do envelhecimento*. Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, São Paulo (SP), vol. 6. 2008.

Disponível em:

<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833Einstein/Suplemento/v6n1%20pS4-6>.

Acesso em: 13 de março de 2009.

NEVES, Maria Altinéia. *Idoso: Mostra a Tua Cara*. In: Paes, Serafim Paz et al (Org.). *Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?*/Serafim Paz e outros. - Rio de Janeiro: CBCISS; ANG/ Seção Rio de Janeiro, 2000.

NERI, Anita Liberalesso *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira*

idade. Organizadora Anita Liberalesso Neri – São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo,

Edições SESC SP, 2007, 288 p.

61

_____. *Atitudes e preconceitos em relação á velhice*. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São

Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007.

_____. *Qualidade de vida na velhice e subjetividade*. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas, SP:

Editora Alínea, 2007. (Coleção velhice e sociedade).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS: *Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento*.

Relatório Mundial de envelhecimento e saúde, 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br>.

Acesso em 20/10/2008

PAES, Serafim Paz et all. *Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?* Rio de Janeiro:

CBCISS; ANG/ Seção Rio de Janeiro, 2000.

PASCHOAL, S.M.P. *Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. São Paulo, 2000. 252 p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de São Paulo.

PEREIRA, Potyara A. P. *A nova divisão social do bem-estar e o retorno do voluntariado*.

Políticas Públicas e Sociedade Civil. Serviço Social & Sociedade. Revista quadrimestral de

Serviço Social. Ano XXIV- n. 73. Cortez Editora, março de 2003.

_____. *Discussões conceituais sobre política social como política pública*

e direito de cidadania. et all. (Orgs.) Política Social no Capitalismo - tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

PLANO DE AÇÃO INTERNACIONAL SOBRE ENVELHECIMENTO, 2002/ Organizações das Nações Unidas; tradução de Arlete Santos. – Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2007.

QUEIROZ, Cid Heraclito de. *SESC e SENAC; natureza jurídica e a natureza jurídica das contribuições / Confederação Nacional do Comércio*. – Rio de Janeiro: Confederação Nacional do Comércio, 2005.

RIBEIRO, Priscila Cristina Correa e YASSUDA, Mônica Sanches. *Cognição, estilo de vida e qualidade na velhice*. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas, SP: Editora Alínea, 2007. (Coleção velhice e sociedade).

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Extraído da tese, intitulada: "*O ensino da Enfermagem gerontogerátrica no Brasil de 1991 a 2000 à luz da Complexidade de Edgar Morin*", defendida em 21/02/2003, no Doutorado em Enfermagem da UFSC. V.6 n.2 Rio de Janeiro 2003. Disponível em:< http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282003000200006&lng=pt&nrm=iso> Acesso:11/03/2009.

SEDUH - Secretaria de Desenvolvimento Urbano e Habitação/Distrito Federal (Brasil). *Distrito federal: População: dinâmica e distribuição espacial: 1959/2000*. Brasília: SEDUH, 2001. 38 p. 62

SIMOES, Regina. *Qualidade de vida: Complexidade e educação*/Wagner Wey Moreira (org.). - Campinas, SP: Papirus, 2001.

SIQUEIRA, Maria Eliane Catunda de. *Velhice e políticas públicas*. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007.

SESC. *Regimento Interno. Resolução AR/SESC/DF nº 623/2004*. Editora SESC. Brasília; 2004.

_____. *História do CNC*. Disponível em/ <http://www.portaldocomercio.org.br/cgi/cgiluasys/start.htm?sid=22&perfil=perfil_sesc> . Acesso em 03 de Novembro de 2008.

_____. *O que é o SESC*. Disponível em: <http://www.sesc.com.br/main.asp>. Acessado em 20 de outubro de 2008.

_____. *Sinopse da área de Trabalho Social com Idosos no SESC*. Disponível em: <http://www.sescsp.org.br/sesc/>. Acessado em 03 de Novembro de 2008.

_____. *Grupo dos Mais Vividos*. Disponível em: <http://www.sescdf.com.br>. Acesso em 03

de Novembro de 2008.

VERAS, R. P. *Terceira Idade: Gestão Contemporânea em Saúde*. Rio de Janeiro: Relume-

Dumará: UnATI/UERJ, 2002.

ZIMERMAN, David E. *Como trabalhamos como Grupos*. David E. Zimerman; OSORIO,

Luiz Carlos [et. al] –Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

_____. *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

63

Anexos

Questionário

Este questionário destina a pesquisa para subsidiar o Trabalho de Conclusão de curso da estagiaria do Serviço Social, no Grupo dos Mais Vividos SESC 913 Sul. Tem o objetivo de

conhecer as características dos idosos e o seu entendimento a respeito das perguntadas aqui

elucidadas.

1- Sexo:

Feminino Masculino

2- Qual a sua idade?

60 a 70 anos 70 a 80 anos.

80 a 90 anos. Mais de 90 anos.

3-Com quem você mora atualmente?

Sozinho (a) Filhos ou Netos (as).

Companheiro (a) Amigos (as)

Outros: _____

4-Como você considera a sua relação com a sua família?

Boa Regular

Ruim Péssima

5- Onde você mora?

Asa Sul Asa Norte

Ceilândia Cruzeiro

Guará Lago Norte

Lago Sul Taguatinga

_____.

6- Escolaridade:

Ensino Fundamental Ensino Médio.

Ensino Superior Curso Profissionalizante.

Especialização Mestrado

Doutorado Pós- Doutorado.

7- Qual é a sua Renda Mensal?

Até 3 salários mínimos. De 3 a 5 salários mínimos.

64

De 5 a 10 salários mínimos. De 10 a 20 salários mínimos.

8- Você o mantenedor (ra.) da sua família?

Não Sim

9- Como foi ou como está sendo o processo de envelhecimento na sua vida.

- Agradável Bom
- Regular Difícil
- Depressivo Ruim.
- Outros _____.

10- Como você se sente na terceira idade?

- Feliz Realizado(a)
- Sozinho Inseguro
- Depressivo Sem expectativa de vida.
- Outros _____.

11- Há quanto tempo você participa do Grupo dos Mais Vividos SESC 913 Sul?

- Há 1 ano. De 1 a 3 anos.
- De 3 a 6 anos. De 6 a 10 anos.
- De 10 a 15 anos. De 15 a 20 anos.
- De 20 a 25 anos. De 25 a 30 anos.

12- Porque você se interessou em participar do Grupo?

- Indicação de amigos. Indicação médica.
- Aprendizagem Buscar nos relacionamentos.
- Lazer. Interação
- Ocupação Sociabilização.
- Outros _____.

13- Quais são as atividades oferecidas pelo Grupo dos Mais Vividos que você mais gosta?

- Atividades lúdicas- Bingo. Tarde dançante.
- Passeios Dinâmicas
- Palestras Festas.
- Campanhas solidárias. Outros _____.

14-O que você acha que melhorou na sua vida depois que começou a participar do Grupo?

- Relacionamento com a família.
- 65
- Saúde física. Saúde emocional.
- Disposição em viver. Cuidado com o seu corpo.
- Outros _____.

15- O que você entende por Qualidade de Vida na Terceira idade?

- Autonomia.
- Independência
- Bem-estar-físico.
- Bem-estar-social.
- Bem- estar- emocional.
- Prestígio social e intelectual.
- Oportunidade e expor mudanças.
- Acúmulo de dinheiro ou bens materiais.
- Capacidade de expor suas potencialidades;
- Acréscimo de experiências relevantes depois que as necessidades básicas estão satisfeitas.
- Oportunidade de praticar atividades físicas regulares visando à saúde e ao combate ao estresse.
- Estabelecimento de conhecimentos necessários ao consumo de produtos e serviços

culturais.

16- Você considera que na vida dos idosos o Grupo dos Mais Vividos proporciona melhoria na qualidade de vida?

Não Sim.

Se sim, como você considera essa melhoria?

Suficiente Boa

Regular Insuficiente.

Outros _____.