

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**SABRINA STRAPASSON**

**DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO NO SETOR DE SAÚDE DO IDOSO  
ESTUDO DE CASO “CENTROS DE CONVIVÊNCIA DE COLOMBO”**

**CURITIBA  
2016**

**SABRINA STRAPASSON**

**DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO NO SETOR DE SAÚDE DO IDOSO  
ESTUDO DE CASO “CENTROS DE CONVIVÊNCIA DE COLOMBO”**

Monografia submetida à Banca de Defesa do Curso de Especialização em Gestão em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Saúde, Setor de Ciências Sociais e Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Gestão em Saúde.

–

Área de Concentração: Prática Profissional de  
Enfermagem

Professora: Dra. Mariluci Hautsch Willig

**CURITIBA  
2016**

## Dedicatória

À pessoa com quem amo partilhar a vida, meu esposo Leandro, por sua existência, por estar sempre ao meu lado, pelo companheirismo, respeito, incentivo, e paciência. Sempre presente em minha vida, Com amor e carinho, Dedico-lhe este trabalho.

Às minhas filhas, Giovana e Beatriz, pela oportunidade de experimentar a mais pura forma de amor revelando-me a certeza de que todos os dias, ao lado delas, são maravilhosos, Dedico-lhes este trabalho.

Aos familiares, em especial meus pais Nicacio e Doliria pelo apoio e amor incondicional.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Curso de Pós-Graduação em Gestão Pública em Saúde do Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná que através da Coordenação de Integração de Políticas de Educação a Distância (CIPEAD) pelo apoio e incentivo recebido;

À minha orientadora Professora Dra. Mariluci Hautsch Willig pela dedicação ao ensino e pelos conhecimentos transmitidos para minha formação como especialista;

À tutora Thais Ellen Gomes Provenzi, pelos ensinamentos que me foram transmitidos e cooperação;

À Prefeitura Municipal de Colombo, pelo fornecimento dos dados para realização deste trabalho;

E finalmente agradeço a Deus, por proporcionar estes agradecimentos a todos que tornaram minha vida mais afetuosa. Deus que a mim atribui alma e missões pelas quais já sabia que eu iria batalhar e vencer, agradecer é pouco. Por isso lutar, conquistar, vencer e até mesmo cair e perder, e o principal, viver é meu modo de agradecer sempre.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – DADOS ESTATÍSTICOS PARA A POPULAÇÃO IDOSA NO MUNDO	16
QUADRO 1 – TOTAIS DA POPULAÇÃO E NÚMERO DE IDOSOS BRASIL, PARANÁ E COLOMBO .....	17
QUADRO 2 – NÚMERO DE IDOSOS RESIDENTES EM COLOMBO .....	17
FIGURA 2 – PROJEÇÕES DE INCIDÊNCIA DA DOENÇA DE ALZHEIMER.....	19
FIGURA 3 – DIMENSIONAMENTO MÍNIMO DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA .....	25
QUADRO 3 – CUSTOS DOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA (ANUAL E PER CAPITA) .....	30
QUADRO 4 – IMPLANTAÇÃO DAS ATIVIDADES INICIALMENTE PROPOSTAS ..	34
QUADRO 5 – CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO.....	37

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>12</b>
2.1 A QUESTÃO DO ENVELHECIMENTO .....	12
2.1.1 Crescimento demográfico da população idosa.....	17
2.1.2 A Demência e o Alzheimer .....	19
2.2 DIREITOS DO IDOSO SEGUNDO A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA .....	22
2.3 FUNCIONAMENTO LEGAL DOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA .....	24
<b>3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....</b>	<b>28</b>
3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO.....	28
3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	32
<b>4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA .....</b>	<b>34</b>
4.1 PROPOSTA TÉCNICA.....	34
4.1.1 Plano de implantação.....	37
4.1.2 Recursos .....	39
4.1.3 Resultados esperados.....	39
4.1.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas.....	40
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>42</b>

## RESUMO

O presente estudo teve por objetivo geral avaliar o atendimento do idoso no Centro de Convivência no município de Colombo/PR, segundo as políticas públicas vigentes, identificando a existência de estratégias de atendimento no Centro de Convivência para a Terceira Idade em Colombo; analisar as políticas públicas municipais direcionadas para o atendimento do idoso; propor estratégias que promovam o aumento da eficiência e da eficácia no atendimento do idoso no município. A autora do presente estudo atuou na área de Gestão, Saúde e Assistência Social da Prefeitura Municipal de Colombo e percebe a existência de muitas lacunas no atendimento, podendo haver um maior relacionamento entre as secretarias para a promoção de palestras na área de saúde, entre outros. A pesquisa bibliográfica demonstrou ser emergencial a implantação de Políticas Públicas de Saúde voltada para o idoso, o qual representará 15% da população brasileira em 2020. Ao mesmo tempo notou-se que a legislação voltada para o idoso é relativamente nova, iniciada em 1984, culminando com o Estatuto do Idoso em 2003. Dessa forma, não houve tempo suficiente para a adaptação do planejamento inicial frente a implantação prática das novas diretrizes. A implantação dos Centros de Convivência em Colombo foi efetuada de forma rápida e desorganizada, não produzindo efeitos satisfatórios e possuindo muitas lacunas como: escassez da demanda, implantações de locais em excesso, custos elevados, falta de planejamento de recursos humanos, falta de parcerias, inexistência de comunicação entre as secretarias, pouca ou nenhuma divulgação ou incentivo da participação da sociedade, mediante a criação de uma rede de voluntariado. Um detalhe importantíssimo, considerado um pecado mortal em qualquer planejamento, é a falta de um sistema avaliativo, de controle das ações implantadas. Sugere-se a implantação da proposta técnica, elaborada no decorrer do estudo, conforme cronograma montado, visando a adaptação, avaliação, reuniões e discussão sobre o que hoje está implantado e analisar as possibilidades de mudanças, principalmente concernentes a implantação de um sistema de controle.

**Palavras-chaves:** Idoso. Política Pública. Centros de Convivência. Prefeitura Municipal de Colombo.

## ABSTRACT

The present study was to evaluate the overall objective elderly care in the Community Center in the city of Colombo / PR, in accordance with current public policies, identifying the existence of care strategies in the Community Center for Senior Citizens in Colombo; analyze the municipal public policies for the care of the elderly; propose strategies that promote increased efficiency and effectiveness in elderly care in the city. The author of this research appeared in the Management area, Health and Social Care of Columbus City Hall and observed that there are many gaps in care, there may be a greater relationship between the secretariats to promote lectures on health, among others. The literature proved emergency deployment of Public Policies focused health for the elderly, which represent 15% of the population in 2020. At the same time it was noted that the legislation aimed at the elderly is relatively new, it started in 1984, culminating with the Elderly Statute in 2003. Thus, there was insufficient time to adapt the initial planning ahead the practical implementation of the new guidelines. The implementation of the Social Centers in Colombo was done quickly and haphazardly, producing no satisfactory effects and having many gaps as lack of demand, deployments of excess local, high costs, lack of human resources planning, lack of partnerships, lack of communication between departments, little or no disclosure or encourage the participation of society through the creation of a volunteer network. An important detail is considered a mortal sin in any planning is the lack of an evaluation system of control of the actions implemented. It is suggested the technical proposal implantation, developed in the course of the study, as mounted schedule, aimed at adaptation, evaluation, meetings and discussion of what is now deployed and analyze the possibilities of changes, especially concerning the implementation of a control system.

**Keywords:** Seniors Citizens. Public policy. Communities Centers. Colombo City.

## 1 INTRODUÇÃO

É notório e inquestionável o crescimento da população idosa em todo o planeta, os dados apresentados pelo Censo, realizado pelo IBGE em 2010, segundo reportagem da BBC BRASIL (2014), apresentam projeções que essa população no Brasil deve ultrapassar os 58,4 milhões em 2060, tendo a expectativa média de vida do brasileiro elevada dos atuais 75 anos para 81 anos: as mulheres com 84,4 anos e homens com 78,03 anos. O município de Colombo, localizado no Estado do Paraná, não foge da projeção elaborada pelo IBGE.

O governo federal, segundo o Portal Brasil (2015), desde 2006, com a implantação do Pacto pela Vida, vem tomando medidas e estabelecendo políticas públicas para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa, assegurando o tratamento de saúde e a assistência de um salário mínimo para todo idoso que esteja na linha de pobreza. Esses avanços colocaram o Brasil na 31ª posição no ranking dos países que oferecem melhor qualidade de vida e bem-estar a pessoas com mais de 60 anos, segundo o *Global AgeWatch Index 2013*, citado no referido Portal, da organização não-governamental *Help Age International*, que luta pelos direitos dos idosos.

Essas melhorias na qualidade de vida do idoso são fundamentais, pois segundo Rabelo e Neri (2005) existe a estimativa de que 10% dos idosos com mais de 65 anos necessitem de ajuda em suas atividades básicas de autocuidado e 40% destes, necessitem de ajuda nas atividades instrumentais de vida diária, totalizando aproximadamente 6 milhões de pessoas e famílias que precisem de apoio e suporte no atendimento ao idoso.

O estudo tem por objetivo geral avaliar o atendimento do idoso no Centro de Convivência no município de Colombo/PR, segundo as políticas públicas vigentes. E em específico visa identificar a existência de estratégias de atendimento no Centro de Convivência para a Terceira Idade em Colombo; analisar as políticas públicas municipais direcionadas para o atendimento do idoso; propor estratégias que promovam o aumento da eficiência e da eficácia no atendimento do idoso no município

O tema se justifica pelo fato da incapacidade funcional no idoso, na maioria das vezes, ser consequência das condições crônicas, afetando sobremaneira o

status psicológico e o uso de serviços de cuidado de longa permanência. Os fatores psicológicos, abrangendo a percepção subjetiva e sua avaliação da situação, são importantes para a própria adaptação do idoso frente à incapacidade, atuando como recursos de enfrentamento, atenuando a adversidade de situações estressantes e auxiliando no manejo do ambiente social e físico. Portanto, os fatores psicossociais podem determinar em que medida a vida estendida será vivida de forma eficaz ou com debilidade, dor e dependência. (RABELO; NERI, 2005).

Os autores acima citados alertam ser fundamental a disponibilidade de recursos psicológicos e sociais como: suporte social, as crenças e estados emocionais positivos (otimismo, criação de ilusões positivas), a regulação afetiva (trabalhar com a otimização e a complexidade afetivas), o mecanismo de comparação social (comparação com o outro facilita a avaliação e a construção da realidade), o senso de autoeficácia percebida (melhorando sintomas e proporcionando bem-estar físico), o mecanismo de seleção-otimização-compensação (SOC) e mecanismos de *coping* (amenização do impacto das doenças provocando a moderação do efeito das crises inesperadas). Mediante essas tarefas é que devem ser estabelecidos os programas de cuidado, onde o profissional engajado auxilie os idosos a viver uma vida tão boa quanto possível.

No município de Colombo existem 19 Centros de Convivência, atendendo cerca de 1200 idosos por meio de ações que contribuem para a o convívio e integração dos idosos. Os Centros de Convivência, segundo dados fornecidos pela Prefeitura Municipal de Colombo, visam garantir o direito dos idosos, a qualidade de vida e os atendimentos especiais aos idosos, os quais são “beneficiados com os serviços de médico geriatra, remédios, exames laboratoriais, assistência social, psicólogos, com atendimentos em dias alternados e agendados nos Centros ou encaminhados aos órgãos municipais competentes.” A coordenadora geral dos Centros de Convivência do Município, enfatizou no ano de 2012, sobre o tipo de atendimento ofertado “Nossos idosos comparecem dois dias da semana para se reunirem nos Centros e aproveitar as atividades. Nesses dias são servidos almoço e lanche para os cadastrados e eles podem usufruir das outras atividades que são oferecidas. Cada Centro tem coordenadoria e funcionários para servir o idoso”. (AGORA PARANÁ, 2012).

Existem legislações específicas garantidoras dos direitos ao idoso

abrangendo a esfera federal, estadual e municipal. A questão a ser levantada é se realmente o atendimento aos idosos está sendo profícuo no desenvolvimento da autonomia dos idosos atendidos, bem como, se a abrangência do atendimento ofertado pelos Centros de Convivência é suficiente para toda a população idosa do município.

A participação dos idosos nas atividades propostas nos grupos de convivência proporciona, segundo Seima (2014, p. 58-59), motivação para promover mudanças pessoais, conquistando a sociabilidade ao ser solidário com o outro. Enfatizou a autora que “A participação intersubjetiva é condição *sine qua non* para se promover essa solidariedade, visto que os sujeitos terão possibilidades de desenvolver ações que visem o outro, despertar o espírito de cidadania, reconhecer seu valor e libertar-se do exclusivismo”. Em decorrência desse processo, ocorre crescimento pessoal dos idosos, conduzindo-os na construção de suas próprias identidades cidadãs.

A autora do presente estudo atua na área de Gestão, Saúde e Assistência Social da Prefeitura Municipal de Colombo e percebe a existência de muitas lacunas no atendimento, podendo haver um maior relacionamento entre as secretarias para a promoção de palestras na área de saúde, entre outros.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Neste capítulo serão abordados, via pesquisa bibliográfica, os temas que fundamentam o presente estudo.

### 2.1 A QUESTÃO DO ENVELHECIMENTO

Segundo Bee (1997), os adultos que atingiram os 40 anos podem esperar viver ainda 35 a 40 anos, sendo que atualmente a estimativa de vida é de cerca 110 anos. Sob esse aspecto também é perceptível maior longevidade nas mulheres e nos indivíduos de raça branca em comparação aos de raça negra. O declínio físico inicia-se gradativamente a partir dos 40 ou 50 anos, aumentando aos 65 ou 75 anos.

De acordo com Papaléo Netto (1996 p. 62) as alterações orgânicas são observadas com o desenvolvimento e envelhecimento. A água a qual corresponde a 70% do organismo na idade infantil, diminui para 60% na fase adulta e para 52% no idoso. Essa redução decorre da diminuição da massa celular conforme o envelhecimento. Face à redução de água o idoso pode ser considerado como um “desidratado crônico”, sendo que a reposição líquida deve ser efetuada de forma lenta e cuidadosa visando evitar sobrecarga cardiocirculatória em virtude do compartimento extracelular também se encontrar reduzido.

Em relação ao componente adiposo, o autor acima citado alerta, que no envelhecimento tende a aumentar e apresenta uma distribuição centrípeta depositando-se gordura no tronco, nos epíplons e ao redor de vísceras como rins e coração. O conteúdo ósseo igualmente apresenta redução no idoso (5%) enquanto que o adulto jovem apresenta 6%.

O sistema reprodutor, segundo Bee (1997), apresenta sinais marcantes. O climatério – indicando a perda da capacidade reprodutiva – ocorre tanto nos homens como nas mulheres. Nos homens esse período é gradativo apresentando perda lentos sendo possível em alguns casos, homens na idade de 90 anos se tornar pai. O encolhimento dos testículos é lento sendo que o fluido seminal declina de volume após os 60 anos. Nesse sentido, os hormônios sexuais vão diminuindo de produção. Os níveis de testosterona declinam gradativamente a partir da vida adulta e mantêm-

se até a velhice. Nas mulheres a redução hormonal é mais significativa, sendo este período denominado de menopausa. Na fase adulta os níveis de estrogênio permanecem elevados visando a liberação de óvulos e a preparação do útero, a progesterona se eleva durante a segunda metade do ciclo menstrual a fim de estimular o desprendimento de material acumulado no útero mensalmente, no caso de não ocorrer a concepção. Assim, com o envelhecimento ocorre declínio dos níveis de estrogênio ocasionando mudanças no tecido genital e outros. Os seios se adquirem maior flacidez, perda de tecido genital, encolhimento do útero, a vagina se torna menos espessa e elástica, além de curta e de menor diâmetro, razão pela qual, há menor produção de lubrificação no ato sexual. O calorão, insônia são sintomas frequentes nas mulheres nesse período.

Em relação à estatura, Papaléo Netto (1996), alerta que a mesma se mantém até os 40 anos, sendo que a partir dessa idade reduz-se cerca de um centímetro por década, acentuando-se por volta dos 70 anos. Tal fato é consequência do achatamento das vértebras, redução dos discos intervertebrais e cifose dorsal, bem como do arqueamento dos membros inferiores e do achatamento do arco plantar. Sintoma este mais acentuado nas mulheres.

Concermente ao peso, o autor salienta que há redução de peso após os 60 anos de idade, e, posteriormente se mantém inalterado ou eleva-se face o acúmulo de gordura. Em virtude da diminuição da massa celular no organismo, a maioria dos órgãos também apresenta redução de peso com o envelhecimento. O peso do “fígado diminui de 1.500g aos 20 anos para 1.250g aos 80 anos, o do cérebro diminui de 1.400g para 1.200g, o do rim de 280g para 220g e o pâncreas de 70g para 60g” (PAPALÉO NETTO, 1996, p. 63).

A visão e a audição também se encontram comprometidas com o envelhecimento, segundo Bee (1997, p. 63, 460). Ocorre o espessamento da lente ocular, ocasionando o desenvolvimento da presbiopia, face à dificuldade de movimentação dos músculos em torno dos olhos para ajustar o foco. Quando jovem a forma do cristalino é ajustada para cada distância, de modo não importar a proximidade do objeto, pois, os raios de luz passam para a retina propiciando uma imagem nítida. Com a perda da elasticidade do cristalino o “ajuste fino” não ocorre tão facilmente e as imagens começam a ficar embaçadas. A deterioração ocorre com rapidez aos 40 e início dos 50 anos. Em consequência, os adultos na fase

intermediária “passam a segurar o material de leitura e outros objetos cada vez mais distantes” visando atingir uma imagem clara. Na audição ocorre processo similar, denominado de presbicose, causando efeitos sobre a acuidade auditiva, ocorrendo perda da capacidade de ouvir sons em alta frequência ou baixa frequência. O desgaste básico ocorre nos nervos auditivos e nas estruturas do ouvido interno, as quais se degeneram lentamente. “Pouca perda é aparente, me média, até por volta dos 50 anos, e apenas um pequeno percentual de adultos na fase intermediária requer o uso de aparelhos auditivos – diferentemente da questão dos óculos, necessários para a maioria”.

As alterações morfológicas, segundo Papaléo Netto (1996), são: aumento da circunferência do crânio; aumento da amplitude do nariz e dos pavilhões auditivos, deflagrando a conformação facial típica do idoso; aumento do diâmetro anteroposterior e redução do diâmetro transverso do tórax, característico do tórax senil; aumento do diâmetro anteroposterior do abdome e do diâmetro bi-ilíaco; redução da prega cutânea tricípital e manutenção da subescapular, consequência da distribuição centrípeta do tecido adiposo.

De acordo com Bee (1997, p. 460) a estrutura óssea diminui cerca de 20% nas mulheres e 10% entre os homens no decorrer dos 40 e 70 anos, ocasionando a osteoporose diante da perda de cálcio tornando os ossos mais frágeis e porosos. Antes da menopausa as mulheres possuem pouca perda óssea a qual se agrava sensivelmente após a mesma. “O efeito coletivo dessas perdas é um risco bastante aumentado de fraturas.” As quais podem se constituir uma das principais causas da incapacitação e redução das atividades.

As alterações funcionais, segundo Papaléo Netto (1996), podem ser classificadas de diversas maneiras, as quais foram definidas por Kenney de forma mais elucidativa em duas classificações. A primeira classificação explica as mudanças orgânicas da seguinte forma: funções totalmente perdidas (capacidade reprodução nas mulheres), funções que se alteram de forma paralela às modificações morfológicas (redução da capacidade funcional renal em paralelo à diminuição do número de néfrons), funções alteradas sem modificações morfológicas correspondentes (redução da velocidade de condução das fibras nervosas), alterações secundárias à interrupção de um mecanismo de controle (teores circulantes de gonadotrofinas se elevam nas mulheres durante o climatério

face a diminuição dos níveis de progesterona e estrógeno), aumento da função em alguns setores (secreção aumentada de hormônio antidiurético face à elevação da pressão osmótica plasmática). A segunda classificação é explicada da seguinte forma: função afetada em condições de repouso (presbiopia, presbiacusia, alterações do olfato e gustação), função afetada quando o órgão ou sistema é solicitado a aumentar a atividade (funções cardíaca, pulmonar, renal e hepática).

Importa efetuar um adendo sobre as funções aumentadas, suscitadas por Papaléo Netto (1996, p. 67):

- a) Função Cardíaca: aumento de colágeno no pericárdio e endocárdio, espessamento e calcificação nas valvas mitral e aórtica, limitação do ATP disponível, diminuição da capacidade de oxidação e de mobilização do cálcio. Clinicamente a função cardíaca é suficiente para as necessidades orgânicas, entretanto, em condições de sobrecarga como esforços excessivos, emoções, febre, anemia, infecções, hipertireoidismo, a reduzida capacidade de reserva pode ser responsável pela descompensação.
- b) Função Pulmonar: no envelhecimento todas as estruturas da respiração se alteram, seja nos mecanismos reguladores da respiração, como nos quimiorreceptores, centros de controle do sistema nervoso central e músculos efetores, observa-se diminuição da resposta ventilatória as variações das pressões parciais de oxigênio. Razão pela qual observa-se insuficiência respiratória, obstrutiva e difusional, contudo, torna-se evidente apenas em condições de esforço ou quando o paciente idoso apresenta um processo patológico pulmonar, que soma-se às alterações determinadas pelo envelhecimento.
- c) Função Renal: ocorre redução do tamanho e peso dos rins, diminuição do número de néfrons, espessamento da membrana basal, esclerose e hialinização glomerulares, aumento do tecido conjuntivo intersticial e alterações tubulares. Na ocorrência de administração “aguda de sódio e água, não se observa pronta e rápida excreção renal compensadora como no jovem, levando às vezes à hipervolemia e a descompensação cardíaca.”

No que se refere às questões de resistência, força e equilíbrio, Papalia e Feldman (2013), enfatizam que os adultos perdem cerca de 10 a 20% de sua força até os 70 anos, em consequência, a resistência diminui, principalmente entre as mulheres, do que alguns outros aspectos da capacidade física, como a flexibilidade. Declínios na força e na energia muscular resultam de uma combinação de envelhecimento natural, diminuição da atividade e doença. Estas perdas podem ser parcialmente reversíveis:

Em estudos controlados com pessoas entre 60 e 90 anos, programas de treinamento com peso, treinamento de força, ou treinamento de resistência de oito semanas a dois anos aumentaram a força, tamanho e mobilidade muscular; velocidade, resistência e força muscular das pernas; e atividade física espontânea (Ades et al., 1996; Fiatarone et al., 1990, 1994; Foldvari et al., 2000; McCartney et al., 1996). Embora esses ganhos possam resultar, até certo ponto, de aumento da massa muscular, o principal fator nos adultos idosos é provavelmente uma adaptação, induzida por treinamento, na habilidade do cérebro para ativar e coordenar a atividade muscular (Barry e Carson, 2004). Essa evidência de *plasticidade* em adultos mais idosos é muito importante porque pessoas cujos músculos atrofiaram têm maior probabilidade de sofrer quedas e fraturas e precisar de ajuda para tarefas do cotidiano (Agency for Healthcare Research and Quality and CDC, 2002). (PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 579)

Reforçam os autores acima quanto ao treinamento com peso em idosos, os quais restauram suas funções físicas em caso de cirurgia de substituição do quadril, do que a terapia física aplicada na reabilitação. O treinamento de resistência pesada – rápido levantamento de peso – resultou em mulheres entre 60 e 89 anos, aumento da energia e da força muscular, diminuindo de forma expressiva o risco de quedas.

É importante salientar que é possível envelhecer saudavelmente, mesmo possuindo certas incapacidades mediante o equilíbrio das limitações com as potencialidades do indivíduo. Razão pela qual, é fundamental averiguar a maneira e as condições que os indivíduos estão chegando à velhice. Segundo Resende e Neri (2004, p. 49) existe um mito quanto a velhice e a deficiência física, o qual se traduz em dependência e improdutividade. Para mudar essa visão depreciativa da velhice é importante incentivar os idosos no desenvolvimento de suas capacidades, levando-os a encararem o envelhecimento sob outros aspectos a fim de promover maior qualidade de vida nesta fase da vida. “A participação em grupos educativos possibilita o ajustamento psicossocial, uma vez que as estratégias de enfrentamento dependem de recursos pessoais, e também de recursos sociais”.

### 2.1.1 Crescimento demográfico da população idosa

A Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos Direitos Humanos (SDH, 2013) alerta quanto ao estudo projetional das Nações Unidas sobre a quantidade de idosos no mundo, indicando que cada 9 pessoas no mundo possui 60 anos ou mais, e estima-se um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2050, apresentando pela primeira vez a ocorrência de um número maior de idosos do que crianças menores de 15 anos. No ano de 2012, 810 milhões de pessoas possuíam 60 anos ou mais, ou seja, 11,5% da população global. Projeta-se que esse número alcance 1 bilhão em 2020 e mais que duplique em 2050, alcançando 2 bilhões de pessoas ou 22% da população global.

FIGURA 1 – DADOS ESTATÍSTICOS PARA A POPULAÇÃO IDOSA NO MUNDO

	2000		2010		2020	
	Masculina	Feminina	Masculina	Feminina	Masculina	Feminina
Proporção de população idosa (60 e mais)	7,8%	9,3%	8,4%	10,5%	11,1%	14,0%
<i>Proporção da população</i>						
<i>Grupos de idades</i>						
60-64	46,8%	53,2%	46,4%	53,6%	45,6%	54,4%
65-69	45,8%	54,2%	45,2%	54,8%	44,5%	55,5%
70-74	44,8%	55,2%	43,2%	56,8%	42,8%	57,2%
75-79	43,9%	56,1%	40,2%	59,8%	39,9%	60,1%
80 ou mais	39,9%	60,1%	34,7%	65,3%	33,8%	66,2%
<b>População idosa</b>	<b>6.533.784</b>	<b>8.002.245</b>	<b>7.952.773</b>	<b>10.271.470</b>	<b>11.328.144</b>	<b>15.005.250</b>

FONTE: SDH (2013, p. 1)

Como é possível observar na figura acima, existe uma prevalência do sexo feminina na população idosa mundial. Segundo o estudo de Garces *et al.* (2011) 55% da população idosa brasileira é formada por mulheres, mostrando-se mais expressiva esse percentual quanto maior idade tiver o segmento idoso – segundo o IBGE (2010) existiam 16.989 mulheres com mais de 100 anos contra 7.247 homens.

No Paraná, segundo Marchiori (2013) citando o levantamento do IBGE (2013), o Brasil possui um total 201.032.714 habitantes, dos quais 7% possuem 65 anos ou mais, e em 2060, a estimativa é de que um em cada quatro brasileiros será idoso, ou seja, 27% da população. No Paraná, o percentual de idosos frente a população total é de 7,92%, mas devido a expectativa de vida paranaense que

pulará para 80 anos em 2028, a proporção de idosos aumentará para 15,13% em 2030, ou seja, quase duplicará.

QUADRO 1 – TOTAIS DA POPULAÇÃO E NÚMERO DE IDOSOS BRASIL, PARANÁ E COLOMBO

	<b>Total habitantes</b>	<b>Total Idosos</b>	<b>% Idoso</b>
<b>BRASIL</b>	201.302.714	14091190	7%
<b>PARANÁ</b>	10.900.000	863.280	7,92%
<b>COLOMBO</b>	227.220	15.905	7%

FONTE: Adaptado de MARCHIORI (2013).

Do total projetivo de 15.905 idosos existentes em Colombo – aplicado a taxa média de idosos no Brasil 7% sobre o total de habitantes de Colombo segundo Marchiori (2013) – destes os residentes segundo a Prefeitura Municipal de Colombo (2014) são:

QUADRO 2 – NÚMERO DE IDOSOS RESIDENTES EM COLOMBO

<b>HOMENS – 7.099 idosos</b>	
Residentes área rural	Residentes área urbana
60 a 69 anos – 300 idosos	60 a 69 anos – 4.359 idosos
70 anos ou mais – 199 idosos	70 anos ou mais – 2.241 idosos

<b>MULHERES – 8.484 idosos</b>	
Residentes área rural	Residentes área urbana
60 a 69 anos – 283 idosos	60 a 69 anos – 4.782 idosos
70 anos ou mais – 227 idosos	70 anos ou mais – 3.192 idosos

Quantidade de Idosos recebem Benefício de Prestação Continuada (BPC): 1.701
Quantidade Idosos cadastrados no Cadastro Único: 3.998

FONTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO (2014).

Conforme dados demonstrados no quadro 2 é possível observar que apenas 25,66% dos idosos residentes, segundo a Prefeitura Municipal de Colombo (2014), se encontram cadastrados no Cadastro Único (3.998 idosos para um total de 15.583).

### 2.1.2 A Demência e o Alzheimer

Segundo Carvalho, Nardi e Quevedo (2015) em 2001 previu-se 24,3 milhões de indivíduos com demência, dos quais 60% estariam concentrados em países de baixo ou médio desenvolvimento. Entretanto, os resultados apresentados pelo *World Alzheimer Report* (2009, p. 218), demonstraram prevalência mundial de 5 a 7% dos indivíduos com idade superior a 60 anos, apresentando maior incidência na América Latina (8,5%) e menor incidência na África Subsaariana (2 a 4%). Além disso, o estudo demonstrou um crescimento exponencial da demência com o avanço da idade e com maior prevalência em mulheres se deve “tanto à maior incidência desse gênero quanto ao maior tempo de sobrevivência com o transtorno”.

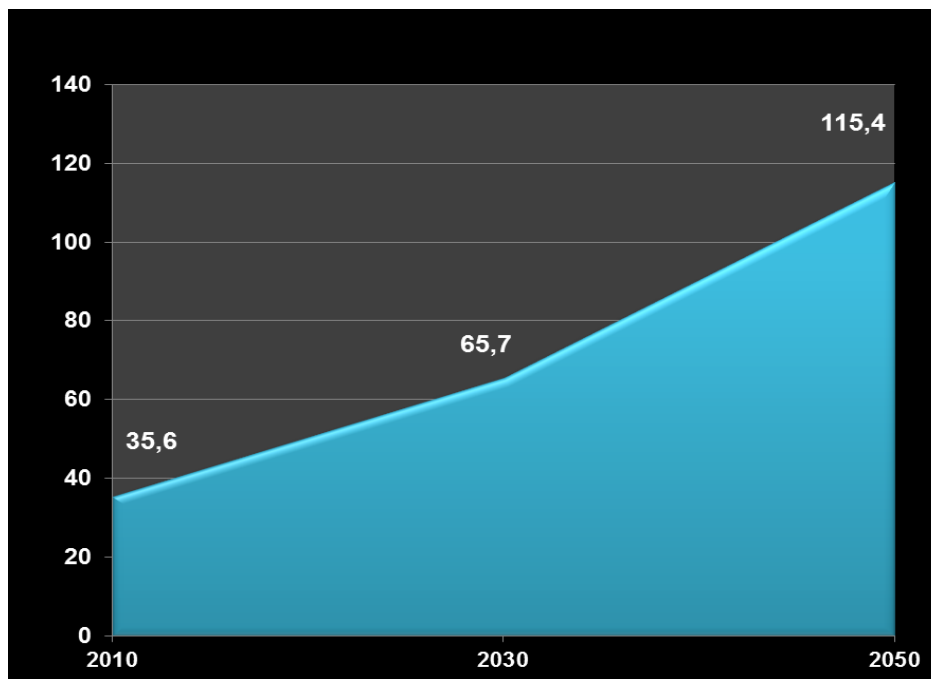
O DSM-5 indica que a prevalência da demência aumenta rapidamente com o envelhecimento, sendo que em países com renda mais elevada há incidência de 5 a 10% em indivíduos com de 70 anos, elevando o percentual para 25% de incidência conforme o aumento da idade. Nos EUA os dados estatísticos indicam que 7% dos portadores da doença de Alzheimer possuem entre 65 e 74 anos de idade, 53% entre 75 e 84 anos, e 40% têm 85 anos ou mais. “O percentual de demências atribuíveis à doença de Alzheimer varia de cerca de 60% a mais de 90%, dependendo do contexto e dos critérios diagnósticos.” (APA, 2014)

A doença de Alzheimer (DA) é o tipo de síndrome demencial que mais acomete idosos no mundo, com um percentual aproximado de 60% dos casos, sendo fundamental o diagnóstico na fase inicial da doença para o retardamento do desenvolvimento da doença, garantindo para o paciente, seus cuidadores e familiares bem estar e Qualidade de Vida. (GONÇALVES; CARMO, 2012)

Estudos demonstram diferenças no risco da DA conforme o grau de urbanização, onde habitantes das zonas rurais possuem maior risco para o desenvolvimento do que os habitantes de áreas urbanizadas (razão de chances = 1,11 intervalo de confiança de 90% = 0,79 a 1,57). É importante salientar que os estudos epidemiológicos apesar de apresentarem que 70% dos casos sejam DA,

evidências oriundas de estudos patológicos desafiam a noção de subtipos distintos de quadros demências. Nos casos mistos, associação entre quadro neurodegenerativos e cerebrovasculares, parecem ser mais prevalentes do que os subtipos “puros”. Um estudo ao analisar cérebros de mil pacientes com demência demonstrou que 86% apresentam alterações patológicas características do DA, mas apenas de 43% possuíam a doença “pura”. (CARVALHO; NARDI; QUEVEDO, 2015, p. 215).

FIGURA 2 – PROJEÇÕES DE INCIDÊNCIA DA DOENÇA DE ALZHEIMER



FONTE: Baseado em Carvalho, Nardi e Quevedo (2015, p. 219).

Segundo Carvalho, Nardi e Quevedo (2015, p. 217, 219) “a incidência das demências apontaram para a ocorrência de 4,6 milhões de novos casos ao ano”. Em um estudo brasileiro, realizado por Nitrini e colaboradores na cidade de Catanduva-São Paulo, a incidência duplicou a cada cinco anos a mais na idade dos participantes e foi maior entre as mulheres com idade mais avançada. Em 2010, segundo os autores, estimou-se que 35,6 milhões de pessoas (4,7% do total das pessoas com mais de 60 anos) apresentariam demência, para 2030 foi estimado 65,7 milhões em diagnósticos de demência e em 2050, foram estimados 115,4 milhões de casos. Um total de 58% dos pacientes com DA moravam em países em

desenvolvimento em 2010, para 2050 essa taxa crescerá para 71%. Acredita-se que o crescimento nas prevalências de DA para os próximos 20 anos, será na ordem de 40% para Europa, 63% para a América do Norte, 77% para o Cone Sul da América Latina, 89% para Ásia-Pacífico, 117% para o Extremo Oriente, 107% para o restante da América Latina e 125% para o Norte da África e para o Oriente Médio.

Segundo o DSM-5, a DA progride gradualmente, algumas vezes com platôs de curta duração, indo da demência grave à morte. A duração média da sobrevivência após o diagnóstico se encontra em torno de 10 anos, refletindo mais a idade avançada da maioria dos indivíduos do que o curso da doença, existindo casos em que os pacientes conseguem viver com ela por até 20 anos. Pacientes no estágio avançado acabam mudos e confinados ao leito. A morte costuma ocorrer em consequência de aspiração nos que sobrevivem ao longo do curso completo. No transtorno neurocognitivo (TNC) leve devido à doença de Alzheimer, os prejuízos aumentam com o tempo, com o estado funcional, pouco a pouco, declinando, até que os sintomas cheguem ao limiar para o diagnóstico de TNC maior. (APA, 2014).

Segundo os estudos de Petroianu *et al.* (2010, p. 303) – efetuado com 393 idosos com mais de 80 anos de idade, residentes na região metropolitana de Belo Horizonte (MG) a fim de identificar a relação entre o risco de demência e a falta de estímulo físico e mental em idosos – observou-se que a demência produz impactos significativos na economia e na esfera social, sendo necessária a determinação dos fatores associados ao desenvolvimento dessa patologia e a utilização de ferramentas úteis para a prevenção e atraso da evolução da DA. “Entre os agentes relacionados com os processos mentais, tem sido evidenciada a prática de atividades físicas e mentais para reduzir o risco do desenvolvimento de demência.” O intuito é que com as atividades de lazer ocorra estímulo na neurogênese e à sinaptogênese, ampliando a reserva cognitiva mediante a prática regular de exercícios. Os resultados dos estudos apontaram retardo no declínio cognitivo em idosos que praticaram atividades físicas e mentais, reduzindo assim, o risco de incidência de DA, sendo que as atividades mentais foram mais eficazes. Outro benefício encontrado no estudo se deve ao fato de que as atividades mental e física promoveram estimulação da prática social entre os idosos, tornando-os mais abertos à socialização.

## 2.2 DIREITOS DO IDOSO SEGUNDO A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

De acordo com a Secretaria dos Direitos Humanos - SDH (2011), a mobilização para regularizar os direitos da pessoa idosa teve início na década de 1968, com a expansão das práticas assistencialistas realizadas pelo Estado, efetivada pela assinatura da primeira medida normatizadora da assistência aos idosos, fornecendo “amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade”, pela Lei nº 6.179, de 11 de dezembro de 1974. Em 1979 também passa a contar com essa assistência social os idosos não-previdenciários, pela Portaria 25, de 09 de Novembro de 1979. Importa salientar que ao final da década de 1970 a estimativa de vida do brasileiro era de pouco mais de 62 anos, sendo que o crescimento demográfico era mais significativo em relação ao restante da população.

Na década de 1980, em Viena ocorre a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, organizada pelas Nações Unidas com o objetivo de iniciar um programa global de ação visando a garantia da seguridade econômica e social das pessoas idosas. Este Plano de Ação de Viena colocou em pauta a necessidade de formular e aplicar políticas específicas aos idosos, incorporando vários direitos que ainda não estavam sendo cobertos. Políticas estas que foram incorporadas na Constituição Federal (CF) de 1988, fomentando um maior debate sobre os direitos humanos ao mesmo tempo em que buscava a configuração de uma sociedade livre e justa.

Segundo os artigos 229 e 230, da Constituição Federal, referem-se ao idoso indicando ser responsabilidade dos filhos maiores amparar os pais na velhice, na pobreza quando estiverem precisando ou quando estiverem doentes (art. 229) e colocando a família, a sociedade e o Estado como responsáveis pelo amparo às pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (art. 230). Essa base inicial não foi suficiente para garantir o atendimento pleno de direitos ao idoso:

entretanto direitos elementares deixam de ser cumpridos para a população idosa evidenciando sua exclusão social. Sem a efetivação do Estado Democrático de Direito para a população idosa, desvela-se a necessidade da criação de ações governamentais que supram esta carência, destacando-se as políticas públicas. Nesse contexto criam-se as condições

de possibilidade para que se definam estratégias que garantam direitos fundamentais também para os idosos, referenciados em instrumentos internacionais das Nações Unidas e da Organização dos Estados Americanos. (SDH, 2011, p. 5).

No início da década de 1990 é criado o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecendo a saúde como direito fundamental do homem e dever do Estado, estando embutido o atendimento do idoso. Em 1992, por meio da Assembleia das Nações Unidas, foram definidos princípios específicos para o atendimento do idoso: independência, participação, cuidados, autorealização e dignidade. O Brasil assume esse compromisso suscitado pelas Nações Unidas e sanciona em 1993, a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), assegurando benefícios aos idosos como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o qual substituiu a renda mensal vitalícia de 1974, garantindo um salário mínimo mensal desde que haja comprovação de inexistirem meios de promoção da própria manutenção. (SDH, 2011).

Segundo SDH (2011), ainda é possível ao idoso obter um benefício adicional quando se encontrar em situação de vulnerabilidade temporária. Até 1993 não havia sido elaborada ainda uma política nacional para os idosos, mesmo havendo um clamor contínuo da sociedade da comunidade acadêmica, culminando no ano de 1994 com a criação do Conselho Nacional do Idoso em conjunto com a Política Nacional do Idoso, visando assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (art. 1).

Entre os 22 artigos que compõem os seis capítulos desta lei, destacam-se: os direitos à cidadania, respeito, não discriminação, informações sobre o envelhecimento, participação, capacitação, atualização, cultura, esporte, lazer, saúde, educação, previdência, trabalho, habitação e assistência social. Em 1996 a Lei nº 8.842 é regulamentada pelo Decreto Nº 1.948, de 3 de julho de 1996 e em 1999 é aprovada a Política de Saúde do Idoso, trazendo consigo as seguintes diretrizes: promoção do envelhecimento saudável; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas. (SDH, 2011).

Em 2002 é criado o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) como estratégia de mobilização social e de participação efetiva nas políticas públicas. Em

2003 é regulamentada a Lei 10.741, o Estatuto do Idoso, o qual amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, abrangendo os mais variados aspectos da sua vida, desde os direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para crimes mais comuns cometidos contra as pessoas idosas. Em 2006, mediante a Portaria 399/GM, são criadas as Diretrizes do Pacto pela Saúde, consolidando o SUS e aprovando as Diretrizes Operacionais do pacto pela Vida, trazendo como compromisso a Implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral. (ANDRADE *et al.*, 2013).

De acordo com Andrade et al. (2013) no mesmo ano, é aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Portaria 2528/06, visando recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. O alvo dessa política abrange todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

A legislação brasileira considerada na integralidade expressa o compromisso nacional com a democracia e os direitos humanos mediante o reconhecimento explícito do respeito aos cidadãos idosos. A evolução legal dos direitos do idoso avançou de acordo com a realidade brasileiro primando por uma política de estar saudável, biológica, psicológica ou socialmente. “Portanto, estar saudável significa combater a gerofobia, assegurando uma política de saúde que considere as características da velhice” (ANDRADE *et al.*, 2013, p. 3550).

### 2.3 FUNCIONAMENTO LEGAL DOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA

Importa salientar que diante do envelhecimento demográfico brasileiro as instituições asilares integrais ou dia como o caso dos Centros de Convivência, emergem como alternativa de suporte social para atenção à saúde do idoso. A questão da saúde dos idosos com atendimento especializado é considerada satisfatória quando relacionada à ausência de dor, desconforto físico, pela segurança proporcionada por instituições que garantem comida, suporte e atendimento médico. (PESTANA; ESPÍRITO SANTO, 2008).

O Decreto nº 1948 de 3 de julho de 1996 regulamentou a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências, entre as quais estabelece pelo atendimento não-asilar os Centro de

Convivência, conforme estabelece o artigo 4º:

Art. 4º Entende-se por modalidade não-asilar de atendimento:

I - Centro de Convivência: local destinado à permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania;

II - Centro de Cuidados Diurno: Hospital-Dia e Centro-Dia - local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional;

III - Casa-Lar: residência, em sistema participativo, cedida por instituições públicas ou privadas, destinada a idosos detentores de renda insuficiente para sua manutenção e sem família;

IV - Oficina Abrigada de Trabalho: local destinado ao desenvolvimento, pelo idoso, de atividades produtivas, proporcionando-lhe oportunidade de elevar sua renda, sendo regida por normas específicas;

V - atendimento domiciliar: é o serviço prestado ao idoso que vive só e seja dependente, a fim de suprir as suas necessidades da vida diária. Esse serviço é prestado em seu próprio lar, por profissionais da área de saúde ou por pessoas da própria comunidade;

VI - outras formas de atendimento: iniciativas surgidas na própria comunidade, que visem à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na sociedade. (BRASIL, 2016)

Segundo o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS os centros de convivência para idosos visam o “fortalecimento de atividades associativas, produtivas e promocionais, contribuindo para autonomia, envelhecimento ativo e saudável prevenção do isolamento social, socialização e aumento da renda própria”. Um espaço destinado ao atendimento rotineiro de idosos e de seus familiares, para o desenvolvimento de ações de atenção ao idoso visando a elevação da qualidade de vida, a promoção de participação, a convivência social, a cidadania e a integração intergeracional em comunidade. O MPAS recomenda a criação de uma rede de parceria composta pelo MPAS, Secretarias Estaduais e Municipais de Assistência Social, universidades, organizações não-governamentais, bem como, utilização da rede pública ou privada de saúde, de educação, de esportes e de cultura. (BRASIL, 2010, p. 34).

Outras diretrizes fornecidas pelo MPAS (BRASIL, 2011) são:

- a) Atividades: devem ser planejadas e sistematizadas respeitando os valores socioculturais, ocupacionais e as necessidades manifestas pelos idosos frequentadores e, também dos recursos humanos e materiais disponíveis. Podem incluir atividades artística ou cultural envolvendo folclore, oficinas, entre outras; educativas envolvendo palestras, seminários ciclos de debates sobre saúde física e mental na velhice, entre outros; sociabilidade;

políticas públicas; atividades físicas; vocacionais/produativas.

b) Recursos humanos: para a gestão um coordenador; corpo técnico (assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, professor de educação física, entre outros) os quais podem ser oriundos de organizações não-governamentais, subsidiados ou não, e voluntários; pessoal de apoio: instrutores, auxiliares de serviços gerais e vigilantes.

c) Dimensões mínimas do Centro:

FIGURA 3 – DIMENSIONAMENTO MÍNIMO DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA

<b>Programa de Necessidades</b>	<b>Dimensão Mínima (m<sup>2</sup>)</b>
01. Sala para Direção/Técnicos e Reuniões	12,00
02. 2 Salas para Atividades Coletivas (p/ 15 pessoas)	2 x 25,00 = 50,00
03. Sala para Atividade Individuais	8,00
04. Sala de Convivência	30,00
05. Almojarifado	10,00
06. Copa/cozinha	16,00
07. Área de serviço/lavanderia (c/ tanque)	4,00
08. Depósito Geral	4,00
09. 2 Banheiros para Funcionários (com armários)	2 x 3,00 = 6,00
10. 2 Conjuntos de Sanitários (com um chuveiro em cada)	2 x 15 = 30,00
11. Salão de Festas para 150 pessoas (0,60 m <sup>2</sup> p/pessoa)	90,00
<b>Subtotal</b>	<b>260,00</b>
Circulação interna e divisórias (25% do total)	67,00
<b>TOTAL*</b>	<b>327,00</b>

FONTE: BRASIL - MPAS (2011, p. 38)

As necessidades acima são exigências a serem adequadas às características regionais do local, às exigências funcionais que forem sendo sentidas pelos idosos alvo do serviço. As necessidades físico-espaciais acima são delineamentos básicos orientadores dos projetos – válidos porém sujeitos a constantes adequações, inovações e retificações.

d) Áreas externas: Terreno preferencialmente plano, sendo previstas áreas verdes, locais para jardinagem e outras atividades ao ar livre.

e) Localização: deve estar localizado dentro da malha urbana, fornecendo facilidade de acesso por transporte coletivo e, preferencialmente, próximo à rede de saúde, comércio e demais serviços da vida da cidade (posto

médico, hospitais, supermercado, farmácia, padaria, centros culturais, cinemas, etc.), favorecendo a integração do idoso, independente e mesmo dependente, à comunidade do entorno.

- f) Ambiente interno: utilizar elementos que atuem de forma positiva sobre a memória física e afetiva dos idosos e em suas relações com o novo espaço – o aprendizado desse novo espaço deve ser facilitado pela inclusão de objetos que sejam capazes de resgatar antigos hábitos, experiências e recordações e trazê-los para o cotidiano atual dos usuários.
- g) Custos: devem ser contemplados os custos referentes à alimentação, limpeza, recursos humanos, equipamentos, transporte, outros. Esses recursos serão englobados pelas Secretarias Estaduais ou Municipais de Assistência Social. Os integrantes do Centro de Convivência deverão ter acesso à rede de serviços local, a saber: saúde, educação, esporte, outros.

A partir desta sucinta revisão bibliográfica é analisado o Centro de Convivência de Colombo.

### 3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Neste capítulo são expostos os dados legais e a análise observacional do funcionamento do Centro de Convivência do Idoso no município de Colombo.

#### 3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO

Os Centros de Convivência para atendimento do idoso em Colombo possui como objetivo base melhorar a qualidade de vida da população idosa visando inclusão social, assegurando a saúde, o lazer e bem-estar, retardando os problemas oriundos do processo de envelhecimento e garantindo a dignidade do idoso.

A missão dos Centros de Convivência é dividida em duas categorias:

- 1) Socioassistencial: apoio efetivo prestado à família por meio da inclusão em programas de transferência de renda e na rede de serviços para acessar os direitos básicos de cidadania;
- 2) Socioeducativo: trabalho com idosos que frequentam os centros de convivência enquanto sujeitos socioculturais, com suas histórias e projetos, fazendo reflexão sobre o cotidiano e formas de organização do idoso para promover sua inclusão e autonomia.

A visão dos Centros de Convivência envolve:

- A convivência como base do ser social: pertencer a grupos, reconhecer-se num contexto, efetivar referências de atitudes e valores, perceber e respeitar a diversidade são caminhos que só podem ser percorridos nas relações sociais;
- A convivência no campo socioeducativo: oportunidade de vivência e afirmação de atitudes e valores que fortaleçam e despertem o prazer de viver em comunidade, a importância da vida, a aposta em si mesmo dentro de padrões sociais solidários e cooperativos.

O objetivo geral é o de promover o encontro de idosos e seus familiares, por meio do desenvolvimento de atividades que contribuam no processo de

envelhecimento saudável, no desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, no fortalecimento dos vínculos familiares e do convívio comunitário e na prevenção de situações de risco social.

Os objetivos específicos se fundamentam em:

- Atender nos Centros de Convivência, homens e mulheres com idade igual ou superior a 60 anos;
- Assegurar ao idoso lazer, trabalho, saúde, cidadania, liberdade, dignidade, respeito, alimentação, educação, cultura, esporte e a convivência familiar e comunitária;
- Priorizar as políticas públicas de atendimento e proteção à pessoa idosa na rede socioassistencial do município;
- Viabilizar de formas alternativas de ocupação, participação e convívio do idoso com as demais gerações;
- Capacitar e reciclar os recursos humanos na área de gerontologia a todos os servidores que prestam serviços aos idosos;
- Estabelecer mecanismos através do meio de comunicação oficial do município, favorecendo a divulgação de caráter educativo sob os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;
- Garantir o acesso à sociedade e assistência social local do território de abrangência;
- Garantir por meio do CREAS e dos CRAS, atendimento às vítimas de violência (física, psicológica e sexual), abuso financeiro e econômico, negligência e autonegligência.
- Acrescentar capacidade de atendimento, estrutura física, grade de atividades, custo, recursos humanos.

Os Centros de Convivência de Idosos em Colombo seguem as diretrizes legais da Lei n. 8842/94, Decreto n. 1948/96 definindo o atendimento aos indivíduos com mais de 60 anos, considerados idosos pela legislação. Em paralelo atinge a Constituição Federal e a Política de Assistência Social visando defender o direito do cidadão e o dever do Estado; a LOAS, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Assistência Social. Em decorrência, os Centros de Convivência estão abaixo da Secretaria Municipal de Assistência Social e em última instância o MPAS.

A proposta da Prefeitura Municipal de Colombo é a de propiciar nos Centros de Convivência do Idoso, um ambiente de lazer, onde os participantes poderão ter acesso à cuidados médicos, alimentação balanceada com acompanhamento nutricional. A jornada de permanência do idoso poderá ser integral, ou seja, o dia todo.

A missão dos Centros de Convivência possuem duas frentes:

- Socioassistencial: prestar apoio efetivo ao idoso e à família mediante a inclusão da mesma em programas de transferência de renda e na rede de serviços para acessar os direitos básicos da cidadania.
- Socioeducativo: trabalhar com os familiares enquanto sujeitos socioculturais, com suas histórias e projetos, efetuando reflexão sobre o cotidiano e as formas de organização da família para promoção de suas capacidades e autonomia.

A visão, proposta pela Prefeitura Municipal de Colombo (2014), é de que a convivência se torna a base do ser social, o ato de pertencer a grupos, reconhecer-se num contexto, construir referências de atitudes e valores, perceber e respeitar a diversidade são caminhos que só podem se percorridos nas relações sociais.

Compreende-se dessa forma, que a convivência no campo socioeducativo é uma oportunidade de vivência e afirmação de atitudes e valores que fortaleçam e despertem o prazer de viver em comunidade, a importância da vida, a aposta em si mesmo dentro de padrões sociais solidários e cooperativos.

Em Colombo existem 20 Centros de Convivência, distribuídos em locais estratégicos próximos a Unidades de Pronto Atendimento em áreas urbanas. Entre os bairros atendidos tem-se: Rio Verde, Jardim Adriana, Jardim Osasco (2 unidades), Zumbi, Guaraituba (2 unidades), Atuba (2 unidades), Jardim Guarujá, Monte Castelo, Vila Guarani, São Gabriel, Jardim Ana Terra, Moinho Velho, Jardim das Graças, Jardim Georgina, Vila Maria do Rosário, São Dimas, Jardim Monza, Jardim Central.

Os Centros de Convivência atendem de segunda à sexta-feira, possuindo o seguinte planejamento semanal de atividades internas (PMC, 2014):

- Segunda-feira: limpezas em geral dos centros de convivência, realizado pelos funcionários (serviços gerais e coordenadoras), abrangendo a

limpeza de calçadas, geladeiras, área comum, entre outros;

- Terça-feira: servido café da manhã, almoço e café da tarde para os idosos;
- Quarta-feira: atividades sociais realizadas com os idosos como show de prêmios, cursos diversos, alfabetização e ginástica;
- Quinta-feira: servido café da manhã, almoço e café da tarde para os idosos;
- Sexta-feira: atividades realizadas com os idosos como show de prêmios, cursos diversos, alfabetização e ginástica.

O custo dos Centros de Convivência, segundo a PMC (2014), é demonstrado no quadro a seguir:

QUADRO 3 – CUSTOS DOS CENTROS DE CONVIVÊNCIA (ANUAL E PER CAPITA)

SERVIÇOS	CUSTOS (R\$)
<b>Folha de Pagamento</b>	R\$ 557.950,25
<b>Material de Consumo: gás, aparelho telefônico, material de limpeza, material de expediente e armarinhos</b>	R\$ 140.000,00
<b>Serviços de pessoa física: locação de imóvel</b>	R\$ 49.237,79
<b>Serviços de terceiros pessoa jurídica: água, luz e entrega de alimentos, ônibus, sonorização e concerto de máquinas de costura e <i>coffe-break</i></b>	R\$ 66.000,00
<b>Equipamentos/Material permanente</b>	R\$ 2.000,00
<b>Alimentação</b>	R\$ 264.751,47
<b>Oficinas</b>	R\$ 90.586,56
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1.170.526,17</b>
<b>Per capita anual</b>	<b>R\$ 1.064,11</b>
<b>Per capita mensal</b>	<b>R\$ 88,67</b>

FONTE: PMC (2014)

Importa salientar que dos 20 Centro de Convivência em funcionamento, 16 estão localizados em infraestrutura da PMC e 4 são alugados. O tamanho dos Centros de Convivência varia entre 90m<sup>2</sup> à 200m<sup>2</sup> de área construída.

São atendidos 800 idosos os quais estão distribuídos nos Centros de Convivência entre 14 a 94 idosos.

Com relação as parcerias existem eventos realizados em conjunto com a Secretaria Municipal de Esportes, como por exemplo, gincanas preparadas para os

idosos; Secretaria Municipal de Saúde, marcação de consultas e atendimentos médicos em alguns centros. Nos Centros de Convivência o médico atende de 15 em 15 dias.

### 3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Inicialmente é importante salientar certos dados fornecidos pela PMC (2014):

- Total de Centros implantados: 20 unidades
- Total de idosos atendidos: 800 idosos
- Total de idosos cadastrados no SUS: 3.998 idosos
- Total de idosos que recebem BPC: 1.701
- Total de idosos residentes em Colombo: 15.583 idosos

O alcance dos Centros de Convivência de Idosos atualmente é de **5,13% da população idosa residente** em Colombo, **20% dos idosos cadastrados no SUS** e **47% dos idosos que recebem BPC**. Estes percentuais são muito reduzidos para a capacidade dos Centros de Convivência, os quais devem possuir capacidade para 200 idosos/unidade, ou seja, dos 20 centros implantados, apenas 5 seriam necessários para atender a demanda atual.

A proposta dos Centros de Convivência, segundo planejamento da Prefeitura Municipal de Colombo, abrange:

1. Propiciar um ambiente de lazer para os idosos, os quais recebem cuidados médicos, alimentação balanceada com acompanhamento nutricional.
  - ✓ Diagnóstico: Os cuidados médicos e acompanhamento nutricional são deficientes em virtude de não existir uma parceria efetiva com a Secretaria de Saúde. O atendimento médico, enquanto suporte, é deficitário e na necessidade o idoso é transferido para o atendimento de uma unidade de saúde. Os idosos recebem as três refeições apenas duas vezes na semana, nos demais dias apenas recebem lanches.
2. Propõe um atendimento integral diário, tendo os idosos a liberdade de sair ou de ficar para participar das atividades.

- ✓ Diagnóstico: Os cuidados médicos e acompanhamento nutricional são deficientes em virtude de não existir uma parceria efetiva com a Secretaria de Saúde. O atendimento médico, enquanto suporte, é deficitário e na necessidade o idoso é transferido para o atendimento de uma unidade de saúde.
- ✓ Os idosos não possuem um cronograma de atividades que os mantenham ocupados o dia inteiro. Existem dias em que não existem atividades na parte da tarde e/ou outros na parte da manhã.
- ✓ Inexistência de atividades educativas – direitos dos idosos, DSTs, saúde do idoso, entre outros.

3. Atendimento especializado dos idosos envolvendo profissionais das seguintes áreas: Assistência Social, Psicologia, Geriatria, Enfermagem (auxiliares), Professores de Educação Física, entre outros.

- ✓ Diagnóstico: O atendimento dos profissionais acima é oscilante, ou seja, não existem profissionais das áreas acima contratados para o atendimento do idoso. Na ocorrência de um problema o idoso é transferido para o atendimento especializado das unidades de saúde.

Observa-se que a implantação dos Centros de Convivência, bem como o atendimento especializado ao idoso é novo para a Prefeitura de Colombo, inexistindo experiência, capacitação profissional e planejamento efetivo abrangendo a integração de esforços de todos os recursos do município, ou seja, a união de todas as secretarias.

## 4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Neste capítulo é exposta a proposta técnica para solucionar a situação-problema identificada no Centro de Convivência do Idoso no município de Colombo.

### 4.1 PROPOSTA TÉCNICA

Como proposta técnica sugere-se uma mudança no planejamento, na logística/recursos, na infraestrutura dos Centros de Convivência atualmente implantados:

- a) **Planejamento:** os próprios dados fornecidos pela PMC (2014) apontam para discrepâncias entre o que é proposto e o que é efetivado, conforme apontam as seguintes questões:
  - Quantidade de idosos atendidos x quantidade de Centros implantados: o atendimento aos idosos residentes em Colombo ainda é muito reduzido para a infraestrutura instalada, ou seja, há maior oferta dos serviços do que demanda para preenchê-los. Sugere-se a parceria com a Secretaria Municipal de Saúde no sentido de recadastrar os idosos residentes, ao mesmo tempo em que divulga os serviços prestados pelos Centros de Convivência.
  
- b) **Logística/recursos:** as atividades propostas pelo planejamento da PMC (2014) não são efetivas no interior dos Centros de Convivência dos Idosos conforme cronograma exposto no capítulo anterior. Observa-se que existe o custo de R\$ 264.751,47/anuais com alimentação dos idosos, só que aos idosos são fornecidas em apenas 2 dias da semana, as três refeições (café da manhã, almoço e café da tarde), emergindo as seguintes perguntas:
  - Nos demais dias, outros 3 dias, os idosos não possuem acesso ao almoço?
  - Os idosos não possuem atividades na segunda-feira porque é dia de limpeza? Se acaso o Centro de Convivência atua como socializador e similar ao funcionamento de uma creche, as segundas-feiras os idosos

não possuem acesso a atendimento especializado e/ou atividades socioculturais?

- Quem efetua a produção das refeições, pois nos recursos humanos tem-se apenas a coordenação e profissional de serviços gerais?

Quanto às questões acima, faz-se necessária uma reavaliação da implantação efetuada no ano de 2014, abrangendo os quesitos acima e seguindo as diretrizes federais propostas pelo MPAS.

Sugere-se a implantação das atividades dos idosos conforme seu planejamento inicial o qual vai ao encontro das normas legais federais:

QUADRO 4 – IMPLANTAÇÃO DAS ATIVIDADES INICIALMENTE PROPOSTAS

<b>EIXOS NORTEADORES</b>	<b>O QUE:</b>	<b>COMO DESENVOLVER</b>	<b>QUEM EXECUTA</b>	<b>RESULTADO</b>
I – Atividades Físicas	Dança, alongamentos, caminhadas, jogos, massagens e dança sênior	Departamento de Esportes	Professores de Educação Física, instrutores, estagiários e coordenadores	Atingir até 90% dos idosos vinculados ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
II – Cultura	Baile, gincana, hora do canto, danças e festas típicas, folclores, coral e teatro	Secretaria de Cultura planejamento anual, Agenda municipal de eventos, Atividades sistematizadas e com grade de desenvolvimento	Professores de Educação física, trabalhadores da rede em atendimento nos Centros de Convivência e Grupos de Voluntários, Técnicos do CRAS e CREAS	Desenvolver uma cultura de socialização, habilidades de convivência, autoestima
III – Saúde	Campanha de prevenção, Atendimento médico, Vacinas, Palestras (Saúde bucal, Noções de higiene pessoal, Orientação Sexual, Alimentação Saudável)	Panfletos, Folders e Exames específicos, Planejamento anual conforme agenda	Coordenadores, Médicos e Dentistas	Atingir até 90% dos idosos que participam dos Centros de Convivência na prevenção de doenças inerentes à idade
<b>EIXOS NORTEADORES</b>	<b>O QUE:</b>	<b>COMO DESENVOLVER</b>	<b>QUEM EXECUTA</b>	<b>RESULTADO</b>
IV – Cidadania	Fórum Permanente (Segurança, Acessibilidade, Aposentadoria, Família, Religião,	Secretaria de Assistência Social, Realização periódica de rodas de conversa, Reflexão à partir de	Secretaria de Assistência Social, CRAS, Coordenação, Psicólogos,	Atingir até 90% dos idosos atendidos

	entre outros), Conferências, Rodas de Conversa, Dinâmicas de Grupo, Combate à violência, Troca de experiências	filmes, Estudos de Caso, Psicologia, Diagnóstico realizado junto aos equipamentos de atendimento aos idosos	Convidados	
V – Educação	Alfabetização, Cursos livres	Por meio de Programa de alfabetização em parceria com o Estado e Estação do Ofício	Alfabetizadores e Instrutores	Alto índice de desenvolvimento intelectual, afetivo e de habilidades
VI – Geração de Renda	Oficinas e Cursos, Produção de artesanatos, Horta comunitária	Estação do ofício, Parceria com a Secretaria de Agricultura	Instrutores, Parcerias afins e Coordenadores	Inserção social por meio do trabalho e melhoria na condição socioeconômica do idoso
VII – Noções de Economia	Formação de um Conselho, Gestão descentralizada	Coordenadores de Centro de Convivência	Voluntários, Idosos e trabalhadores da área	Gestão descentralizada

FONTE: PMC (2014, s/p)

- c) **Infraestrutura:** observou-se que 4 locais são alugados, os quais perfazem um custo anual de R\$ 49.237,79. Sugere-se um remanejamento, pois não há necessidade de tantas instalações para a demanda atual de idosos. O custo de aluguel não se justifica perante a estrutura atual. A planilha de custo contém conserto de máquinas de costura, mas não existem tarefas artesanais programadas para os idosos.
- d) **Recursos Humanos:** observou-se um quadro funcional mínimo que ocasiona a alguns profissionais o acúmulo de funções, como o caso dos profissionais de serviços gerais, os quais são encarregados da preparação de almoço e cafés (manhã e tarde). Esta ocorrência deve ser extinta sob pena da PMC sofrer processos trabalhistas.

Além dos itens acima se sugere:

- a) Implantação de parcerias efetivas com as instituições de ensino superior existentes no Município: as quais podem fornecer profissionais para palestras ou mesmo locais onde se possam ministrar treinamentos e palestras com os idosos e/ou capacitação profissional dos funcionários que atuam nos Centros de Convivência.

- b) Criação de redes de voluntários: entrar em contato com instituições locais (Igrejas, Clubes, Associações de Pais e Mestres) para divulgação dos serviços e das atividades dos Centros de Convivência, incentivando a participação da comunidade de forma voluntária. Atividades de serviços gerais, como limpeza, podem ser angariadas dentro da comunidade onde o Centro de Convivência atua. Outra oportunidade é a de coletar informações mais precisas sobre os idosos residentes e que não estão participando das atividades dos Centros.
  
- c) Integração entre as Secretarias Municipais: apesar de estar dentro do planejamento de 2014 a ação conjunta com as secretarias de Saúde, Agricultura e Esportes, na prática isso não ocorre, conforme cronograma de atividades apresentado.
  
- d) Treinamento e Capacitação profissional: todos os funcionários dos Centros de Convivência devem estar aptos ao atendimento do idoso, estar consciente de suas necessidades e limitações, atendendo-os com maestria fornecendo aumento na qualidade de vida e autoestima dos idosos.
  
- e) Criação de um sistema de avaliação e controle das mudanças efetuadas: este item é imprescindível para analisar a correta implantação das mudanças nos Centros de Convivência. Atentando-se que todo planejamento deve conter um sistema de controle, o qual averiguará as discrepâncias entre a teoria e a prática do que se é implantado.

#### 4.1.1 Plano de implantação

A seguir é demonstrado um cronograma mensal para a implantação das sugestões efetuadas no item anterior.

QUADRO 5 – CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

Atividade	Meses a serem trabalhados											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1) Planejamento – abrangendo inúmeras reuniões para análise, avaliação e readequação dos Centro de Convivência												
2) Logística e Recursos – analisar os custos reais de cada Centro x Recursos alocados, implantação atividades nos Centros												
3) Infraestrutura – reanálise das estrutura e implantação de novas atividades												
4) Recursos humanos – avaliação do atual quadro e readequação dos cargos												
Atividade	Meses a serem trabalhados											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
5) Parcerias com Instituições												
6) Criação rede voluntários												
7) Criação de um sistema de Controle/Avaliação												
8) Treinamento e Capacitação profissional												
9) Divulgação em todos os meios midiáticos												

FONTE: A autora.

Os itens 5 (implementação de parcerias), 6 (criação rede voluntários) e 8 (treinamento e capacitação profissional) devem ser atividades constantes nos Centros de Convivência. A captação de parcerias e voluntários é tão importante quanto a necessidade funcional, pois é fundamental que a comunidade interaja com as necessidades existentes de seu próprio grupo local. Portanto, consideram-se

estas atividades constantes.

O Item 9 – Divulgação é fundamental para que ocorra a interação da sociedade colombense com a implantação dos Centros de Convivência, uma gestão participativa é necessária para a criação posterior do Conselho dos Centros de Convivência.

O maior tempo é destinado ao processo de planejamento, pois emana a análise com todos os envolvidos (coordenadores de todos os Centros de Convivência, Secretarias de Ação Social e outras) para juntos chegarem ao consenso de maximização do atendimento: um maior número de idosos. Diminuição do número de Centros de Convivência implantados, diminuição dos custos e readequação de espaços.

Ao item 2 – Logística e Recursos foram destinados 6 meses para implementação das atividades inicialmente propostas pelo planejamento de 2014, mas não implantadas.

#### 4.1.2 Recursos

Conforme observado na planilha de custo, já existe um recurso para *coffee-break* e material permanente, os quais podem ser utilizados para as reuniões de planejamento.

O tempo dos funcionários para efetuar as reuniões teria que ser liberados da rotina diária, assim, acarretaria maior acúmulo de trabalho o que poderia gerar estresse entre os envolvidos, contudo, devido a implantação sem processo corretivo ou de controle tornou impossível a eficiência/eficácia de todo o processo de implantação dos Centros de Convivência.

Os únicos custos seriam os oriundos do processo de divulgação midiática, mas podem ser utilizados os veículos já existentes da Prefeitura.

#### 4.1.3 Resultados esperados

Pretende-se com a adoção da intervenção acima:

- Eficiência e eficácia no atendimento do idoso;
- Maior integração entre PMC x Sociedade x Instituições x Idosos;
- Geração de um sentimento de participação de todos frente as ações da

PMC, unindo público x privado x terceiro setor x sociedade;

- Divulgação dos direitos dos idosos;
- Geração de sentimento de pertencimento dos idosos frente a sociedade.

#### 4.1.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

O maior risco a ser encontrado é a resistência a mudanças do sistema já implantado, o qual será corrigido mediante a aplicação de palestras visando conscientizar os envolvidos quanto a necessidade de mudanças e a geração de eficiência no fornecimento dos serviços públicos.

## 5 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliar o atendimento fornecido aos idosos nos Centros de Convivência localizados na cidade de Colombo, e para tal, efetuou-se uma pesquisa bibliográfica explorando as características do envelhecimento; a quantificação da população idosa no mundo, Brasil, Paraná e Colombo; a etiologia da Demência/Alzheimer; a legislação voltada para o idoso e o funcionamento dos Centros de Convivência de Idosos.

Observou-se no decorrer da pesquisa bibliográfica ser emergencial a implantação de Políticas Públicas de Saúde voltada para o idoso, o qual representará 15% da população brasileira em 2020. Ao mesmo tempo notou-se que a legislação voltada para o idoso é relativamente nova, iniciada em 1984, culminando com o Estatuto do Idoso em 2003. Dessa forma, não houve tempo suficiente para a adaptação do planejamento inicial frente a implantação prática das novas diretrizes. A elaboração das leis e as diretrizes, voltadas para a garantia dos direitos do idoso, apresentam-se perfeitas e adequadas, satisfazendo as propostas das Nações Unidas e dos Direitos Humanos.

O problema é que em Colombo, conforme observado, a implantação, talvez em virtude da rapidez com que foi concretizada, não produziu efeitos satisfatórios demonstrando muitas lacunas como: escassez da demanda, implantações de locais em excesso, custos elevados, falta de planejamento de recursos humanos, falta de parcerias, inexistência de comunicação entre as secretarias, pouca ou nenhuma divulgação ou incentivo da participação da sociedade, mediante a criação de uma rede de voluntariado. Um detalhe importantíssimo, considerado um pecado mortal em qualquer planejamento, é a falta de um sistema avaliativo, de controle das ações implantadas. A PMC não se preocupou em montar um sistema de controle das implantações, não observando que muitas de suas metas colocadas no planejamento não foram concretizadas por falta de recursos, quadro funcional e até de demanda.

Assim, sugere-se a implantação da proposta técnica, conforme cronograma montado, visando a adaptação, avaliação, reuniões e discussão sobre o que hoje está implantado e analisar as possibilidades de mudanças, principalmente concernentes a implantação de um sistema de controle.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGORAPARANÁ. **Centros de Convivência atendem mais de 1500 idosos em Colombo.** 2012. Disponível em: [http://agoraparana.uol.com.br/backup\\_site/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5640:centros-de-convivencia-atendem-mais-de-1500-idosos-em-colombo&catid=38:colombo&Itemid=110](http://agoraparana.uol.com.br/backup_site/index.php?option=com_content&view=article&id=5640:centros-de-convivencia-atendem-mais-de-1500-idosos-em-colombo&catid=38:colombo&Itemid=110). Acesso em: 05 out. 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION-APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, L.M. *et al.* Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3543-3552, Dec. 2013.

BBC - BRASIL. **Número de idosos no Brasil vai quadruplicar até 2060, diz IBGE.** 29/08/2014. Disponível em: [http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2013/08/130829\\_demografia\\_ibge\\_populacao\\_brasil\\_lgb](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2013/08/130829_demografia_ibge_populacao_brasil_lgb). Acesso em: 5 out. 2015.

BEE, H. **O Ciclo Vital.** Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1997.

BRASIL. **Brasil é reconhecido por políticas públicas em favor de idosos.** Portal Brasil. 09/01/2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/01/brasil-e-reconhecido-por-politicas-publicas-em-favor-de-idosos>. Acesso em: 5 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. **Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil.** 2011. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/servicos--de-atencao-ao-idoso.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2016.

BRASIL. Secretaria dos Direitos Humanos - SDH. **Dados sobre o envelhecimento.** 2013. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentoNoBrasil.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2016.

BRASIL. Secretaria dos Direitos Humanos. **Documentos Legais.** 2011. Disponível em: [http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/legislacao/copy2\\_of\\_DOCUMENTOS\\_LEGAI.pdf](http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/legislacao/copy2_of_DOCUMENTOS_LEGAI.pdf). Acesso em: 07 mar. 2016.

CARVALHO, A.F.; NARDI, A. E.; QUEVEDO, J.(Orgs.). **Transtornos psiquiátricos resistentes ao tratamento.** Diagnóstico e Manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

GARCES, S.B.B.; BIANCHI, P.D.A.; BRUNELLI, A.V.; HANSEN, D.; KRUG, M.R.; ROSA, C.B.; BERTOTTI, C.M. Qualidade de vida de mulheres idosas usuárias de uma ESF da Cidade de Cruz Alta-Rs. **XVI Seminário UNICRUZ.** Seminário Interinstitucional de Ensino, Pesquisa e Extensão. Universidade no Desenvolvimento Regional. 04, 05 e 06 de ut. 2011, UNICRUZ. Disponível em: <http://www.unicruz.edu.br/seminario/artigos/saude/QUALIDADE%20DE%20VIDA%20DE%20MULHERES%20IDOSAS%20USU%C3%81RIAS%20DE%20UMA%20ESF%20DA%20CIDADE%20DE%20CRUZ%20ALTA-RS.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2016.

GONÇALVES, E. G. & CARMO, J. S. Diagnóstico da Doença de Alzheimer na População Brasileira: um Levantamento Bibliográfico. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 4, n. 2, jul./dez. 2012, p. 170-176. Disponível em: <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/viewFile/183/271>. Acesso em: 13 dez. 2015.

MACHADO, S. S. L. Pessoas Idosas Responsáveis por Domicílios Familiares e Novas Faces da Velhice, em Belém-PA. *In: Congresso Social da Amazônia*. Anais... (4.: 2005, PA). Centro de convenções do Centur, Belém:GTR, 2005. 378 p.

MACHIORI, R. Somos 201 milhões e idosos serão 1/4 da população até 2060, diz IBGE. **Gazeta do Povo**, Vida e Cidadania. 29/08/2013. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/somos-201-milhoes-e-idosos-serao-14-da-populacao-ate-2060-diz-ibge-cd77a4oxh4n50wl0aevh33uby#ancora>. Acesso em: 07 mar. 2016.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996.

PAPALIA, D. E. E FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 12.ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PESTANA, L.C.; ESPÍRITO SANTO, F. H. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. **Rev Esc Enferm USP**, 42(2): 268-75, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a08.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2015.

PETROIANU, A.; CAPANEMA, H.X.M.; SILVA, M.M.Q.; BRAGA, N.T.P.B. Atividade física e mental no risco de demência em idosos. **J Bras Psiquiatr**. 2010;59(4):302-307.

PLANALTO. **Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d1948.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm). Acesso em: 07 mar. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO. **Centros de Convivência para Idosos**. Apostila. Colombo: Prefeitura de Colombo, 2014.

RABELO, D.F.; NERI, A.L. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 403-412, set./dez. 2005.

RESENDE, M.C.; RABELO, D.F. Envelhecer com deficiência física: experiência com grupos educativos. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre, v. 6, p. 41-51, 2004.

SEIMA, M.D. **Participação intersubjetiva dos idosos longevos de uma comunidade**. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2014. 180f.