

RELATO DE EXPERIÊNCIA

EXPERIENCE REPORT

Encontros de profissionais da área de reabilitação e idosos com demências – Repercussões e descobertas no trabalho voluntário em um Centro-Dia

*Gatherings of professionals in rehabilitation and
elderly with dementia - Impact and discoveries in
volunteer work at a Day Centre*

Bernadete de Oliveira
Aline Ribeiro da Silva Isnardi
Taís Ribeiro da Silva Isnardi

RESUMO: Participaram deste estudo 15 idosos, sendo 5 homens e 10 mulheres, em média com 85 anos de idade, e todos com diagnóstico de demência. O procedimento metodológico consistiu na inserção do pesquisador no interior do grupo, observado por 9 semanas, com instrumento de pesquisa identificado como Diário de Campo. Em termos de resultados, foi possível constatar que a área da Gerontologia Social fortalece a instituição CDI-AFAI, ao proporcionar reflexão ampla e transversal sobre as repercussões e descobertas de seu trabalho. Esta experiência foi relevante por propiciar um espaço de diálogo e debate sobre os desafios postos pela longevidade dos idosos fragilizados, diante da concepção biopsicossocial do envelhecimento.

Palavras-chave: Demência; Centro-Dia para Idosos; Trabalho voluntário; Reabilitação.

ABSTRACT: *The study included 15 individuals, 5 males and 10 females, with an average age of 85 and all with a diagnosis of dementia. The methodological approach consisted of the insertion of the researcher within the group, observed for 9 weeks, with survey instrument identified as Field Journal. In terms of results, it was found that the area of Social Gerontology strengthens the CDI-AFAI by providing broad and transverse reflection on the findings and implications of your work. This study was relevant to show a space for dialogue and debate on the challenges posed by the longevity of the elderly frail, before the biopsychosocial concept of aging.*

Keywords: *Dementia; Day Centre for the Elderly; Volunteer Work; Rehabilitation.*

Introdução

*“Que pena que tem feriados; eu adoro vir para cá,
pois é o único lugar que me entendem.”
(Ana Maria Braga, 79 anos).*

A epígrafe mostra o quanto pode viver bem uma pessoa idosa se o lugar que a acolhe, não importa qual seja ele, tenha um entendimento positivo do que é ser velho. Isso porque ser velho nem sempre tem um significado positivo ou aceitável, tal como afirma Goldman (2008, p.21): *“Podemos perceber que todos querem viver mais, mas ninguém quer ser velho”*. Para a autora viver mais não é sinônimo de viver bem.

A vivência primeira da velhice se dá no corpo; o corpo por si só não se revela como atributo da velhice e, sim, quando ela (velhice) instala-se como estigma e inquieta o idoso, que expressa o sentimento de um corpo imperfeito, em declínio, enfraquecido, enrugado, extrapolando e ampliando essa visão para a sua personalidade e o seu papel social, econômico e cultural (Goldman, 2008, p.21).

Na correlação entre velhice e corpo, características que são do corpo migram para outras esferas, psíquica, social, política e econômica. O longo trajeto de vida envolve o envelhecimento e evidencia a subjetividade humana que perpassa a história já vivida, trazendo significados simbólicos para o presente:

Assim, viver o presente implica repor, reproduzir o passado, entrar no campo da produção que se realiza com o desejo. A noção de

subjetividade apoia-se nas ideias de invenção, de produção, de novas situações vividas pelo desempenho (Goldman, 2008, p.21).

O número de idosos na população brasileira cresce sensivelmente, fazendo com que toda a sociedade vivencie carências e fragilidades da velhice no seu dia a dia. A presença de idosos fragilizados na família, muitas vezes, proporciona demandas difíceis de serem atendidas nos próprios domicílios ou mesmo em serviços públicos e/ou comunitários.

Estudos sobre a velhice consideram frágil o idoso que preenche, no mínimo, quatro das seguintes características: ter idade igual ou superior a 80 anos, sofrer de depressão; apresentar instabilidade de equilíbrio e marcha, diminuição da força de preensão palmar, e/ou nas articulações dos ombros e joelhos, e/ou nos músculos dos membros inferiores; usar medicamentos sedativos, ter *déficit* visual (Macedo, Gazolla & Najas, 2008).

O processo de envelhecimento ocorre durante toda a vida e é fenômeno mundial, que abrange todos os gêneros, independentemente da classe social, cultura ou crença, além de ser irreversível e inexorável. Esse processo ocorre paulatinamente; a velhice no Brasil ganhou visibilidade mundial, pois gera demandas em diversas áreas, como economia, previdência, lazer, cultura, saúde e na esfera legislativa.

Do ponto de vista individual, o idoso carrega sua velhice, única e singular, ainda que apresente os mesmos comprometimentos fisiológicos e/ou patológicos que marcam o envelhecer (Rabelo, 2009). Tais comprometimentos ocorrem diferenciadamente, em maior ou menor intensidade, nos distintos aparelhos e sistemas do corpo humano, durante o curso de vida. Dessa forma, a diversidade e a singularidade são aspectos essenciais ao bom entendimento do processo humano de envelhecimento, populacional e individual (Lourenço, 2008).

Vistas sob essa perspectiva, as alterações fisiológicas e patológicas são problemas crônicos de saúde do idoso, ou seja, doenças que requerem cuidados contínuos por um período de vários anos ou décadas. As condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo; as principais foram identificadas como: doenças cardiovasculares (como doença coronariana), hipertensão, derrame, diabetes, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças

musculoesqueléticas (como artrite e osteoporose), doenças mentais (principalmente demência e depressão), cegueira e diminuição da visão (OMS, 2003).

Voltando o foco para nossa problemática, estima-se que, no Brasil, entre 5% e 10% das pessoas acima de 60 anos tenham algum tipo de demência (Talmelli, Gratao, Kusumota & Rodrigues, 2010).

Atualmente, a literatura especializada descreve os seguintes tipos de demências: Doença de Alzheimer (DA), a mais comum na população brasileira e que representa cerca de 50% a 70% do total das demências (Cristiano, 2009); demências vasculares (DV), que se configuram como a segunda maior causa de demência (Román, 2002); demência mista, entidade nosológica caracterizada pela ocorrência simultânea de eventos característicos de DA e DV.

Verifica-se que mais de um terço das pessoas com DA apresenta também lesões vasculares, e proporção similar de pacientes com DV exhibe alterações patológicas características de DA (Kalaria & Ballard, 1999); demência por corpúsculos de Lewy (DCL) que acomete cerca de 20% dos pacientes com demência, cujo diagnóstico clínico é feito quando o declínio cognitivo é flutuante, acompanhado por alucinações visuais e sintomas extrapiramidais (LoGiudice, 2002); demência frontotemporal (DFT), que caracteriza uma síndrome neuropsicológica marcada por disfunção dos lobos frontais e temporais, geralmente associada à atrofia dessas estruturas, e relativa preservação das regiões cerebrais posteriores; a DFT que responde por 10% a 15% dos casos de demência degenerativa, ocorrendo principalmente após os 40 anos de idade, com igual incidência em homens e mulheres (Mendez, Selwood, Mastri & Frey, 1993); Doença de Huntington (DH) que é doença autossômica dominante hereditária, caracterizada por distúrbio do movimento, sintomas psiquiátricos e demência; na ocorrência desta, a memória é afetada em todos os aspectos, além do surgimento de afasia, apraxia, agnosia e disfunção cognitiva global, que ocorrem mais tardiamente (Quinn & Schrag, 1998); Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ), enfermidade infecciosa e invariavelmente fatal, que atinge o sistema nervoso central e caracteriza-se por demência rapidamente progressiva e envolvimento focal variável do córtex cerebral, gânglios da base, cerebelo, tronco cerebral e medula espinhal (Johnson & Gibbs, 1998).

A maioria dos idosos encontra-se fragilizada, via de regra, por causa da presença de demência do tipo Alzheimer (DA); esses idosos têm, em comum, alterações comportamentais e cognitivas, aspectos impactantes da doença, por repercutir no

convívio social, comprometendo raciocínio, memória, percepção, atenção e capacidade de conhecer e reconhecer, além de alterações na linguagem e personalidade.

Justamente por se tratar de uma doença degenerativa, progressiva e irreversível, a DA evolui com perda da autonomia, gerando grande dependência que, somada ao sofrimento, sobrecarrega familiares e cuidadores.¹

Nossas crenças culturais, algumas vezes, nos levam a preconizar a autonomia como o principal fator para se ter autoestima; por isso, a falta de autonomia ocasiona forte impacto emocional negativo naqueles que a perderam (por estarem com alguma enfermidade e se verem obrigados a depender e a receber ajuda da família para manter as atividades diárias) (Abreu, Forlenza, & Barros, 2005), e naqueles que se veem obrigados a prestar ajuda ou assistência ao dependente (Bonardi, Azevedo e Souza, & Moraes, 2007). Contudo, é importante salientar:

(...) na gênese do conceito de dependência entra, por um lado, a noção de incapacidade (das ciências médicas) e, por outro lado, a noção de risco de perda da autonomia associada à velhice... (Quaresma, 2003, p.23).

Se vivemos numa relação permanente de interdependência funcional uns com os outros, entendemos que “a dependência é inerente à existência humana” (Quaresma, 2003, p.24). As pessoas que lidam com idosos acometidos por demências enfrentam situações com as quais ainda precisam aprender a superar, como, por exemplo, novas identidades e novos papéis vivenciados entre elas e os idosos diariamente (Gutierrez & Silva, 2008). Fica evidente que familiares cuidadores e idosos fragilizados dependem de apoio e suporte social de todos os envolvidos, direta ou indiretamente, para reaprender a viver no novo cenário (Pavarini *et al.*, 2008). Como, por exemplo, quando os hábitos de higiene se modificam, isso pode se traduzir em isolamento social do idoso, inclusive na família a qual, muitas vezes, é a única fonte que lhe presta ajuda e apoio (Argimon & Trentini, 2006).

¹ A autonomia pode ser definida como a liberdade para agir e tomar decisões no dia a dia, relacionadas à própria vida e à independência. Pode também ser entendida como a capacidade de realizar atividades sem a ajuda de outra pessoa, necessitando, para tanto, de condições motoras e cognitivas suficientes para o desempenho dessas tarefas. No entanto, autonomia e independência não são conceitos interdependentes, haja vista que o indivíduo pode ser independente e não ser autônomo, como acontece, por exemplo, nas demências. Ou então, ele pode ser autônomo e não ser independente, como no caso de um indivíduo com graves sequelas de um Acidente Vascular Encefálico (AVE), mas sem alterações cognitivas: nessa situação, ele é autônomo para assumir e tomar decisões sobre sua vida, mas é dependente fisicamente (Ferreira *et al.*, 2012).

Frequentemente constata-se também que familiares cuidadores não conseguem dispor de tempo hábil, e nem tampouco habilidades para suprir as demandas cada vez mais crescentes de idosos dependentes de cuidados.

Note-se que, em cada cultura ou classe social, a repercussão da presença de um idoso com demência ocorre de forma diferenciada, o que determina diversos arranjos e soluções.

Nesse sentido, cientes de sua impossibilidade em atender a tantas necessidades, esses cuidadores vêm buscando seus direitos de receber assistência para cuidar adequadamente de seus familiares, ao menos durante o período diurno. Por isso, em 2006, fundaram a Associação de Familiares de Idosos (AFAI), para também exigir mais atenção dos governantes e que sejam cumpridas as políticas públicas que acolhem as demandas de idosos fragilizados, além da regulamentação e tipificação do serviço que oferecem.

Essa busca pelos direitos dos idosos dependentes apoiou-se nas premissas contidas nos direitos humanos. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) coloca o tema na agenda das grandes discussões nacionais:

Hoje, a luta pelos direitos humanos é considerada por todos, especialmente entre sociedade civil e governo. Não é só do governo, nem é só da sociedade civil. A luta pelos direitos humanos é composta por essas duas forças. São responsabilidades compartilhadas. É com essa compreensão que o envelhecimento ganhou importância, tanto como objeto de estudo, de pesquisa e também de elaboração de políticas sociais, envolvendo o Estado, a sociedade e a universidade, após 60 anos da Declaração (Côrte, 2008, p.55).

O Estatuto do Idoso (2003) reflete e reforça os princípios da Declaração ao estabelecer linhas de ação para a política de atendimento à pessoa idosa dependente, assinalando, no art. 8º, que “*o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social*”, assim como determina no art. 9º:

É obrigação de o Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam seu envelhecimento saudável e em condições de dignidade (Estatuto do Idoso, 2003).

Reconhecida em 2013 como CDI, a AFAI é “*um lugar onde as pessoas falam sobre questões do dia a dia e planejam estratégias para seus futuros comuns*” (Oliveira, 2004, p.77).²

Pioneira na atenção ao idoso fragilizado, a Associação proporciona atendimento inovador: uma conquista profícua da sociedade civil, construída e solidificada, basicamente, pelo trabalho voluntário ao longo de muitos anos.³

A partir desse pressuposto embasamos a reflexão acerca da temática relação social, pois essas relações produzem impactos no ambiente social ao promover relações de apoio e suporte entre indivíduos e coletividades. Diversos conceitos foram identificados; dentre eles, destaca-se o suporte social que se refere a um sistema de relações formais e informais, considerado capaz de gerar benefícios para a saúde física e emocional, evidenciando estreita relação com o bem-estar subjetivo (Rodriguez & Cohen, 1998; Griep, Chor & Faerstein, 2003).

Outros estudos mostram que o bem-estar subjetivo seria determinado pelo grau de apoio que a pessoa sente que tem por parte de sua rede de relações (Mella *et al.*, 2004). Essa rede é fonte da qual emanam suportes sociais para seus integrantes, compreendidos como teias que circundam a pessoa e preenchem as necessidades individuais (Bayle, 2004). A rede promove novos contatos sociais e oportunidades de manter a identidade social, além de receber apoio emocional, ajuda material, serviços e informações (Andrade & Vaitsman, 2002).

Ter uma rede de apoio como a AFAI influencia a manutenção de uma autoimagem positiva e de elevada autoestima, principais aspectos do bem-estar subjetivo.⁴ Ou seja, o suporte social oferecido na associação busca reunir apoios que levam a pessoa a acreditar ser possível encontrar alento para reagir e superar dificuldades emocionais, materiais e/ou de informação; ou para dividir e compartilhar as alegrias advindas de conquistas e sucessos pessoais e coletivos.

² Um dos seus principais avanços foi a aprovação do projeto de lei n.º 15.809, de 14 de junho de 2013 (527/10), que tramitou na Câmara dos Vereadores de São Paulo e instituiu no artigo 2º, que o CDI tem por objetivo “oferecer assistência à família e proporcionar atenção ao idoso fragilizado como forma alternativa ao asilamento, por meio de assistência multidisciplinar e multiprofissional, evitando sua exposição a situações de risco, tais como: I - acidentes domésticos; II - violência doméstica; III - depressão; IV – sedentarismo; V – isolamento social; VI – entre outros males que podem acometer idosos nesta condição.”

³ Segundo o artigo 1º da lei n.º 9.608 - de 18 de fevereiro de 1998, que dispõe sobre serviço voluntário, considera-se serviço voluntário a atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza, ou a instituição privada de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade.

⁴ Estes aspectos são considerados componentes emocionais do bem-estar subjetivo e podem ser medidos sob o enfoque cognitivo ou emocional (Neri, 2001).

O trabalho aqui proposto tem como objetivo explicitar as repercussões e descobertas do trabalho voluntário no CDI-AFAI na concepção de reabilitação para idosos com demências – ampliando o entendimento sobre a velhice fragilizada.

Procedimentos metodológicos

O trabalho de campo foi desenvolvido utilizando-se como procedimento metodológico uma das técnicas da abordagem qualitativa: a observação participante, que consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-o parte dele, interagindo com os sujeitos, e buscando partilhar o cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação (Queiroz, Vall, Souza & Vieira, 2007). Portanto, como os idosos (protagonistas deste estudo) e demais responsáveis pelo funcionamento do CDI (presidente, administradores, cuidadoras, familiares e voluntários) somos sujeitos da própria pesquisa – ao atuarmos por meio de trabalho voluntário (Lopez, 2006).

A investigação qualitativa permite identificar valores, crenças, hábitos, atitudes, representações, opiniões; é adequada para aprofundar a pesquisa de campo e mostrar a complexidade de fatos e processos, particulares e específicos, individuais ou coletivos (Minayo, 2010). Para registrar as informações tivemos como instrumento de pesquisa o diário de campo, descrito como “um estoque de materiais para utilizarmos sem preconceito, mas cientes dos seus propósitos” (Weber, 2009, p.169).

Plano de trabalho: atividades desenvolvidas

Dos vinte idosos que frequentam o CDI-AFAI semanalmente, conhecemos quinze, que formam o grupo da segunda-feira, dia que escolhemos para desenvolver o trabalho voluntário. As atividades do nosso plano de trabalho com o grupo de idosos, durante nove semanas, começavam às 15 horas e terminavam por volta das 16h15, pois após esse horário, os idosos iam ao banheiro lavar as mãos preparando-se para o café da tarde. Por volta das 17 horas, alguns idosos iam embora, e até às 17h30 todos já tinham saído. Mesmo assim, dependendo da atividade proposta, era possível dar continuidade

ou, caso contrário, aproveitávamos o final do dia para observá-los, e conversar, enquanto participávamos juntos de jogos didáticos de montagem, quebra-cabeça, dominó ou cantávamos na “roda de música” – cada idoso tendo nas mãos um caderno com letras de músicas antigas, organizado pela fonoaudióloga.

Os idosos se comportam no CDI de forma completamente diferente de quando estão em casa, no convívio familiar. Nos poucos contatos que tivemos com alguns familiares, coletamos informações importantes que nos ajudaram a nortear o planejamento das atividades, a fim de proporcionar-lhes um ambiente acolhedor com estímulos cognitivos, físicos e emocionais, e promover alguma melhora no dia a dia do convívio familiar. Os encontros se deram da maneira a seguir descrita.

Apresentação dos resultados

O desenvolvimento do presente trabalho mostrou a possibilidade de sermos capazes de recombina, reconstruir e elaborar a síntese da disciplina que conhecemos (a reabilitação) articulando conteúdos biopsicossociais. Segundo DeLisa (2002), a reabilitação é o processo de ajudar uma pessoa a atingir seu melhor potencial físico, psicológico, social, vocacional e educacional, compatível com seu *déficit* fisiológico ou anatômico, ou com as limitações ambientais e seus desejos e planos de vida; essa definição vai ao encontro dos princípios da área da Gerontologia Social, a qual dá sustentação teórica a este artigo (Freitas *et al.*, 2006).

Significado do acolhimento no CDI-AFAI

Uma boa forma de aprender a lidar com os idosos fragilizados no CDI é observar as cuidadoras que auxiliam os idosos nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)⁵, durante todo o período que permanecem na associação, e também criam e

⁵ As atividades básicas são aquelas que se referem ao autocuidado, ou seja, são as atividades fundamentais para a manutenção da independência: capacidade para alimentar-se, ter continência, locomover-se, tomar banho, vestir-se e usar o banheiro. Essas atividades foram denominadas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), ou simplesmente, Atividades de Vida Diária (AVD) (Freitas *et al.*, 2006).

fortalecem um expressivo vínculo afetivo, identificando afinidades surpreendentes, entre eles.

Observamos que o bom relacionamento entre os idosos é o maior estímulo para que se envolvam nas atividades, e o vínculo afetivo é fator determinante nos resultados que se quer atingir. O acolhimento diário é fundamental para as atividades e o diálogo fluírem bem.⁶

Encontros: protagonismo dos idosos

Nosso primeiro encontro deu-se em uma tarde agradável, com o grupo de idosos reunido no quintal da casa. Começamos as atividades com a dinâmica das apresentações com um espelho. Cada idoso se olhava no espelho e cantava uma música de boas-vindas: “Que prazer em tê-lo aqui, ó (o nome da pessoa)”. O refrão era estrategicamente curto para não confundi-los. Essa atividade teve duração de aproximadamente 15 minutos.

Observamos inicialmente que *Adoniran Barbosa* de 70 anos era o mais apático, um tanto ansioso e calado. De poucas palavras, respondia somente o que lhe era perguntado; respostas curtas e, muitas vezes, nos fazia a pergunta de volta, como se não tivesse entendido o que fora perguntado. Centramos nele parte de nossa atenção, por estar ora inquieto ora mais apático: cabeça baixa, olhos arregalados e estáticos, distante. Não cantava e não batia palmas, mas segurava o espelho. Impressionou-nos como se fitava.

Em relação aos sintomas afetivos, Fortes (2011) explicita-nos que a apatia exhibe comumente atenuação ou ausência de respostas emocionais a estímulos ambientais. Nessa situação, o idoso pode mostrar-se esquivo, sem interesse por qualquer atividade, como, por exemplo, exercitar-se, interagir socialmente e até mesmo efetuar as atividades de vida diária.

No caso de *Adoniran*, ainda que apático, foi impactante a maneira como se olhou no espelho. Provavelmente ele se beneficiava do ambiente estimulante que lhe estava

⁶ A operacionalização da Política Nacional de Humanização preconizada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006) dá-se pela oferta de dispositivos - tecnologias, ferramentas e modos de operar. Dentre esses dispositivos, destaca-se o “acolhimento”, que “implica o compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias constantemente renovados”, ou seja, é preciso ouvir as necessidades e assumir postura capaz de acolher, escutar, entender e pactuar as respostas mais adequadas de atendimento às necessidades ouvidas.

Oliveira, B.de, Isnardi, A.R.da S. & Isnardi & T.R.da S. (2014, março). Encontros de profissionais da área de reabilitação e idosos com demências – Repercussões e descobertas no trabalho voluntário em um Centro-Dia.

Revista Kairós Gerontologia, 17(1), pp.337-354. ISSN 1516-2567. ISSN e 2176-901X.

São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

sendo proporcionado, quando era chamado pelo nome, era incentivado a participar das atividades, e até mesmo em momentos em que se mostrava agitado e ansioso (importante foi não o subestimar diante dos demais).

Presenciamos outra situação na qual ficou evidente a falta de percepção de um idoso sobre a própria imagem. Em dado momento do encontro, uma das voluntárias puxou assunto com uma das idosas, a *Graciosa*, que é introvertida e apática, visando a conhecê-la melhor, instigá-la a se inserir nas atividades. Elogiou-se o lenço que ela trazia no pescoço e sua maquiagem. Diante do espelho, a idosa assustou-se com a própria imagem e, com expressão perturbada, começou a esfregar os olhos, dizendo: “*Velha não usa maquiagem, já pensou que coisa feia?*”. Foi quando percebemos que sua maquiagem era permanente e ela não se lembrava disso.⁷

Sakura, outra idosa do grupo, ao entender que íamos lhe passar o espelho para que, diante dele ela cantasse, logo disse que nada faria. Argumentamos: “*Espera os outros começarem, e na sua vez a senhora vai gostar de ver uma pessoa muito bonita...*”. Diante do espelho reparamos que muitos não se reconheciam, pois se olhavam com surpresa, estranhamento ou distanciamento. E assim o ambiente foi ficando mais descontraído, todos começaram a bater palmas, não deixando de segurar o espelho, até mesmo *Sakura*⁸ integrou-se ao grupo. Podia-se dizer que estava sendo bem-sucedida nossa experiência.

Do quarto ao nono e último encontro, a dinâmica das apresentações foi associada a cumprimentos com beijos e abraços, com ou sem espelho; em seguida, repetimos as atividades valendo-nos do ritmo de músicas instrumentais; estimulamos o grupo, a seguir, a fazer 20 minutos de alongamento e aquecimento (durante uma pequena caminhada ao redor da casa); depois, ao som de músicas antigas, dançaram em pé e, ao mesmo tempo, obedecendo à nossa voz de comando, fizeram determinados movimentos com a cabeça, ombros, braços, mãos, tronco, joelho, pernas e pés; ao término de cada música todos se sentaram e tentaram descobrir o nome da música e do cantor.

Em alguns encontros, os idosos ficavam um tanto agitados ou durante as atividades mostravam-se dispersos, dizendo que não entendiam o que queríamos; muito talvez porque, nesse dia, *Adoniran* desde cedo estivesse mais inquieto, até um pouco

⁷ *Graciosa*, sempre muito educada, chama a atenção pelo jeito de se vestir, de se arrumar, sempre com um lenço no pescoço e adornos, cabelos bem-tratados e o rosto maquiado.

⁸ *Sakura* em japonês quer dizer Cerejeira. Esta idosa, ao caminhar conosco ao redor da casa, identificou, dentre as inúmeras plantas do quintal do CDI, um “pé de cerejeira”.

agressivo, com olhar confuso, solicitando para ir embora. *Camélia*, outra das idosas, repetia todo o tempo que estávamos “enchendo linguíça”.⁹ Apenas outra participante, a *Ana Maria Braga*, continuava atenta.

Na maioria dos encontros, conseguimos, pelo menos no entendimento de *Camélia*, parar de “encher linguíça”. Essa idosa foi a que mais nos atraiu em função de seu senso crítico, o que nos fez, enquanto proponentes das atividades, nos sentirmos desafiadas. Esta é uma idosa difícil de lidar, brava e sarcástica; geralmente falava o que lhe vinha à cabeça: “*Sabe como se chama isso? Encher linguíça!*”. Certo dia, perguntamos: “*A senhora gosta de cachecol?*”. Ela respondeu: “*Não sei, nunca comi*”, rindo de nossa expressão.

Na busca de estratégias para trazê-la para o grupo de companheiros e para uma convivência produtiva conosco, lembramos que ela se destacava na roda de músicas antigas, cantadas de cor e com entusiasmo. Passamos a instigá-la, chamando-a pelo nome e fazendo-lhe perguntas sobre as músicas. Começando a responder, de imediato acertou a resposta a duas perguntas que lhe fizemos. Diante disso, sorriu (algo que nunca fizera conosco). Foi quando então, perguntamos: “*A senhora ficou feliz, né?*”, ao que ela respondeu: “*Claro, uma pergunta difícil dessas, e só eu acertei!*”. E riu novamente.

Levamos para escuta do grupo a música “Amélia”, da qual ela gosta muito. Ficou tão feliz que aceitou dançar conosco. Não hesitou, deu um pulo da cadeira e formou par com uma de nós, dançando e cantando com muita alegria.

Adoniran, outro idoso, quase nunca sorria. A primeira vez aconteceu após o quinto encontro, ao se sentir bem-sucedido em uma atividade. Estando diante de uma tela de desenho, a seu gosto ele deveria desenhar algum objeto para que outro participante o identificasse. Perguntado sobre o que desejava desenhar, pensou um pouco, respondeu que seria o desenho de um caminhão. Entretanto, sozinho não estava conseguindo compor a figura que tinha em mente; com carinho, seguramos sua mão e o ajudamos no desenho. Observamos, nesse ínterim, que, enquanto aquele desenho tomava a forma de um caminhão, a expressão do seu rosto serenava; constatamos a confiança ali estabelecida. Quando viu o desenho pronto, abriu um sorriso de satisfação. Ao percebermos seu entusiasmo, desenhamos uma caricatura dele, seu rosto e vestimenta com o gorro na cabeça, sua marca registrada. Quando se reconheceu no

⁹ *Camélia* recebeu esse pseudônimo, pois faz questão de dizer que a música “Amélia” é sua, e que o grupo musical que a regravou recentemente pertence a seus familiares.

Oliveira, B.de, Isnardi, A.R.da S. & Isnardi & T.R.da S. (2014, março). Encontros de profissionais da área de reabilitação e idosos com demências – Repercussões e descobertas no trabalho voluntário em um Centro-Dia. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(1), pp.337-354. ISSN 1516-2567. ISSN e 2176-901X.

São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

papel sorriu mais ainda, reconhecendo, entre sorrisos, que tudo não passava de uma brincadeira.

Por volta do sexto encontro, *Margarida*, outra participante, se levantou da cadeira para nos abraçar, dizendo: “*Estou bem e muito feliz por estar aqui com vocês, em casa é chato*”.¹⁰ *Margarida* se apresentou para o grupo cantando músicas em japonês; no final todos bateram palmas, ficando ela muito satisfeita. Mas *Alegria* faz careta, demonstrando achar estranho aquele idioma, embora não reclame e espere sua vez de escolher outra música. Como a idosa mais falante e espontânea do grupo, perguntou com ansiedade, desde o segundo encontro, se não iríamos nos apresentar de outra vez.¹¹

Margarida, costumeiramente, gosta de montar um quebra-cabeça com *Gentil*, mostrando-se ambos felizes por estarmos perto deles, perguntando-nos sobre a nossa vida, nosso nome.¹²

Na oitava semana de encontros, em uma das atividades com músicas, selecionamos aquelas da época de juventude dos idosos; ficamos admiradas quando, ao tirarmos um a um para dançar, todos começaram a movimentar o corpo, lenta e progressivamente. *Adoniran*, de modo inesperado, convidou *Flor*, uma das cuidadoras, para dançar com ele.¹³ Por quase meia hora, em ritmo descompassado mas constante, dançou com rosto sereno, embora com olhar distante, como se estivesse lembrando-se de um passado inesquecível. Esse momento foi interrompido quando perguntamos se queria dançar com uma de nós, e como sempre ele apenas reproduziu a pergunta. Insistimos, tornamos a perguntar, e ele aceitou, permanecendo mais 20 minutos dançando. Sua satisfação foi, para nós, uma conquista.

A roda da música é uma atividade comum no CDI-AFAI, e participando com os idosos, verificamos como todos gostam de cantar músicas, sabendo e cantando de cor as antigas. Algumas idosas têm músicas favoritas e pedem para cantá-las. Quando não foi

¹⁰ *Margarida* é uma das idosas com mais idade; foi costureira e boleira, tendo recebido o devido reconhecimento. Devido a seus dotes, quando lhe é solicitado que pinte os desenhos em algumas das atividades, ela executa as tarefas com muito capricho; sua pintura é perfeita, com riquezas de detalhes em múltiplas cores, principalmente quando se trata de desenhos com flores e plantas.

¹¹ *Alegria* é extremamente bem-humorada, disposta, adora dançar, conversar... Recepciona-nos sempre com muito carinho.

¹² *Gentil* está na fase inicial da DA. Foi doutor renomado. Pelo seu alto grau de escolaridade, consegue criar estratégias para responder às perguntas mesmo sem saber a resposta, com uma sutileza respeitosa em seu jeito de falar e agir.

¹³ Essa cuidadora é mesmo uma *Flor*. Pessoa extremamente amável, doce, sempre auxilia os idosos, sempre muito disposta e paciente.

atendida, *Sakura*, por exemplo, resmungou: “*Que falta de respeito, não cantar a minha música*”.

Considerações finais

É difícil compreender a resistência ainda existente diante da criação de um Centro-Dia para o Idoso (CDI) fragilizado - tal como é exemplar a AFAI -, questão essa que continua um grande desafio até este momento. Os avanços legais para a criação de um CDI precisam ser efetivamente executados, sem retrocessos. Destaque-se que, em nossa sociedade, soluções rápidas e eficientes devem ser implementadas para o entendimento da complexidade (Mercadante & Arcuri, 2005) relativa aos aspectos do envelhecimento populacional brasileiro — acelerado, desigual e quase sempre estigmatizado.

Na nossa formação acadêmica, aprendemos a lidar com patologias, a avaliar o estado físico e a funcionalidade do corpo idoso, a tratar das doenças diagnosticadas. Quando começamos a participar, como voluntárias, da AFAI, praticando e convivendo com seus idosos, nos sentindo dentro de um grupo, os primeiros desafios foram avaliar e tratar das patologias existentes, a conviver com as alterações de comportamento e, ao mesmo tempo, pertencer a um grupo específico de idosos, respeitando a subjetividade e singularidade de seus membros – inclusive a nossa.

Observações relacionadas ao funcionamento do CDI, lócus deste estudo, descrevem a importância da liderança nessa Associação (“elo” e motivação para o sucesso desse modelo e da sua conseqüente multiplicação em futuro próximo), a fim de manter a rede solidária com base na responsabilidade social e no trabalho voluntário.

...Nada mudou. Mas a velhice, em especial ainda nos remete para o desconhecido. Mesmo com todos os estudos atuais sobre o aumento da longevidade do homem, trilhamos um caminho cheio de preconceito para com o idoso (Carvalho, 2007, p.12).

Sentiu-se no presente estudo, por conseguinte, uma exigência em termos de resultado, de compromisso com o CDI-AFAI, que vimos fortalecer ao atuarmos a partir das concepções da Gerontologia Social, que proporcionou, neste estudo, reflexão ampla

e transversal sobre as repercussões e descobertas do trabalho tão valioso que ali é desenvolvido.

Consideramos a relevância deste estudo que explicita temas como políticas públicas, trabalho voluntário, convivência com idosos que perpassam as subjetividades e transcendem do toque ao mundo imaginário. Um estudo que permite um espaço de diálogo e debate sobre os desafios postos pela longevidade dos idosos fragilizados diante de uma concepção biopsicossocial do envelhecimento.

Referências

- Abreu, I.D., Forlenza, O.V. & Barros, H.L. (2005). Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Rev. Psiq. Clín.*, 32(3), 131-136.
- Andrade, G.R.B. & Vaitsman, J. (2002). Apoio Social e Redes: conectando solidariedade e saúde. Rio de Janeiro (RJ): *Ciências e Saúde Coletiva*, 7(4), 925-934.
- Argimon, I.L. & Trentini, C.M. (2006, jan.-jun.). A presença da doença de Alzheimer e suas repercussões na dinâmica familiar. Passo Fundo (RS): *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 3(1), 98-105.
- Bayle, F.C. (2004). O demente, a família e as suas necessidades. INUAF - Instituto Universitário D. Afonso III, Loulé. *An. Psicológica*, 22(3), 621-627. (ISSN 0870-8231).
- Bonardi, G., Azevedo e Souza, V.B. & Moraes, J.F.D. (2007, jul.-set.). Incapacidade funcional em idosos: um desafio para os profissionais de saúde. Porto Alegre (RS): *Scientia Médica*, 17(3), 138-144.
- BRASIL. (2007). *Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Caderno de Atenção Básica 19. MS, Brasília (DF). Recuperado em 15 agosto, 2013, de: <http://docs.thinkfree.com/docs/view.php?dsn=860193>.
- Carvalho, S.A. (2007). *O toque na relação terapêutica com a pessoa idosa*. Dissertação de mestrado em Gerontologia. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).
- Côrte, B. (2008). O direito humano ao envelhecimento e o impacto nas políticas públicas. *Comunicação: instrumento de formação para a longevidade*. In: Lopes, R.G. da C. et al. (Org.). *Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social*, 55. Brasília (DF): Conselho Federal de Psicologia.
- Cristiano, K.C. (2009). *Análise do risco de quedas em idosos em Instituição de Longa Permanência em Criciúma* (SC). Trabalho de Conclusão de Curso. (xerox).
- Delisa, J.A. (2002). *Tratado de medicina de reabilitação: princípios e prática*. (3ª ed.). (Vol 1). São Paulo (SP): Manole.
- ESTATUTO DO IDOSO. *Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003*. Publicada no DOU, em 03/10/2003.

Ferreira, O.G.L., Maciel, S.C., Costa, S.M.G., Silva, A.O. & Moreira, M.A.S.P. (2012, jul.-set.). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. Florianópolis (SC): *Rev. Enferm.*, 21(3), 513-518.

Fortes, F. (2011). *Toque fisiogerontológico na doença de Alzheimer e a redução da apatia*. São Paulo (SP): Dissertação de mestrado em Gerontologia. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Freitas, E.V., Py, L., Neri, A.L., Cançado, F.A.X.C., Gorzoni, M.L., & Doll, J. (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.

Goldman, C. (2008). Abertura. In: Lopes, R.G. da C. et al. (Org.). *Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social*. Brasília (DF): Conselho Federal de Psicologia.

Griep, R.H., Chor, D. & Faerstein, E. (2003). Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no estudo pró-saúde. Rio de Janeiro (RJ): *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), 625-634.

Gutierrez, B.A.O. & Silva, H.S.D. (2008, dez.). Dilemas bioéticos na assistência prestada ao idoso portador de demência do tipo Alzheimer. São Paulo (SP): *Revista Kairós Gerontologia*, 11(2), 159-180. FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP, Brasil.
URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2398/1491>.

Johnson, R.T. & Gibbs Jr., C.J. (1998). Creutzfeldt-Jakob Disease and Related Transmissible Spongiform Encephalopathies. *N Engl J Med*, 339, 1994-2004.

Kalaria, R.N. & Ballard, C. (1999). Overlap between pathology of the Alzheimer Disease and Vascular Dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 13(Suppl. 3), S115-123.

Logiudice, D. (2002). Dementia: an Update to Refresh your Memory. *Intern Med J*, 32, 535-540.

Lopez, A. (2006). *Trabalho Voluntário e Envelhecimento: Um Estudo Comparativo Entre Idosos Americanos e Brasileiros*. Campinas (SP): Tese de doutorado, Unicamp.

Lourenço, A.R. (2008, jan.-jun.). A Síndrome de Fragilidade no Idoso: Marcadores Clínicos e Biológicos. UERJ: *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto* (ano 7).

Macedo, C., Gazzola, J.M., & Najas, M. (2008). Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. Universidade Federal de São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, 33(3), 177-184.

Mella, R., González, L., D`Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., & Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psykhé*, [S.l.], 13(1), 79-89.

Mendez, M.F., Selwood, A., Mastri, A.R., & Frey, W.H. (1993). Pick's Disease versus Alzheimer's Disease: a comparison of clinical, neuropsychological, and SPECT characteristics. *Neurology*, 41, 1374-1382.

Mercadante, E.F. & Arcuri, I.G. (Org.). (2005). *Velhice, envelhecimento e complexidade(idade)*, 35-56. São Paulo (SP): Vetor.

Minayo, M.C. de S. (Org.). (2010). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo (SP): Hucitec/Abrasco.

Neri, A.L. (2001). Velhice e qualidade de vida na mulher. In: Neri, A.L. (Org.). *Desenvolvimento e Envelhecimento*, 161-200. Campinas (SP): Papirus.

- Oliveira, B.de. (2004). *Meninos & Mães da ABDIM: A epopeia da longevidade de pessoas que convivem com a Distrofia Muscular de Duchenne e envelhecem lado a lado*. São Paulo (SP): Dissertação de mestrado em Gerontologia. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).
- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ações: relatório mundial*. Brasília (DF): Organização Mundial da Saúde.
- ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Adotada e promulgada pela Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 12/12/1948.
- Pavarini, S.C.I., Melo, L.C., Silva, V.M., Orlandi, F.S., Mendiondo, M.S.Z., Filizola, C.L.A. *et al.* (2008). Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. *Rev. Eletr. Enf.*, 10(3), 580-590.
- Quaresma, M.L. (2003, jun.). Gerontologia e Gerontologia Social: contributos para a análise de um percurso. São Paulo (SP): *Revista Kairós Gerontologia*, 9(1), 23-24. FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP, Brasil.
- Queiroz, D.T., Vall, J., Souza, A.M.A. & Vieira, N.F.C. (2007). Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Rev. Enferm. UERJ*, 15(2), 276-283.
- Quinn, N. & Schrag, A. (1998). Huntington's Disease and other Chorea. *J Neurol*, 245, 709-716.
- Rabelo, D.F. (2009, nov.). Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. São Paulo (SP): *Revista Kairós Gerontologia*, 12(2), 65-79. FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP, Brasil.
URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4414/2986>.
- Rodrigues, M.S. & Cohen, S. (1998). Social Support. *Encyclopedia of Mental Health*, 3, 535-544.
- Román, G.C. (2002). Defining Dementia: Clinical Criteria for the Diagnosis of Vascular Dementia. *Acta Neurol Scand*, 106(Suppl. 178), 6-9.
- Talmelli, L.F.da S., Gratão, A.C.M., Kusumota, L., & Rodrigues, R.A.P. (2010, dez.). Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. USP: *Rev Esc Enferm*, 44(4), 933-939.
- Weber, F. (2009, jul.-dez.). A Entrevista, a Pesquisa e o Íntimo, ou Por que Censurar Seu Diário de Campo? Porto Alegre (RS): *Horizontes Antropológicos*, 32 (ano 15), 157-170.

Recebido em 22/02/2014

Aceito em 28/03/2014

Bernadete de Oliveira - Fisioterapeuta, Mestre em Gerontologia e Doutora em Sociais Ciências (PUCSP/FAPESP), Titulada pela SBGG e Associada Fundadora do OLHE. Pesquisadora do Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento (NEPE/PUCSP), do *site* Portal do Envelhecimento e do *Programa Cuidar é Viver* (OLHE); Docente em Cursos de Formação de Cuidadores de Idosos; Cursos, *lato sensu*, de Gerontologia (COGEAE/PUCSP) e de Psicogerontologia (UNIP-Vergueiro); Cursos de Gerenciamento de Cuidados ao Idoso (EMS-Cidade de São Paulo).

E-mail: bbell_o@yahoo.com.br

Aline Ribeiro da Silva Isnardi - Fisioterapeuta, Especialista em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica – PUC-SP.

E-mail: aline_isnardi@hotmail.com

Taís Ribeiro da Silva Isnardi - Fisioterapeuta, Especialista em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica – PUC-SP.

E-mail: tais_isnardi@hotmail.com