

## Otimizando a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas\*

Cristiane Cardoso de Oliveira\*\*

**Resumo** – Pensar, refletir e estudar sobre a instauração do processo de envelhecimento exige compreender as várias dimensões do mesmo. O intuito é a intervenção, com ênfase no cuidado, a partir da equalização de idéias, da alocação de recursos e da compatibilização de interesses e necessidades na busca por uma vida qualitativamente mais desejada, ainda que em condição de abrigamento em serviços específicos de atenção e cuidado gerontológico. Problematizar o incremento na qualidade de vida dos idosos evidencia uma intervenção profissional fundamentada, articulada e sensível às demandas emergentes e à viabilização de estratégias de enfrentamento das mesmas. A prática profissional viabiliza-se na execução do processo de trabalho que tem como objeto as diferentes e múltiplas expressões da questão social e das necessidades sociais. Serão abordados os elementos constitutivos do processo de trabalho do serviço social no contexto dos serviços gerontológicos. Assim como o referencial teórico metodológico adotado para subsidiar a problematização do estudo em questão, no sentido de buscar alternativas para fomentar a garantia dos direitos sociais e do exercício da cidadania que incidem na melhoria das condições de vida dos idosos institucionalizados.

**Palavras-chave** – Velhice. Envelhecimento. Cuidado.

**Abstract** – Thinking, reflecting and studying about instauration of aging process needs to understand many dimensions of it. The goal is the intervention, with emphasis in care from of same ideas, position of resources and unification of interests and necessities to goal a qualitatively life more desired, even that in specifics services of attention to oldness. Provide the increment in quality life of aged demonstrate a based professional intervention, articulated and sensible to emergent demands and to make possible strategies to fight it. The professional experience, it makes possible in execution of work process that has like object different and multiple expressions about social matter and social necessities. This article shows the elements constituent of process about the work of Social work, services focus in oldness. As well as the methodology theoretic referential used to subsidize this research, in direction to figure out to search social rights and the exercise of the citizenship that to improvement life conditions of aged institutionalized.

**Key words** – Oldness. Aging. Care.

---

\* O presente artigo foi elaborado a partir da Tese de Doutorado “A velhice e a deficiência: dupla exclusão, múltipla atenção”, defendida em março de 2004, vinculada ao programa de pós-graduação da Faculdade de Serviço Social da PUCRS, sob orientação da Prof<sup>ª</sup> Dr. Leônia Capaverde Bulla.

\*\* Assistente Social, Especialista em Gerontologia Social (PUCRS), Mestra em Serviço Social (PUCRS), Doutora em Serviço Social (PUCRS), Doutorado-Sanduiche na Faculdade de Psicologia da Universidade de Barcelona (Barcelona/Espanha). Professora Convidada na pós-graduação em Administração em Saúde Pública, com ênfase em serviços (UC/COREN/CIPEL) e na pós-graduação em Administração em Saúde Pública, com ênfase em ação comunitária (UC/COREN/CIPEL). Coordenadora da pós-graduação em gestão de pessoas em saúde (CONESUL). E-mail: criscoliveira@gmail.com.

O crescimento da população de idosos é produto de um processo social e faz parte do cenário globalizado. Em 1950, havia aproximadamente 204 milhões de idosos no mundo. Quase cinco décadas depois, este contingente alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase oito milhões de idosos por ano. Mais cinquenta anos e as projeções indicam um bilhão e novecentos milhões de pessoas envelhecidas, com 60 anos e mais, número equivalente a um quinto da população mundial. Uma das explicações é o aumento, verificado desde 1950, de 19 anos na esperança de vida ao nascer. Os números mostram que, atualmente, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais e, para 2050, estima-se que a relação será de uma para cinco em todo o mundo, e de uma para três nos países desenvolvidos. Os dados divulgados pelo Censo 2000 (IBGE, 2000) demonstram índices significativos: são 14.536.029 idosos no Brasil.

O Ano Internacional do Idoso (1999) registrou a necessidade de unir esforços entre a sociedade e o poder público. Ambos devem estar mobilizados para enfrentar, driblar e vencer os obstáculos em prol do cidadão da terceira idade, atuando em favor de uma velhice feliz, digna e tranqüila. Para isso, alguns fatores são fundamentais: autonomia, assistência, participação, saúde e proteção. Nesse sentido, a intenção é colaborar no processo decisório dos responsáveis pela administração e organização desses serviços, bem como das equipes de trabalho que compõem esse cenário. Além disso, pretende-se qualificar o viver do idoso abrigado, a partir do reconhecimento de suas necessidades e expectativas identificadas nos depoimentos dos mesmos.

A idéia é que se possa apresentar, inicialmente, um conjunto de possibilidades e, após, relatar as informações observadas e obtidas ao longo dos anos de estudo sobre a questão do envelhecimento, com ênfase no cotidiano dos serviços de atenção e cuidado às pessoas idosas, institucionalizadas no Município de Porto Alegre.

Ademais, torna-se fundamental definir qual é o entendimento da expressão “idosos institucionalizados”. Institucionalização significa, na língua portuguesa, “ato ou efeito de institucionalizar”. Institucionalizar, por sua vez, é “dar o caráter de instituição, ou adquirir o caráter de instituição”. Instituição é definida como “ato ou efeito de instituir; associação ou organização” (Ferreira, 2002, p. 393). De modo geral, as pessoas com 60 anos ou mais, que vivem em instituições especializadas, recebem cuidados pertinentes às necessidades adquiridas. Assim, idoso institucionalizado é aquele que vive em uma instituição para receber cuidados. Segundo Boff (2003, p. 33),

cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Nesse sentido, pretende-se ir para além da atenção destinada às pessoas idosas, pretende-se alcançar o patamar mais amplo da expressão cuidado, pois, como diz Boff (2003, p. 33), “colocar cuidado em tudo o que projeta e faz, eis a característica singular do ser humano”. Ocupar-se e preocupar-se com o processo de envelhecimento e com a institucionalização da velhice revela o cuidado com o outro e consigo, na medida em que, pensar no envelhecimento do outro, é planejar o próprio envelhecimento. Em outras palavras, expressa o enfrentamento do processo de envelhecimento e a possibilidade mais concreta de aprender a conviver com o diferente, com o diverso, numa perspectiva de “convivialidade”, a partir do acionamento de estratégias, inclusive e especialmente, as estratégias metodológicas, como a rede, por exemplo.

Historicamente, os asilos e albergues para idosos destinavam a atenção para aqueles desprovidos de recursos, sem vínculos familiares, fragilizados e impossibilitados de viverem sozinhos. A atenção tinha como foco os recursos materiais.

Segundo Rezende (2003), as primeiras instituições filantrópicas, destinadas a abrigar pessoas idosas, surgiram no Império Bizantino, no século V da era cristã. No ocidente, o primeiro gerontocômio foi fundado pelo Papa Pelágio II (520-590), que transformou sua própria casa em hospital para idosos. Atualmente, essas instituições vão-se reordenando, modificando seus estatutos e aderindo a novas terminologias para definir suas atividades. Entretanto, uma das instituições estudadas ainda mantém a denominação de “asilos”. Vale destacar que esse asilo é uma referência pela quantidade de idosos que atende e pela tradição histórica na cidade de Porto Alegre.

Atualmente, ainda existem asilos que condicionam o ingresso do idoso ao fato de não possuírem parentes, mas com uma diferença significativa. Se antes abrigavam idosos desprovidos de recursos financeiros, hoje, torna-se condição que esses contribuam minimamente com o equivalente a um salário mínimo, aproximadamente, seja com a aposentadoria ou com o benefício de prestação continuada (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, nº 8.742, 7 de dezembro de 1993). Benefício destinado ao idoso que possua 70 anos ou mais, comprove não possuir recursos de prover seu próprio sustento e nem de tê-lo provido por sua família. Mas fica uma lacuna na lei quando menciona a

exceção para aqueles que não possam garantir por si a sobrevivência, pois é bastante relativa a expressão.

Vale reiterar o mencionado anteriormente sobre os idosos residentes em asilos e instituições sociais de assistência aos idosos, pois estas fazem uso do benefício recebido pelos idosos para a cobertura dos gastos com a estrutura do serviço. Eis uma contradição importante, visto que alguns estabelecimentos continuam com a mesma denominação (asilos), embora a proposta institucional não expresse, na totalidade, o sentido da palavra e/ou o ideário inicialmente proposto. Mas, então o que significa um asilo? Asilo vem do grego *asylon*, através do latim *asylum*, cujo significado é o de refúgio, local onde a pessoa se sente amparada, protegida, ao abrigo de possíveis agravos e danos de qualquer natureza (Rezende, 2003). Mas, como se sentir abrigado, quando só se pode estar ali mediante o pagamento e, se o pagamento faltar, o abrigo também será indisponibilizado? Sobre isso, busca-se referência em Marx (2002, p. 157):

Não a podem considerar como sua casa – da qual seja possível vir a dizer: “aqui, estou em casa”. Sentem-se antes na casa de outra pessoa, na casa de um estranho, que todos os dias se encontra à espreita e o expulsa, se não pagar a renda.

Esse é um sentimento que invade a grande maioria dos idosos institucionalizados, pois sabem que aquela instituição não lhes pertence. Significa que, por mais personalizado o ambiente, sempre haverá o desejo de regressar aos seus lares, seja pelo sentimento de propriedade, de referência ou pelas recordações depositadas no lugar. Com isso, os gestores dos serviços gerontológicos necessitam redimensionar o significado de “abrigo”, garantindo excelência na qualidade da prestação de serviços e a busca permanente de atendimento personificado, conforme a realidade e necessidade de cada pessoa idosa. Nesse sentido, cabe ao Assistente Social, contratado pela organização, viabilizar a customização da intervenção, no sentido de sensibilizar a equipe constantemente à importância da personalização do atendimento, visando ao cuidado específico para atendimento das necessidades individuais que são identificadas cotidianamente.

Para além de asilos, existem clínicas, lares, residenciais e muitos outros recursos que compõem a rede de atenção. A seguir, será exposto o conceito de rede no cenário do envelhecimento.

A rede é constituída por fios que, fixados por arranjos, compõem malhas que formam uma estrutura. A rede é um dispositivo utilizado para variados fins. De um lado, para amortecer o choque da queda de pessoas; de outro lado, para compor um conjunto

interconectado de vias e meios de transporte, de canais de escoamento ou distribuição, de meios e equipamentos de comunicação, ou de locais e agentes de prestação de serviços. Podemos nos valer da idéia da rede para amortecer, para amparar a queda das pessoas; nesse caso, amparar as pessoas com suas dificuldades, minimizar o impacto das perdas biológicas, físicas e sociais. Também é possível se valer da idéia das vias de comunicação, informação e formação que interligam os profissionais que dedicam atenção às pessoas com mais de 60 anos.

A rede de prestação de serviços também remete à idéia de somatório da rede interna aos recursos sociais, isto é, ao “entrelaçamento de recursos sociais em uma ação conjunta, de forma co-participativa, visando à solução de problemas que emergem em uma determinada comunidade” (Türk, 2002, p. 23). Pode, ainda, ser usada na perspectiva de estratégia metodológica, no sentido de troca, de interação entre os sujeitos em rede, potencializando os recursos próprios, equalizando as relações sociais.

Nesse sentido, a rede de atenção no contexto do envelhecimento prevê conhecer e (re)conhecer os serviços gerontológicos, como recursos e elementos articulados para o amparo, proteção e incremento à velhice. Recorre-se a Karsch, quanto à definição da palavra serviço, como prestação de serviços, atividade útil, valor de uso: “Servir a pessoas, servir a processos, servir à produção, servir a grupos ou servir à sociedade confundem-se, porque a tendência é avaliar o serviço pela atividade que cumpre, pelo que faz e como o faz” (1989, p. 25). Quanto à ampliação de serviços, diz o mesmo autor:

A sociedade de classes no capitalismo monopolista cria uma civilização de serviços. A idéia de “prosperidade” desencadeia um avanço nas formas diversificadas que garantem, no mercado, o circuito do capital e das mercadorias. As necessidades exacerbadas pela publicidade justificam novos serviços para novas necessidades que, no mundo moderno, desenvolvem uma proliferação de formas de atendimento ao homem administrado por profissionais (Karsch, 1989, p. 32).

A partir da ótica de Karsch, esclarece-se a diversificação de serviços de atenção aos idosos, pois que estudos de mercado, embasados nas necessidades e no marketing, criam a cada dia novas versões de atendimento: hotéis, apart-hotéis, especificamente para idosos. Assim, o processo de constituição da rede de suporte social significa, de modo geral, a construção de pontos e pontes de enfrentamento das necessidades emergentes na vida cotidiana. Nesse sentido, trabalhar em rede, segundo Türk (2002, p. 60), é “construir um processo de cidadania. É suplantar todos os processos de exaltação ao individualismo, postos na sociedade contemporânea. É desenvolver um processo de solidariedade”. Esse

processo de solidariedade necessita sobrepor-se à obtenção do lucro pelo lucro. É preciso ter em conta melhores oportunidades e condições de vida aos idosos, sensibilizando a todos os envolvidos, para o exercício profissional competente e articulado, na perspectiva da solidariedade e da convivialidade nesses serviços.

De acordo com Scherer-Warren (1999, p. 51), a rede compreende a complexidade do social, as múltiplas contradições e diversidades que compõem a lógica do conflito e da cooperação. Desse ponto de vista, a inter-relação é um elemento imprescindível para a articulação e concretização de uma rede. Para Faleiros (2003, p. 25), a rede é uma articulação de atores em torno de uma questão profundamente complexa e processualmente dialética. Desse modo, a dinâmica de uma rede relaciona-se com o envolvimento de cada elemento, recurso envolvido no processo mais amplo; portanto, o movimento imprime a fluidez da rede e possibilita a superação das contradições inerentes a ela.

Nesse caso, destaca-se como fundamental o estabelecimento da interação entre as instituições que abrigam idosos e as Unidades de Saúde mais próximas, tudo para ampliar a possibilidade de apoio social. A promoção social e a educação são necessárias, para que sejam estabelecidas ações prioritárias, de acordo com os níveis de riscos encontrados. Isso significa a efetivação do apoio social, inclusive pautado na solidariedade. Como exemplo disso, a Sra. Canumã<sup>1</sup> (assistente social entrevistada) relatou a constituição de um processo informal de parceria entre alguns serviços gerontológicos sem fins lucrativos e alguns postos de saúde da cidade de Porto Alegre. Segundo ela, os serviços mantêm-se articulados com os postos de saúde dos respectivos bairros, facilitando o acesso dos idosos às consultas médicas e na aquisição de medicamentos. Por vezes, as Assistentes Sociais permutam e distribuem os remédios conforme a necessidade local; para isso, estão sempre em contato, seja por telefone, correspondência eletrônica, ou nas várias reuniões que sistematicamente realizam para discutir as dificuldades vivenciadas e articular novas formas de apoio.

A expressão “apoio social” aponta para o suporte à sociedade, pois se refere a tudo o que serve de sustentação, suporte e/ou auxílio no contexto das relações sociais, do entorno social, da sociedade em geral. Dessa forma, o apoio social é eminentemente social. Montañes (2002) define atividade social como frequência de contatos e redes sociais, como características estruturais das relações, ou seja, pelo tamanho, número e densidade das

---

<sup>1</sup> Os nomes são fictícios, com o intuito de preservar a identidade e garantir o sigilo profissional.

relações, pela frequência de contatos e pela proximidade física. O apoio social compreende ajuda emocional e instrumental que se deriva para o indivíduo de uma Rede Social.

Por isso, algumas disciplinas que se dedicam a estudar o “apoio social” congregam a idéia da imprescindibilidade do mesmo para o melhor desenvolvimento humano, para a saúde e o bem estar. A partir desse fenômeno, ocorre o fortalecimento pessoal através da ajuda e da afetividade e, portanto, reconfigura o viver em sociedade. Segundo Thoits (1982), o nível de apoio se dá conforme o grau das necessidades básicas das pessoas (afeto, estima, aprovação, pertinência, identidade). Essas são satisfeitas mediante interações sociais que estabelecem ajuda socioemocional ou instrumental.

Duarte (2000, p. 144) explicita rede social como trama de relações sociais, em que as pessoas estão imersas e define caravana social como rede social que acompanha a pessoa ao longo da vida. Ambas (a rede e a caravana) aportam o apoio social, que minimiza os efeitos nocivos do estresse, busca a manutenção da integridade física e psicológica da pessoa através do tempo e visa a cuidados, afeto, estima, valorização e possibilidade de sentir-se membro de uma rede de comunicação e troca mútua. Com o passar do tempo, o conceito de apoio social foi agregando aspectos do relacionamento interpessoal, da ajuda instrumental, da informação e da valorização.

Assim, são funções do apoio social permitir compartilhar problemas comuns; prevenir o isolamento; definir competências mútuas; viabilizar algumas referências e disponibilizar assistência nas crises. Observa-se, dessa maneira, que o apoio social prevê a esfera emocional e afetiva.

Faleiros (2003, p. 24) pontua que “é na relação de redes que se colocam as questões enfrentadas pelos próprios sujeitos”. Nesse espaço, busca-se o fortalecimento da cidadania, da identidade, da autonomia. Para Salgado (1999, p. 156), os “sistemas de apoio social” aos idosos configuram-se dessa forma: Apoio Informal – família; Apoio Formal - Organizações, Instituições Públicas e Privadas e Políticas Públicas. Nesse estudo, destacam-se as instituições, pois constituem papel importante na rede de apoio social ao idoso e às suas famílias, percebendo-se que, quanto maior for o grau de limitação e/ou dependência, mais importante será o suporte social das instituições. “Daí a necessidade da conexão dos recursos sociais governamentais e não-governamentais em Rede Social de Apoio” (Türck, 2002, p. 49). Vale mencionar que, tanto maior o apoio da família, menor a probabilidade de institucionalização para o idoso. Entretanto, de acordo com Silva e Néri (1993, p. 222),

para idosos pobres com comprometimentos físicos e cognitivos, residentes nas grandes áreas metropolitanas, as relações com as famílias configuram-se como mais problemáticas, principalmente pelo caráter compulsório da convivência com os filhos. Tudo se complica com a carência de instituições de amparo e suporte ao idoso.

Dessa forma, Neri argumenta da fragilidade do idoso economicamente desfavorecido. Vale lembrar que são diminutos os recursos na rede primária (família); com isso, ocorre um aumento na busca de alternativas externas para o atendimento das necessidades do familiar na velhice. Um novo complicador é a conquista de uma vaga nas instituições. Entretanto, uma vez conquistada, o processo de institucionalização é seguido, na maioria das vezes, pelo abandono.

A idéia de permanência do idoso junto à família é fundamental e salutar. Na perspectiva de Mary Richmond, quanto ao papel do idoso na família,

não devemos perder de vista os parentes que ajudam, assim como aqueles, já incapazes de ganhar, que são, às vezes, uma sobrecarga, mas apesar disso mantêm com a sua presença a união dos seus, ao mesmo tempo que contribuem numa maneira bem definida para a vida de família, com o seu poder de dar e evocar verdadeira afeição. É indubitável que, por exemplo, a camaradagem entre os avós e os netos mais novinhos, contribui muito para a harmonia e alegria familiar (1950, p. 122).

Esse fragmento da obra *Diagnóstico social*, da precursora do Serviço Social,<sup>2</sup> Richmond, revela o significado social que pode ser atribuído ao idoso. Não se pode perder de vista, porém, uma concepção adotada no senso comum dos dias atuais, gerada por força das condições socioeconômicas, ou seja, se por um lado, o idoso fortalece a união familiar com sua presença; por outro lado, quando ele não possui mais força de trabalho e/ou ganhos financeiros significativos, sobrecarrega o orçamento familiar. Essa visão impregnada pelo sistema capitalista é um registro histórico importante. Na atualidade, há municípios brasileiros, cuja movimentação financeira ocorre devido aos ganhos previdenciários das pessoas com mais de sessenta anos de idade. Tal situação atribui aos idosos um papel mantenedor para além do afetivo como citado anteriormente por Richmond.

Entretanto, atualmente, apresentam-se cotidianamente alguns entraves para que os idosos permaneçam junto aos seus familiares, como por exemplo, fragilidades nas condições biopsicossociais dos idosos, além da ausência de um familiar na rotina das suas

---

<sup>2</sup> Mary Richmond publicou, em 1917, a obra *Diagnóstico social* e, em 1922, *O que é Serviço Social de Caso*, sendo essas as primeiras sistematizações que contribuíram para o reconhecimento da profissão.



atividades diárias. Por parte dos familiares, existem freqüentemente reduzidas possibilidades de manter o idoso em casa em decorrência da própria dinâmica familiar e pelas questões relacionadas à vida cotidiana, trabalho, estudo etc. Existem também, algumas situações de ruptura de vínculo ou mesmo dificuldade financeira. A partir da indisponibilidade da família em dedicar-se integralmente ao seu familiar idoso fragilizado, resta a este os serviços gerontológicos.

As instituições sem fins lucrativos, destinadas a idosos, habitualmente, são mantidas por associações religiosas e beneficentes. Todavia, há um aumento significativo no número de instituições privadas, que se estabelecem com o intuito de obtenção de lucratividade a partir da oferta de serviços de assistência aos idosos. Os serviços vão desde moradia/hospedagem, alimentação, saúde, entretenimento e cuidados gerais. Também existem os serviços financeiros, como empréstimo bancário com desconto direto do benefício com juros a partir de 1,64% ao mês, num total de 36 meses. Talvez se possa considerar esse último tipo de serviço como mais um elemento a problematizar e trabalhar junto aos idosos, para que os mesmos possam estar cientes das armadilhas financeiras embaladas pelo *marketing* com seus apelos e atrativos pautados na ilusão. Que se possa a partir da estratégia de fortalecimento da Identidade, Autonomia e Cidadania, mencionada por Faleiros, auxiliar os idosos ao enfrentamento dessas e tantas outras armadilhas criadas em detrimento da melhor qualidade de vida.

Independentemente de o caráter ser privado ou público, com ou sem fins lucrativos, observa-se uma importante diferença na qualidade de funcionamento dos mesmos. Consideram-se como instituições específicas para idosos os estabelecimentos, com denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equipados para atender pessoas com 60 ou mais anos de idade, sob regime de internato ou não, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado e que dispõem de funcionários capacitados a atender às necessidades de cuidados com a saúde, alimentação, higiene, repouso, lazer e outras atividades características da vida institucional. Dentre os vários serviços gerontológicos existentes, observa-se, na atualidade, a proliferação das microrresidências nas grandes capitais, como Porto Alegre e Barcelona, por exemplo.

Massons (2003)<sup>3</sup> aborda a questão do futuro das microrresidências. Para tanto, define uma microrresidência como uma residência geriátrica pequena, com capacidade

---

<sup>3</sup> Elisabet Massons é Diplomada em Educação Social / Univ. Ramon Llull; Especialista em Direção e Gestão de Residências Geriátricas / Univ. Ramon Llull; Mestre em Gerontologia Social/Univ.

inferior a vinte e cinco lugares, instalada em infra-estrutura arquitetônica, que não tenha sido previamente pensada para esse fim, apresentando uma organização e estrutura simples. Caracteriza a estrutura simples como produto da falta de planejamento prévio, apresentando reduzida ou nenhuma estrutura técnica, reduzido staff de apoio, divisão de trabalho pouco específica, diferenciação mínima entre unidades e uma reduzida escala hierárquica, cujo comportamento é pouco formalizado e praticamente não utiliza o planejamento. Os fluxos de informação também são pouco formalizados. Esse tipo de estrutura evita a estrutura formalizada, a contratação de especialistas, que são acionados em situações específicas. Entretanto, a estrutura simples apresenta algumas vantagens e desvantagens.

Uma vantagem importante é a proliferação nos núcleos urbanos, facilitando as visitas familiares, dada a proximidade. Além disso, o reduzido quadro de trabalhadores minimiza os conflitos laborais e agiliza os canais de comunicação, uma vez que o espaço para distorções é mínimo. Apresenta pequena incidência de absenteísmo, dada a implicação e motivação dos trabalhadores. Outra vantagem pontua o lucro. O que de certa maneira é positivo, numa área de livre concorrência, em que o usuário busca preço e qualidade. Portanto, preocupar-se em qualificar o serviço para torná-lo atrativo, garante o incremento do serviço como um todo e, por sua vez, proporciona um melhor atendimento aos idosos.

Algumas desvantagens são as barreiras arquitetônicas; reduzido pessoal especializado, especialmente no turno da noite; reduzido espaço físico para áreas em comum, tais como lazer (biblioteca, fisioterapia, sala de atividades, etc.). Cabe aqui sintetizar as propostas construídas por Massons (2002), relacionadas à melhor implantação e organização das microrresidências. De modo geral, a idéia central da autora é de substituir as atuais microrresidências deficitárias por outras com infra-estrutura adequada e satisfatória. Para isso, propõe envolver novos atores nesse cenário, como o município, as empresas construtoras especializadas, os administradores, inclusive os atuais proprietários e os técnicos especializados.

Dessa forma, envolveria a participação pública para atender a demanda crescente, qualificando o serviço e minimizando os altos custos cobrados por residências geriátricas maiores e luxuosas, dada à concorrência. Para tanto, seria minimamente necessário garantir o processo com abertura de concorrência pública para contratação de empresa imobiliária

---

Barcelona. Conferência apresentada na Primeira Jornada Técnica / Expoforum 3ª edição, realizada em

especializada em projetos arquitetônicos voltados para as necessidades de residenciais gerontológicos. Cada uma teria no mínimo trinta lugares, incluindo dormitórios, banheiros, refeitório, depósito, escritório, sala de estar, cozinha, recepção, lavanderia, salas de atividades, fisioterapia, enfermaria, elevadores e aquecimento central. Além disso, deveria haver toda uma preparação do corpo técnico e proprietários para um novo tipo de gestão participativa e qualificada, onde o Assistente Social poderia ser o mediador no processo, com o intuito de garantir os interesses dos idosos.

Finalizando esse momento, registra-se que, ao mencionar rede de atenção, refere-se a um conjunto de propostas: atividades sociais, redes sociais, apoio social (especialmente, formal), recursos sociais, viabilizados por um conjunto de pessoas e grupos em benefício do envelhecimento e da velhice ao longo do desenvolvimento do processo, inspirados pela consideração e pelo cuidado. Vale ressaltar que tanto mais qualificada e comprometida a rede durante a vida, tanto melhor e satisfatória a condução do processo de envelhecimento.

O trabalho em equipe é um dos elementos que alimentam as possibilidades de incremento na rede de atenção aos idosos. Alguns dos serviços visitados têm, na composição do quadro funcional, uma variedade de profissões. Outros oferecem, predominantemente, os serviços de medicina e de enfermagem. O primeiro porque é condição para funcionamento das instituições gerontológicas, a contratação de médico que assine e se responsabilize pelo serviço; o segundo porque se enfatizam os cuidados. Destaca-se, na seqüência, a fala de um dos sócios de um serviço gerontológico estudado, que relata a articulação com um rol de profissionais, que não são contratados, mas que são “acionados” em casos de intercorrências.

Nós temos o conhecimento de podermos acionar os profissionais especializados para cada caso. Temos conhecimento e preparação suficiente para podermos acionar qualquer profissional de que necessite o idoso, independente do grau de dependência. E o resultado é conseguir movimentar todos os profissionais, quando necessário, e que o resultado acontece. É o idoso com a saúde dele sob controle, melhorada e o familiar satisfeito, agradecido. Então, tudo isso é realmente o resultado (Sr. Guaíba).

O Sr. Francisco, médico da outra instituição, depõe sobre a importância da escuta, no que tange aos sentimentos, para além da “saúde controlada”, conforme citado anteriormente pelo Sr. Guaíba.

A coisa está tão mercantilista [...]. Conseguem-se as precisões mais perfeitas no tratamento, mas se consegue perguntar o que a pessoa está sentindo?! (Sr. Francisco).

Os dois depoimentos acima se complementam em favor da otimização da qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Se o contador faz alusão à saúde em geral, o médico aborda a saúde emocional. Essa situação exemplifica a necessidade de permanente troca entre as mais variadas profissões, demonstrando a imprescindibilidade da gerontologia como eixo interdisciplinador, inclusive para que se possa minimizar ou mesmo erradicar o impacto do preconceito presente nas relações sociais.

Emergem, da fala dos entrevistados, o preconceito e a discriminação que circunda a velhice e a deficiência. Por um lado, alguns profissionais destacaram o preconceito da sociedade em relação aos idosos e, por outro lado, pontuaram que os idosos também discriminam aos seus pares, mais precisamente, quando esses apresentam alguma deficiência e dependência. No depoimento abaixo, uma Assistente Social refere-se, ainda, aos mitos e preconceitos que envolvem a dinâmica da instituição.

[...] uma instituição tipo a nossa, que eu acho muito fechada, muito difícil de lidar, ainda tem preconceitos muito arcaicos, maneira de atendimento, poucos recursos, poucas pessoas formadas, especializadas que tragam uma visão diferente. Na verdade, eu acho, que essas casas [...] deveriam ser muito mais abertas, com uma outra estrutura [...]. Existe uma angústia, talvez um receio e preocupação dos independentes. Eles falam 'Eu não quero ir para a enfermaria', como se ali, se entrasse e não sáísse mais. Às vezes, acontece de a pessoa entrar e vir a falecer (Sra. Juruena).

A Assistente Social revela várias faces do preconceito em uma instituição de longa permanência. Primeiramente, destaca os preconceitos instituídos na Instituição e, para tanto, exemplifica com situações típicas de resistência à mudança. Num segundo momento, cita o preconceito presente nos próprios idosos institucionalizados, quando se referem ao medo da internação na enfermaria da Instituição, que evoca a possibilidade da aproximação à morte.

A seguir, a Terapeuta Ocupacional discorre sobre uma outra representação preconceituosa:

A sociedade tem muito preconceito. A própria família desmerece as vontades do idoso. É como se o que sobra ficasse para eles. Não tem muito poder de decisão e, para o idoso lúcido, apesar de sua dependência, é muito difícil de encarar. Após passar por um processo de vida em que ele foi independente, trabalhou, teve seu dinheiro, e passa a não tê-lo. Tornar-se dependente. Isso é uma coisa muito difícil de ser encarada e ele

sofre bastante e a sociedade não está preparada para envelhecer, porque trata o idoso de uma forma quase como se fosse um delinqüente e isso o idoso sente, sofre. O idoso tem uma cabeça muito boa e o corpo não corresponde, e isso também é uma coisa que causa bastante sofrimento e às vezes até a família nem quer ver e enxergar isso e às vezes não sabe nem como lidar com esse problema (Sra. Brilhante).

A Sra. Brilhante narra acima como se processa a exclusão dos idosos, mesmo na família. Nesse contexto de exclusão, em decorrência do preconceito e do despreparo da família em garantir as necessidades do idoso, o Assistente Social é, segundo Yasbeck, “o intermediador direto tanto no atendimento concreto às necessidades apresentadas, como responde pelo componente socioeducativo que permeia a produção dos serviços assistenciais” (1993, p. 150). Assim, significa a possibilidade de o Assistente Social, através de sua prática educativa, intervir nesse panorama para revertê-lo. Por isso, é preciso sensibilizar a família e torná-la parte ativa na vida cotidiana dos idosos, inclusive quando institucionalizados, com o propósito de resgatar e manter o vínculo.

Nessas situações, os Assistentes Sociais podem intervir mediando tal situação, informando, esclarecendo e orientando os familiares. Também, sensibilizando, quanto às necessidades, quanto à diferença entre dependência e autonomia. A valorização da autonomia é bastante importante no trabalho da auto-estima do idoso. Isso porque um idoso pode ser dependente em algumas atividades da vida diária, mas pode e deve preservar sua autonomia, tanto quanto possível, no exercício de sua vontade como, por exemplo, eleger a moradia, as roupas, etc.

Também pode o Assistente Social trabalhar junto às famílias, questões relacionadas à negligência, à omissão de cuidados e ao abandono. Muitas famílias nem mesmo garantem uma frequência mínima de visitas. O abandono é justificado, por essas, por exemplo, por terem sido abandonadas anteriormente pelo familiar idoso.

A partir disso, tentar garantir junto a esses familiares a autonomia do idoso, como meio no processo de otimização da qualidade de vida. O conceito de qualidade de vida, segundo Sposati, é “a qualidade e a democratização dos acessos às condições de preservação do homem, da natureza e do meio ambiente [...]” (1996, p. 71). Dessa forma, é viabilizada

a possibilidade de todos os cidadãos de uma sociedade, melhor desenvolverem seus potenciais com menor grau possível de privação e sofrimento e da possibilidade da sociedade usufruir coletivamente do mais alto grau da capacidade humana (Sposati, 1996, p. 89).

Dessa maneira, Sposati (1996) enfatiza o devir, a potencialidade das pessoas e a possibilidade de redução de sofrimento e exclusão a partir da obtenção de condições mais favoráveis ao desenvolvimento humano. Enfatiza-se neste estudo a necessidade de melhores condições nos serviços gerontológicos e na sociedade gaúcha, em geral, como forma de alcançar a redução e eliminação do sofrimento, da exclusão, do preconceito e de todos os impeditivos para a garantia de uma vida qualitativamente satisfatória.

Adota-se, aqui, o conceito de qualidade de vida como expressão da melhor satisfação subjetiva de uma pessoa em dada circunstância, conforme a rede de atenção que dispõe e a capacidade de autodeterminar vontades, desejos, necessidades e a condução da própria vida. Privilegia-se dessa forma uma gama de construtos que reunidos edificam o viver bem, a satisfação e, essencialmente, a garantia das necessidades individuais para uma vida digna, de acordo, inclusive, com os preceitos do exercício da cidadania.

Na maioria das vezes, por desconhecimento, a família, na tentativa de superproteger seu idoso, ao vê-lo dependente em alguns aspectos, passa a tomar as decisões por ele, o que é pior, sem ao menos consultá-lo, suprimindo dessa maneira a liberdade de exprimir desejos, interesses e opinião. Em outras palavras, significa fragilizar ainda mais aquela pessoa. Não raro, assumem o controle de todo patrimônio, ganhos mensais e pertences. Esse (des)pertencimento, habitualmente, não é formalizado legalmente. Alguns utilizam a procuração com plenos poderes, outros tampouco o fazem. Mas, em realidade, desapropriam seu idoso de toda e qualquer possibilidade e direito.

A relação entre autonomia e velhice não é um tema recente. Uma passagem Bíblica (Jo 21, 18) já fazia referência a essa relação, nem sempre fácil. “Em verdade, em verdade te digo: Quando eras mais moço, cingias-te, e ias aonde desejavas; mas, quando fores velho, estenderás as tuas mãos, outro te cingirá e te levará para onde tu não queres”. Isso significa que, na medida em que se vai perdendo a possibilidade de gerir a própria vida, em razão da perda de capacidades, torna-se necessário depender de outrem, o que restringe as possibilidades de decisão e a própria liberdade.

Trabalhar em rede é muito mais difícil do que empreender a mudança de comportamento, bastando para isso um bom marketing, ou realizar a intervenção no meio, ou estimular o eu, e mesmo reivindicar serviços. É a superação do voluntarismo e do determinismo, da impotência diante da estrutura e da onipotência de tudo poder mudar. Na intervenção de redes, o profissional não se vê nem impotente nem onipotente, mas como um sujeito inserido nas relações sociais para fortalecer, a partir das questões históricas do sujeito e das suas relações particulares, as relações destes mesmos sujeitos para ampliação de seu poder, saber, e de seus capitais.

Trata-se de uma teoria relacional do poder, de uma teoria relacional de construção da trajetória (Faleiros, 2003, p. 25).

Na intervenção de redes, situar-se inserido nas relações sociais para fortalecer o usuário remete à dimensão do cuidado como meio para incidir na equalização de fragilidades e potencialidades da do idoso institucionalizado. Zimmerman (2000, p. 46) menciona um “decálogo” de cuidados para com as pessoas idosas, sendo que esses cuidados podem ser trabalhados em várias instâncias, com o auxílio dos Assistentes Sociais: O respeito às individualidades, evitando generalizações; o atendimento de cuidados específicos e a preservação da independência e autonomia; além da potencialização de aptidões, o respeito às diferenças – afinal os idosos têm ritmo próprio. Especialmente o cuidado em não infantilizá-los, não tratá-los como doentes e incapazes, mas sim como sujeito pleno de direitos sociais. Outro aspecto importante visa trabalhar o cuidado como elemento de apoderamento e não de tutela.

Segundo Ballesteros (2000), são habilidades gerais do gerontólogo, entre muitas, a empatia, a gentileza, a autenticidade, o respeito, o senso de humor, as habilidades pedagógicas, a linguagem adequada, a objetividade, a utilização dos recursos do sujeito, a pertinência, a flexibilidade, o saber escutar, o comportamento profissional, a habilidade sintética e o manejo de situações familiares. Complementando o proposto por Ballesteros, menciona-se que Villalba et al. (2002) desenvolveu um guia metodológico para orientar as funções dos Assistentes Sociais em um serviço gerontológico, visando a uma intervenção centrada na pessoa como um todo complexo.

Pontuam-se algumas atribuições, entre as recomendadas por Villalba. Compete ao Serviço Social planejar e organizar uma programação de objetivos e uma racionalização do processo de trabalho. É também da competência do Assistente Social realizar estudos e pesquisas sociais, em parceria com as demais áreas, efetivando a valorização pessoal, familiar e social dos residentes. Cabe ao profissional entrevistar o novo residente e sua família para acolhimento e preparação para o ingresso na residência, bem como avaliar o contexto social dos envolvidos no processo. Outra atividade de fundamental importância é auxiliar, assessorar e orientar aos idosos residentes e a suas famílias em tudo que necessitarem, inclusive na adaptação dos idosos na instituição e na garantia de seus direitos, especialmente, quanto à manutenção do vínculo. E, sempre que necessário, auxiliar os idosos residentes nos processos de aposentadoria, pensão e/ou benefício de prestação continuada.

Compete, ainda, realizar, em conjunto com a equipe, o plano de atenção interdisciplinar personalizado de cada residente, estabelecendo, em equipe, um plano de atividades individuais e grupais para igualmente promover a manutenção e promoção das capacidades funcionais do mesmo, observando os cuidados com higiene e satisfação pessoal. Também é importante o acompanhamento no processo da morte dos residentes, oferecendo suporte aos familiares e aos demais residentes. Além de tudo, é fundamental participar na elaboração, coordenação, execução e avaliação das atividades de lazer, inclusive planejando e organizando, junto à Direção, horários de visitas, com vistas a propiciar atividades conjuntas entre residentes e familiares.

Coordenar com outras entidades tudo que represente os interesses dos residentes junto aos órgãos públicos e privados, fomentando a interação e participação dos residentes na dinâmica e nas atividades da instituição, evitando o isolamento social e, para além dessas, poderá realizar visitas aos residentes em internação hospitalar, viabilizando o apoio à família e ao idoso.

Em relação às demais atividades, sugere-se acompanhar e registrar mensalmente o estado do residente e, ao término de cada ano, sintetizar em relatório anual e, para além disso, manter atualizados os dados pessoais e familiares, inclusive como garantia de manutenção de vínculo afetivo. É imprescindível acompanhar a documentação de atenção ao residente, manter atualizados os prontuários, a história clínica e os registros de diferentes âmbitos ao Serviço Social, viabilizando, dessa maneira, a sistematização e registro de toda a informação sobre o estado do residente e sua evolução. Além disso, recomenda-se como recurso metodológico, trabalhar com a memória do idoso no sentido de se aproximar do seu universo e resgatar sua história de vida, documentando-a como meio de valorização e registro de uma vivência.

A memória é uma capacidade fundamental para toda pessoa, pois permite armazenar conhecimentos e preservar a identidade. Tudo isso por meio da acumulação de episódios e experiências vivenciadas ao longo da vida. A memória registra e retém tudo aquilo que marcou a existência de uma pessoa, ou que foi por ela selecionado, podendo ser cenários, eventos, situações, emoções. O “livro da vida”, ou livro da memória é um instrumento que se soma aos recursos de trabalho para ajudar a conservar a memória e a própria identidade da pessoa com transtorno da memória, ou mesmo, para prevenir transtornos dessa natureza. A história de vida, bem feita, será de grande utilidade e aportará uma informação vital para a personalização do tratamento, no caso de o usuário



ser trasladado a um centro ou residência. É indispensável que se possa, em cada prática interventiva, “colocar cuidado”.

Importa colocar cuidado em tudo. Para isso urge desenvolver a dimensão *anima* que está em nós. Isso significa: conceder direito de cidadania à nossa capacidade de sentir o outro, de ter compaixão com todos os seres que sofrem [...]. Dar centralidade ao cuidado não significa deixar de intervir no mundo. Significa renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos, desconectados da subjetividade humana. Significa recusar-se a todo despotismo e a toda dominação. Significa impor limites à obsessão pela eficácia a qualquer custo. Significa derrubar a ditadura da racionalidade fria e abstrata para dar lugar ao cuidado. Significa organizar o trabalho em sintonia com a natureza, seus ritmos e suas indicações (Boff, 2003, p. 102).

A partir da definição elaborada por Boff sobre cuidado, pode-se afirmar que a expressão maior do cuidado consiste na convivência com a diferença, com respeito ao ritmo e tempo de cada sujeito, com ênfase na afetividade, sensibilidade e subjetividade.

### **Considerações finais**

De alguma maneira, todas as pessoas são impulsionadas, ainda que brevemente, a intervir na solução dos problemas da sociedade, cujo objetivo maior é tornar real a possibilidade de um mundo melhor, mais justo, mais convidativo às diferenças. Também os Assistentes Sociais exercem a profissão com esse intuito, contudo, têm a intenção de modificar, transformar, propor o novo, o diferente, ainda que para isso se tenha que privilegiar formas diferentes para incluir os igualmente diferentes. Afinal, quem não é diferente? Diferente no sentido de ser único, com ritmo e tipo de vida próprios e, também, com necessidades particulares.

As ferramentas utilizadas pelos Assistentes Sociais são a palavra, a atitude, o gesto, o afeto, as emoções, as habilidades, as competências, as estratégias, as ações. Diferente de instrumentos, tais como bisturis, trenas, tesouras, agulhas ou qualquer outro tipo de instrumental concretamente palpável, tem-se a concreticidade da esperança, da fé, da ética, do cuidado com o outro, das teorias que tanto respaldam, além da necessidade, do desejo e da vontade de contribuir com uma ajuda técnica especializada e competente, para minimizar o impacto gerado pelo preconceito e pela exclusão vivenciados pelos idosos.

Ainda compondo o processo de trabalho, é preciso estar atentos às mudanças sociais que são identificadas no inacabado processo de conhecimento.

Dessa forma, é possível reconfigurar o eixo de orientação, pois a melhor interpretação e o melhor entendimento da realidade social possibilitarão alocar os recursos necessários para a intervenção na mesma. Tal como a aposentadoria, que era entendida como marco de ruptura com o processo de produtivo (então equivocadamente entendida como demanda) e, atualmente, é compreendida como processo constituinte da vida e originária da elaboração de múltiplos projetos de vida. Todos os recursos metodológicos, estratégias, conhecimentos e habilidades precisam estar presentes nas incontáveis imagens do caleidoscópio, que resulta das infinitas combinações entre disciplinas, conhecimentos, profissões e articulações entre saberes. Tudo para romper com a exclusão que ameaça a vida de tantas pessoas. Cabe ao Assistente Social desconstruir essa exclusão pela contribuição efetiva, no incremento, no cuidado e na atenção que deve ser múltipla e multifocal, pautada na busca de uma sociedade inclusiva que prevê a convivência com as diferenças. E, ainda, onde se faz necessário educar-se para educar, para viver em paz, em harmonia em uma sociedade para todos e para todas as diferenças. O respeito é um diferencial fundamental na otimização da qualidade de vida dos idosos que, circunstancialmente, vivem abrigados nos mais diversos serviços.

Para minimizar a cada dia a exclusão e discriminação, faz-se necessária uma alteração no modo de perceber a vida e suas variáveis. É preciso o cuidado com o outro e participação na construção de uma sociedade inclusiva. Como diz Faleiros (1996, p. 35), é necessário visualizar o processo de cuidado social como uma aprendizagem, uma incorporação de valores, uma mudança de articulação do cotidiano, uma construção de estratégias e táticas para a ação e para a inclusão.

Segundo Marinoff (2001, p. 345), a liberdade que se tem depende tanto do sistema político como da vigilância na defesa das liberdades. A duração das vidas depende tanto dos genes como da qualidade do cuidado físico. O viver bem depende tanto da filosofia como do modo de aplicá-la à realidade. Uma vida examinada é uma vida melhor. Essa vida deve ser constantemente avaliada, repensada e redimensionada. Por estar em movimento, também movimenta as necessidades e interesses e, portanto, o assistente social poderá fortalecer os usuários para e na concretização de seus desejos, anseios e necessidades. Essa é a expressão de customização da intervenção, significando sempre e cada vez mais personalizar ao máximo possível a atenção e os cuidados aos usuários, para que dessa

forma não se incorra no equívoco da prescrição tão desastrosa e insuficiente se tomada em conta a premissa básica de que cada um é único.

## Referências

- BALLESTEROS, Rocio Fernández (Dir.). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide, 2000.
- . (Dir.). *Sistema de evaluación de residencias de ancianos* – SERA. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales – Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), (s.d.). Cap. V, VI e VII.
- BOFF, Leonardo. *Saber cuidar – ética do humano – compaixão pela terra*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
- BRASIL. *Lei Orgânica da Assistência Social* – LOAS. Lei nº 8.742, de sete de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências, Brasília, 1993.
- . *Plano integrado de ação governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso*. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, 1996.
- . *Estatuto do Idoso*. Lei nº 10.741 de 10 de outubro de 2003. Brasília: Senado Federal, 2003.
- DUARTE, Lúcia Regina Severo. *El afrontamiento de la enfermedad en la vejez: un estudio transcultural*. (Tesis Doctoral) Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 2000.
- FALEIROS, Vicente de Paula. *Estratégias em Serviço Social*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Mini Aurélio – século XXI: o minidicionário da língua portuguesa*. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.
- FURASTÉ, P. A. *Normas técnicas para o trabalho científico*. Explicitação das Normas da ABNT. 13. ed. Porto Alegre: [s.n.], 2004.
- KARSCH, Ursula M. Simon. *O Serviço Social na era dos serviços*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- MARINOFF, Lou. *Más Platón y menos Prozac: filosofía para la vida cotidiana*. Tradução de Borja Folch. 8. ed. Barcelona: Bailén, enero 2001.
- MARX, Karl. *O capital*. 10. ed. [s.l.]: Difel, 1890. v. 1.
- . *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Martin Claret, 2002.
- MASSONS, Elisabet. *Expoforum*. 3ª edição. Conferência apresentada na Primeira Jornada Técnica – realizada em 30 de Janeiro de 2002. Espanha. Disponível em: <<http://www.inforesidencias.com>>. Acesso em: jan. 2003.
- MONTAÑÉS, Maria Concepción Menendez. Porto Alegre: PUCRS, 2002. Palestra proferida no Curso de Especialização em Gerontologia Social.
- MORAGAS, Ricardo M. *Gerontologia social: envejecimiento e calidad de vida*. 2. ed. Barcelona: Herder, 1998.
- OLIVEIRA, Cristiane C. de. *A velhice e a deficiência: dupla exclusão, múltipla atenção*. Porto Alegre: PUCRS, 2004. Tese (Doutorado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2004.
- REZENDE, Joffre M. de. Disponível em: <<http://www.usuarios.cultura.com.br/jmrezende/idoso>>. Acesso em junho de 2003.
- RICHMOND, Mary. *Diagnóstico social*. Lisboa, 1950.

- SALGADO, Carmen Delía Sánchez. *Gerontologia social*. Puerto Rico: Puertorriqueñas, 1999.
- SILVA, E.; NERI, A. Questões geradas pela convivência com idosos: indicações para programas de suporte familiar. In: NERI, A. (org.). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papirus, 1995.
- SCHERER-WARREN, Ilse. *Cidadania sem fronteiras: ações coletivas na era da globalização*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- SPOSATI, A. *Mapa da exclusão/inclusão social no município de São Paulo*. São Paulo: Educ, 1996.
- THOITS, P. A. Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, n. 23, p. 78-80.
- TÜRCK, Maria da Graça Maurer Gomes. *Rede interna e rede social: o desafio permanente na teia das relações sociais*. 2. ed. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2002.
- VILLALBA, Aida Blanes et al. Las funciones de los/as trabajadores/as sociales en un centro geriátrico. In: *Revista Geriateca*, 2002. Disponível em: <<http://www.inforesidencias.com>>. Acesso em: out. 2002.
- YASBECK, Maria Carmelita. *Classes subalternas e assistência social*. São Paulo: Cortez, 1993.
- ZIMERMAN, Guite I. *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.