

A implementação de “Cidades Amigas dos Idosos no Québec”: a importância da participação do conjunto dos atores

The implementation of "Cities Friends of the Elderly in Québec": the importance of the participation of all actors

Suzanne Garon
Marie Beaulieu
Mario Paris
Anne Veil
Andréanne Laliberté

Introdução

Há alguns anos, as iniciativas que permitem adaptar os meios urbanos e sociais interessam cada vez mais aos tomadores de decisão públicos, a fim de responderem aos desafios ligados ao envelhecimento da população (Lui, Everingham, Warburton, Cuthill & Bartlett, 2009). Dispersas pelo mundo todo, essas iniciativas têm os nomes de *Livable community* ou *Elderly friendly community* nos Estados-Unidos e no Canadá (Austin et al., 2001; Kihl, Brennan, Gabhawala, List & Mittal, 2005; Kochera & Bright, 2006), ou ainda, de *Lifetime Neighbourhood* na Inglaterra (Kohler, 2007). A OMS (2007) contribuiu para reorientar as melhores contribuições dessa série de iniciativas publicando o *Guia Global das Cidades Amigas dos Idosos* (VADA). Esse guia não propõe “instruções” específicas para garantir sua realização; ele aponta diferentes ações do dinamismo das cidades que proporcionam uma melhor adequação de suas infraestruturas e serviços às necessidades dos idosos. Apesar de seu desenvolvimento recente (Johnson, 2009), VADA deu um salto considerável. Assim, enumeram-se várias

centenas de cidades pelo mundo que se dizem “amigas dos idosos” (Buffel, Phillipson & Scharf, 2012). Em 29 de junho de 2010, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou sua rede mundial reunindo as comunidades e cidades amigas dos idosos dos quatro cantos do mundo, na qual uma rede francófona das cidades amigas foi formada ao adotar a declaração de Dublin, assinada no dia 1º de outubro de 2011. As cidades da rede se dedicam, então, a melhorar as condições de vida dos idosos de sua comunidade através da criação de medidas que favoreçam o envelhecimento ativo dos idosos.

Os objetivos da rede mundial consistem em estabelecer ligações entre as cidades e a OMS e permitir uma troca de informações pertinentes e de discussão sobre as melhores práticas. Ela pretende ser uma modalidade de apoio e de formação, assim como um meio de estimular as ações apropriadas, duráveis e eficientes em todo o mundo¹.

Desde 2007, sete províncias no Canadá implementaram um processo VADA (Plouffe, 2011). Por exemplo, em Manitoba, 80 comunidades participam atualmente de uma implementação VADA², enquanto no Québec 579 municipalidades começaram a implementação³. O interesse do governo de Québec em relação ao VADA provém em primeiro lugar do envelhecimento da população. O Québec conta com mais de um milhão de idosos de 65 anos ou mais, o que representa 14,9% da população da província, ou seja, um quebequense sobre sete (ISQ, 2009). O número de idosos aumentará de maneira substancial quando a geração dos *baby-boomers*, isto é, as pessoas nascidas entre 1946 e 1966, atingirem 65 anos, para chegar em 2051 com 2,5 milhões de idosos, ou seja, 27,7 % da população (ISQ, 2009).

Nosso objetivo no presente artigo é descrever o processo de execução do projeto cidades amigas dos idosos no Québec (VADA-QC). Para tanto, apresenta-se primeiro um resumo das abordagens que servem de base ao VADA-QC. Em seguida, explicam-se as características do modelo quebequense no que diz respeito a cidades amigas. Enfim, duas ações desenvolvidas pelas cidades envolvidas no VADA-QC são ilustradas e as questões associadas ao sucesso ou ao fracasso de sua execução, discutidas.

¹ Recuperado em 13 novembro, 2012, de: http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_network/fr/.

² Recuperado em 05 setembro, 2012, de: <http://www.agefriendlymanitoba.ca/about-afm.cfm>.

³ Recuperado em 05 setembro, 2012, de: <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/ministere/centre-presse/communiqués-aines/Pages/index.aspx>.

Abordagens

Tanto na programação quanto durante a pesquisa, VADA-QC se baseia em duas abordagens distintas, contudo interligadas, no contexto quebequense.

Abordagem participativa

Essa abordagem está no seio da implementação da OMS: “A abordagem participativa ascendente associa idosos pela análise e descrição de sua situação, a fim de consolidar as políticas públicas” (2007, p. 7). Essa abordagem “ascendente” contradiz as descendentes (“*top-down*”), propondo a aceitação dos pesquisadores no que diz respeito à participação dos idosos e práticas, em desenvolvimento, das comunidades.

Pode-se apontar o início dessa abordagem desde a assinatura da Carta de Ottawa⁴ e o surgimento da epidemiologia social ou crítica nos anos 90 (Syme, 2004), que obriga a repensar o papel da comunidade, assim como o lugar dos pesquisadores na maneira de apreender a realidade a ser estudada e avaliada. A epidemiologia social dá novamente à comunidade um lugar preponderante nas soluções aos diferentes problemas sociais, não para isentar o Estado de suas responsabilidades, mas, sobretudo, para compreender toda a dimensão social de certas problemáticas, a fim de evitar que o peso das mudanças sociais seja essencialmente carregado pelos indivíduos. O pesquisador ouve as localidades (nesse caso, os idosos), já que os maiores interessados são os melhores colocados para falar de sua situação e contribuir para discernir as soluções de seus problemas, frequentemente de maneira muito mais eficaz do que se fossem preestabelecidas por especialistas distantes de sua realidade (Greenhalgh, Kristjansson & Robinson, 2007). Trabalhando na execução dessas soluções (Syme, 2004), o pesquisador torna-se, então, um mediador. Seu trabalho consiste, primeiramente, mais em compreender porque essas soluções funcionam (Pawson & Tilley, 1997; Pawson, 2006) do que em ditar ou prescrever práticas específicas. A avaliação torna-se, então, um meio de compreender, de melhorar e de divulgar o

⁴ Ver a Carta. Recuperado em 12 novembro, 2012, de: <https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.phac-aspc.gc.ca%2Fph-sp%2Fdocs%2Fcharter-chartre%2Fpdf%2Fchartre.pdf>.

impacto dos contextos, assim como os mecanismos que contribuem para os resultados esperados (Pawson, 2006). Isso resulta em um tipo de pesquisa em parceria que alimenta o espaço público (Minkler & Wallerstein, 2008; Potvin & McQueen, 2008).

Os trabalhos ligados ao *Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento* (ONU, 2002, 2006), assim como todos aqueles da OMS (2006, 2007) através do VADA, mostram que a abordagem participativa não deve ser apenas exclusividade da pesquisa, mas dos atores em campo, e também dos tomadores de decisão públicos.

Abordagem do desenvolvimento das comunidades

O desenvolvimento das comunidades constitui uma abordagem muito comum, e isso acontece tanto na pesquisa quanto na prática no Québec. Ele designa um processo global pelo qual as forças vivas de uma comunidade local se unem para agir em conjunto na realização de um objetivo em comum. Ele corresponde às ações que suscitam o engajamento de indivíduos e de órgãos locais envolvidos em uma situação que desejam transformar ao se unirem (Ninacs, 2008). Na verdade, sabe-se que o desenvolvimento das comunidades remete a uma maneira diferente de agir no quadro de políticas públicas e que ele é criador de vínculos sociais (Chaskin, Brown, Venkatesh & Vidal, 2001).

No âmbito do VADA-QC, o desenvolvimento das comunidades age como uma base territorial, pois ele representa um motor da ação coletiva (Bourque, Comeau, Favreau & Fréchette, 2007). Dessa forma, a cidade é o lugar de pertencimento dos atores implicados na implementação VADA-QC. Além disso, ele permite a participação do conjunto dos atores da sociedade civil, da administração pública e municipal e da política. No coração da sociedade civil, as muitas associações de idosos têm um papel fundamental junto a eles, tanto na defesa de seus direitos quanto na prestação de alguns serviços em domicílio. Essas associações, bem ancoradas na vida dos idosos, constituem uma importante rede com a qual vários outros tipos de fornecedores de serviços (saúde e serviços sociais) compartilham uma experiência de trabalho. Para o mundo municipal, inclusive para a administração, o encontro dessa rede constitui uma

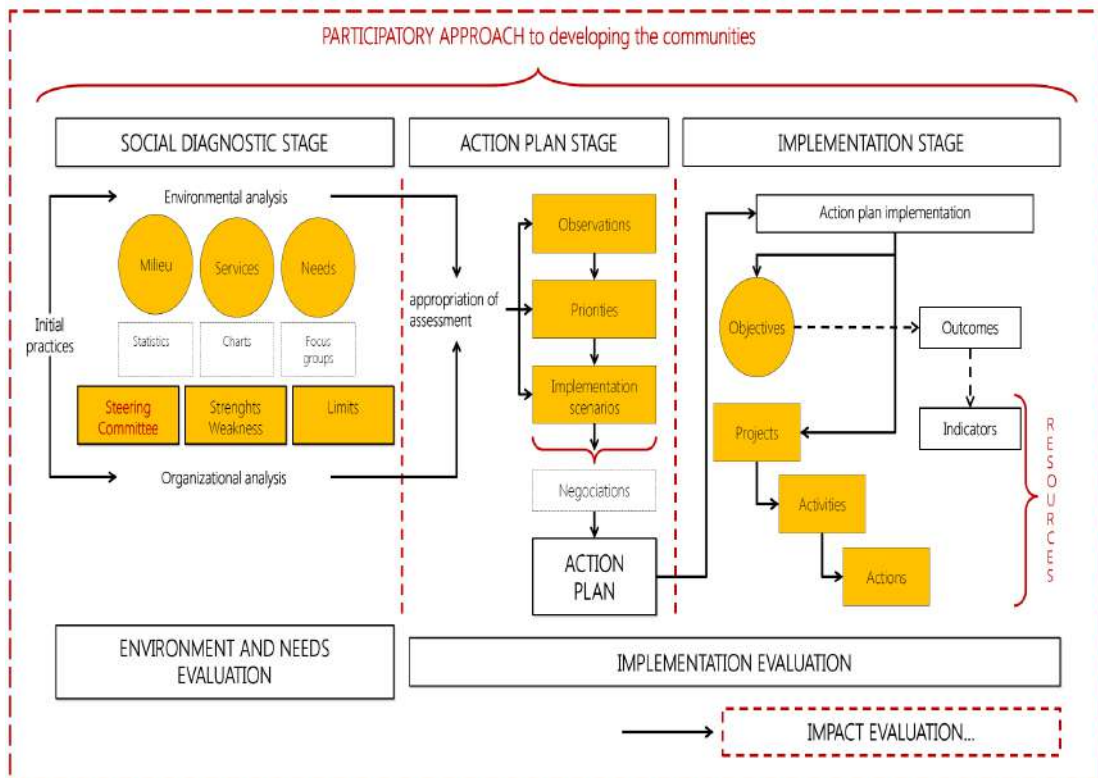
experiência completamente nova no contexto em que o fornecimento dos serviços de saúde e dos serviços sociais não depende dos poderes ou das responsabilidades das municipalidades, mas preferencialmente de instâncias provinciais dispersas em todo o território administrativo do Québec.

Cidades Amigas dos Idosos no Québec

Em 2008, o governo do Québec, assistido pela equipe de pesquisa do Centro de Pesquisa sobre o Envelhecimento (CDRV), desenvolveu um modelo de pesquisa e ação (Minkler & Wallerstein, 2005), que compreende uma implementação avaliativa estruturada. O objetivo é implementar a VADA-QC no seio de sete projetos-pilotos. Ao todo, há cinco municipalidades de tamanho médio (entre 20 000 e 150 000 habitantes), um bairro de uma grande cidade, assim como uma municipalidade regional de condado que reúne 22 municipalidades. Esses setes lugares, muito diversificados, compreendem desde espaços urbanos que oferecem um conjunto de serviços mais estruturados – transporte em comum, por exemplo –, cidades com um menor número de serviços, como também uma ruralidade em que a organização dos serviços assume uma forma diferente.

A implementação VADA-QC é ilustrada pela figura 1, a seguir:

Figura 1



Como se pode observar, VADA-QC pretende ser uma bonificação do programa original da OMS, na medida em que o modelo conceitual das Cidades Amigas dos Idosos no Québec prevê três etapas: o diagnóstico social, o desenvolvimento de um plano de ação e a execução dos projetos. Essas etapas se inserem em uma perspectiva ecológica de desenvolvimento das comunidades e são fundamentadas sobre o envelhecimento ativo, tal como definido pela OMS (2002).

Modelo em três etapas

As três etapas da implementação VADA-QC lembram as propostas em planificação estratégica (Mintzberg, 1994), em que cada uma das etapas deve ser completada para se passar à seguinte. A implementação VADA-QC propõe uma cronologia estendendo-se por 5 anos. Os 18 primeiros meses são dedicados à realização

do diagnóstico e à concepção de um plano de ação que deve ser formalmente adotado pelo conselho municipal, etapa prévia à da execução.

Seja qual for a etapa, ela não pode ser realizada sem a criação e o engajamento do Comitê Gestor. Concretamente, o Comitê Gestor é um grupo de interventores e dirigentes de todas as idades, dentre eles, idosos, oriundos de diversos setores (municipal, público, privado, comunitário etc.).

Comitê Gestor

O papel desse comitê consiste em suscitar o engajamento e facilitar a realização de cada uma das três etapas, elaborar as ações, divulgar a informação, assim como participar da mobilização dos atores e tomadores de decisão da localidade. Como se pode constatar, diferentemente de um comitê de especialistas (“*advisory committee*”), o Comitê Gestor tem um papel muito maior de deliberar e de colaborar (Butterfoss, 2007). Ainda, a distribuição de recursos (financeiros, materiais, humanos e informáticos), advindos de setores diferentes da própria localidade permite, frequentemente, a realização de ações conjuntas mais consistentes.

Investida pelo Conselho Municipal, a composição geral do Comitê Gestor muda de um projeto-piloto a outro. Geralmente, ele é constituído de 6 a 18 membros provenientes de associações de idosos, de organizações públicas em saúde, da administração municipal, assim como do Conselho Municipal. Em contrapartida, uma representação diversificada dos atores da localidade constitui uma condição de sucesso de VADA-QC, já que ele traz uma rede organizacional ancorada na comunidade. O desafio consiste em reunir os atores importantes que se preocupam com os idosos sem, no entanto, aumentar muito a quantidade de membros, correndo risco, assim, de sobrecarregar o funcionamento do comitê.

Etapa 1 – Diagnóstico social

O diagnóstico social é essencial para o sucesso das etapas subsequentes à implementação VADA-QC. Com a criação do Comitê Gestor, condição fundamental

para estabelecer as bases de uma implementação participativa, essa etapa é mais do que um simples procedimento de pesquisa. Essa operação permite a emergência de uma visão compartilhada pelo conjunto dos atores frente à realidade do envelhecimento de sua comunidade. No caso da experiência quebequense, três fontes de coleta de dados asseguram o rigor do diagnóstico social.

O perfil estatístico da localidade

Esta coleta de dados visa a descrever a localidade a partir de informações estatísticas populacionais. Essas informações estão disponíveis para o grande público, por exemplo, com o auxílio de órgãos como Estatística Canadá, pela Internet. Ainda a partir dos diferentes serviços públicos e municipais, é possível coletar diversas informações. Em geral, encontram-se a taxa e a evolução do envelhecimento da municipalidade; algumas compilaram dados por bairro. Assim, existem as características sociais, étnicas e econômicas dos bairros e da municipalidade, como também os tipos e modos de habitação. Na verdade, trata-se de uma operação técnica que se revela, contudo, de uma importância estratégica para as cidades. Em alguns casos, observa-se que essa descrição estatística da localidade permitiu a conscientização, pelos membros do Comitê Gestor e da administração municipal, da amplitude do desafio que elas enfrentam.

Os grupos de discussão.

Eles são os instrumentos levados em consideração para o estudo das necessidades dos idosos. Após o protocolo de Vancouver (OMS, 2006), os grupos de discussão são formados por quatro grupos de idosos, escolhidos de acordo com a idade e a renda: dois grupos cujos participantes têm 75 anos ou mais, um de renda média e um outro de baixa renda. Em compensação, quanto aos oito temas de consultas

identificados no guia da OMS⁵, acrescentou-se o da participação em atividades físicas ou de saúde, respondendo, assim, à importância da promoção da saúde que a Secretaria dos idosos queria salientar ainda mais. O encontro dos grupos de discussão tem duração de um pouco mais de duas horas e trinta minutos. Eles são conduzidos pelo responsável do projeto ligado à municipalidade e à implementação VADA-QC. O verdadeiro desafio dessa coleta de dados consiste no recrutamento das pessoas participantes. Três outros grupos de discussão são formados junto aos fornecedores de serviços (públicos, privados ou comunitários). O objetivo dessa conduta consiste em, essencialmente, compreender de forma precisa a perspectiva dos idosos quanto às suas necessidades, levando em conta soluções que eles tenham a propor aos desafios vividos em sua comunidade (urbana ou rural).

A grade de serviços

A equipe de pesquisa concebeu uma grade de serviços que conta com um leque de serviços que pode ser encontrado nas proximidades ou distantes das localidades. Essa ferramenta é útil para avaliar a qualidade dos serviços oferecidos objetivamente em uma dada localidade e sua acessibilidade geográfica. Combinada às informações coletadas nos grupos de discussão, a grade permite avaliar o conhecimento dos serviços oferecidos aos idosos. Essa percepção da oferta de serviços é tão importante quanto a real oferta de serviços. Constataram-se por diversas vezes, vários serviços desconhecidos dos idosos, ou ainda serviços que, muitas vezes, os idosos têm preconceito em fazer uso há anos. Dependendo da diferença observada, algumas localidades podem escolher fazer um plano de comunicação para restabelecer algumas práticas.

O diagnóstico social termina com uma análise global que esboça o retrato da cidade e que leva em conta forças e desafios para os quais seria pertinente encontrar soluções nos próximos anos. A apropriação dessa análise pelo conjunto dos membros do Comitê Gestor e de seus respectivos órgãos ou associações é, também, uma condição de sucesso para a continuidade das ações a serem conduzidas.

5 (1) transporte; (2) moradia; (3) participação social; (4) respeito e inclusão social; (5) participação cívica e emprego; (6) comunicação e informação; (7) apoio comunitário e serviços de saúde; (8) prédios públicos e espaços abertos.

Etapa 2 – Plano de ação

Após ter levado em conta as necessidades dos idosos e de ter-se apropriado da análise da localidade, o Comitê Gestor constrói uma visão de conjunto da situação. Primeiro, o Comitê Gestor evidencia as constatações gerais do diagnóstico social (ou seja, as forças e os desafios) e define os valores e as orientações que vão guiar a municipalidade e seus parceiros em sua intervenção junto aos idosos.

Com base nas constatações, os Comitês devem priorizar as ações destinadas a melhorar as condições de vida dos idosos. Essa priorização será facilitada pelo conhecimento minucioso de sua comunidade, práticas existentes e condições críticas de sucesso de controle. Em função de certos critérios definidos no seio do Comitê Gestor, este escolhe os planos possíveis para a duração do projeto VADA-QC. Esse processo se dá no seio do comitê e possibilita aos membros criar uma visão comum, ou até uma visão estratégica, que leva em conta contingências locais.

O plano de ação se inspira em uma implementação orientada de acordo com um quadro lógico (Kellogg Foundation, 2004), assim como sobre os princípios de uma gestão orientada pelos resultados (ACDI, 1999). São os membros do Comitê Gestor que formulam o plano de ação: seus objetivos, seus *inputs*, seus recursos, suas atividades, seus *outputs* etc. Pela mesma razão, é possível, para os membros do Comitê Gestor, identificar os indicadores de implementação das ações. Esse procedimento permite ainda reforçar as capacidades do comitê, pois os membros aproveitam esse exercício para compartilhar seus valores e para conhecer melhor as competências complementares de cada um. A proveniência intersetorial dos membros traz certamente uma complexidade em suas relações no seio do comitê, porém traz também uma riqueza, pois ela permite desenvolver parcerias inovadoras para a localidade. Assim, como muitos já expressaram durante a implementação: “Sozinhos, vamos mais rápido, mas juntos, vamos mais longe”.

A apresentação do plano de ação no Conselho Municipal foi identificada como uma conclusão importante. Algumas cidades optaram por fazer um evento público em torno do plano de ação para que a população conhecesse seu teor.

Etapa 3 – Execução

A última etapa consiste em planificar e organizar os recursos necessários para a realização das ações e em assegurar suas implementações e continuidades. Na verdade, a execução deve produzir resultados esperados no plano de ação e contribuir para alcançar os objetivos fixados pelo Comitê Gestor.

Alguns projetos se lançam rapidamente nas ações que acreditam maduras, para os quais oportunidades já se apresentaram ou ainda requerem uma angariação de fundos suplementares. É preciso mencionar que a verba oferecida aos projetos pilotos VADA-QC é, em parte, destinada a salários do encarregado de projetos recrutado pela municipalidade para coordenar a implementação. Sobra, em geral, um montante que permite realizar apenas uma parte dos projetos oriundos do diagnóstico, dos quais alguns requerem recursos humanos e materiais importantes.

Ainda que nada obrigue os Comitês Gestores a fazê-lo, alguns reagiram de maneira proativa procurando rapidamente a concessão de subvenções para projetos precisos (por exemplo, encontros ou uma linha telefônica de informações para os idosos) ou ainda tentando acordos financeiros com base em parcerias. Outros começaram a trabalhar nas programações de lazeres municipais, a fim de integrar nelas preocupações de adaptação para os idosos (horários, acessibilidade, adaptação a certas atividades, propostas de atividades que interessam aos idosos etc.).

Exemplos de Ações

Não faltam ações nos sete projetos. Propõe-se ilustrar dois projetos em execução: uma ação proveniente de uma região rural afastada da cidade e, a outra, de uma cidade do centro de Québec de tamanho médio.

Serviço de transporte inovador em meio rural

Um dos projetos-piloto VADA–QC reúne 22 municipalidades dispersas em 19 265km², onde vivem 17365 habitantes, o que corresponde a uma densidade de 0,9 hab./km². A população dessa região está em constante diminuição há vários anos, trazendo numerosos desafios quanto à revitalização da localidade. Ainda, em 2011, encontravam-se na região 16,8% de idosos com 65 anos ou mais que se concentravam particularmente ao redor de duas cidades. Até 2031, a região terá aproximadamente 30,8% de idosos.

Após o diagnóstico, as questões de acessibilidade ao transporte e à mobilidade foram identificadas como centrais para os idosos dessa região. De fato, as características do meio rural diferem muito das de cidades, tanto no plano social, econômico quanto geográfico (Government of Canadá, 2007). Essas características influenciam o modo de vida dos idosos e seus meios de ter acesso aos recursos, especialmente quando se trata de saúde e de serviços sociais especializados. Frequentemente, para o apoio em domicílio, a distância dos vilarejos representa uma dificuldade suplementar para assegurar os serviços com a frequência necessária. O desejo dos idosos de ficar em suas casas, perto de suas famílias e de seus amigos, e de participar ativamente da vida do local, encontra numerosos obstáculos. Por exemplo, os transportes fora da cidade são frequentemente problemáticos, sobretudo durante o inverno, o que contribui ainda mais para o isolamento de zonas afastadas.

Em um tal contexto, o desafio é grande para os idosos que desejam ficar em suas casas, beneficiando-se dos serviços de saúde. Para o Comitê Gestor, a priorização da implementação VADA-QC se constituiu em organizar e executar um serviço de acompanhamento personalizado para os idosos. Duas modalidades de transporte foram identificadas: uma para os acompanhamentos intra-regionais, ou seja, entre as 22 municipalidades e, outro, para os acompanhamentos inter-regionais. A primeira modalidade é para satisfazer as necessidades quanto aos serviços de bairro, como mercado, farmácia, correio etc. A segunda visa às consultas médicas especializadas cujos centros de serviços se encontram nos centros urbanos fora da região. Cada acompanhante é remunerado pelo deslocamento. Eles recebem ainda três formações: primeiro, quanto à escuta ativa, depois quanto às técnicas de reanimação cardiorrespiratórias e, enfim, quanto aos princípios do “deslocamento seguro dos

beneficiários” – um programa geralmente oferecido aos funcionários dos serviços públicos de apoio em domicílio e de alojamento.

Os resultados do serviço de acompanhamento demonstram o caráter essencial dessa iniciativa. Entre janeiro de 2011 e setembro de 2012, não menos de 8 900 acompanhamentos intra-regionais foram realizados para 428 idosos, o que representa 180 000 km percorridos. Para o mesmo período, os acompanhamentos inter-regionais atenderam em torno de 89 idosos em 207 acompanhamentos.

Esses novos serviços de acompanhamento constituem uma inovação social, na medida em que as modalidades de transporte levam em conta tanto os deslocamentos quanto as necessidades de vínculos sociais. Desse modo, eles representam o resultado de uma consulta e de uma parceria entre diversas organizações dentre as quais a municipalidade, órgãos da sociedade civil e serviços públicos de saúde e serviços sociais, a fim de assegurar a criação e a execução de um serviço de acompanhamento para os idosos.

Colaboração intersectorial para a inclusão social

O segundo exemplo se encontra em uma cidade de tamanho médio que tem pouco mais de 71.117 habitantes, situada na 14^a posição das cidades no Québec. O número de idosos é de 10.275, o que representa 15,3% da população total, enquanto a média quebequense é de 14,3%. Até 2031, a cidade terá aproximadamente 27,7% de idosos.

Durante os grupos de discussões com os idosos, estes compartilharam sua preocupação face ao isolamento e à vulnerabilidade de algumas pessoas em idade avançada. Salientou-se que a maioria dos idosos gosta de viver em suas casas o máximo possível, seja casa, apartamento, bairro ou vizinhança. Em contrapartida, existem obstáculos para os idosos, o que aumenta a aflição das pessoas vulneráveis e isoladas da comunidade. Além disso, os idosos são frequentemente aqueles que não participam ou participam pouco das atividades na comunidade.

À luz dessa constatação, o Comitê Gestor deu prioridade para o desenvolvimento de um projeto que visa a identificar os idosos isolados e vulneráveis, assim como dirigi-los, conforme a necessidade, aos órgãos responsáveis em responder à

problemática de cada um. Assim, um objetivo dentro do plano de ação foi elaborado: “Criar uma rede de interventores ou voluntários capaz de identificar, guiar e informar essas pessoas e que permitirá tirá-los de seu isolamento”.

Um Comitê de trabalho foi organizado pelo Comitê Gestor, a fim de executar duas ações distintas. Esse comitê é composto por representantes da administração municipal, órgãos comunitários da própria localidade, órgãos públicos de saúde e serviços sociais, assim como a força policial e o corpo de bombeiros. A primeira ação tem como objetivo a continuidade e a bonificação dos esforços existentes na negociação dos atores da localidade para identificar os idosos isolados, carentes e vulneráveis. A segunda ação consiste em elaborar um projeto de intervenção que crie “sentinelas” responsáveis pela identificação e comunicação dos idosos de maior risco, e para depois colocá-los em contato com os diferentes serviços da localidade.

O projeto foi habilmente elaborado pelos diferentes parceiros. Primeiro, os bombeiros têm a responsabilidade de identificar os idosos isolados e vulneráveis durante suas visitas anuais de prevenção nas casas dos cidadãos. Baseando-se nos resultados de um questionário validado⁶, avisos serão emitidos a um órgão comunitário, que, mais tarde, visitará as pessoas em questão apresentando-lhes uma cartilha de informação e de prevenção. Posteriormente, diferentes serviços tais como a *popote roulante** ou o serviço Socorro Amizade serão colocados à sua disposição. No plano técnico, os bombeiros serão formados pelos funcionários do Centro de Saúde e por serviços sociais da localidade e da Corporação de desenvolvimento comunitário. Posteriormente, uma rede de interventores e de voluntários será formada; estes últimos poderão também identificar, guiar e informar os idosos, escopo desse projeto.

Esse projeto é inovador já que ele permite a comunicação com os idosos, com quem seria difícil, ou mesmo impossível, entrar em contato de outra forma. Frente à boa execução do projeto, barreiras, no entanto, apareceram. A principal delas é organizacional. Com efeito, a consulta e a parceria precisam de uma divisão de responsabilidades e de competências da parte dos atores implicados no projeto – que

⁶ Esse questionário, PRISMA-7, é um questionário com pontuação máxima de 7 que visa a estabelecer se o idoso apresenta sinais de perda de autonomia. Outras perguntas foram adicionadas ao final desse projeto, a fim de determinar os fatores de negligência ou de isolamento.

* N.T. *Popote roulante* é o nome dado a um serviço existente no Québec, oferecido por voluntários, que consiste em levar refeições nas casas de idosos com perda de autonomia, temporária ou permanente, doentes crônicos e deficientes físicos.

não têm garantias de sucesso. Assim, o corpo de bombeiros, ainda que muito interessado e investido no projeto, bloqueia sua execução já que se recusa a divulgar as informações coletadas durante as visitas em domicílio aos interventores dos serviços de saúde e sociais, e isso ocorre devido a regras de confidencialidade ligadas à organização. Ou seja, a delimitação das competências intervencionais pertencendo tanto aos serviços sociais e de saúde quanto aos bombeiros, ainda deve ser encontrada. Essa delimitação precisa, no entanto, de uma transformação da cultura organizacional que ultrapassa às vezes as questões ligadas ao VADA-QC.

Conclusão

Nosso objetivo era descrever o processo de execução do projeto Cidades Amigas dos Idosos no Québec, apresentando as abordagens que o baseiam, assim como duas ações de execução e suas implicações.

O Governo do Québec, considerando os projetos VADA-QC como um verdadeiro sucesso na criação de um programa para e pelos idosos quanto à adaptação dos meios urbanos e sociais, criou um novo programa para cidades provinciais, em 2009. Esse programa intitulado “Municipalidades Amigas dos Idosos” (MADA-QC), é destinado ao conjunto das cidades do Québec (Governo do Québec, 2012). De maneira geral, ele mantém as bases da implementação desenvolvida através do VADA-QC, dentre as quais a abordagem participativa e o desenvolvimento das comunidades. Desde as primeiras observações do desenvolvimento de projetos MADA-QC, nossa equipe de pesquisa do CDRV constatou questões importantes quanto à implementação do VADA-QC.

Inicialmente, em alguns projetos, a apropriação da implementação tem grandes diferenças com o que foi inicialmente desenvolvido. Assim, várias cidades não oferecem um espaço às associações de idosos nos Comitês Gestores. Desse modo, várias lacunas, quanto à maneira de coletar informações durante o diagnóstico e a elaboração do plano de ação, foram observadas. Em alguns casos, a abordagem participativa dos grupos de discussão possibilitou questionários desenvolvidos e coletados por consultores da própria localidade. Assim, o plano de ação orientado em direção a um quadro lógico não foi sempre cumprido nos projetos MADA-QC. Alguns

projetos propuseram um plano de ação que se compunha apenas por uma série de objetivos sem ações nem parceiros e cronogramas. Com a elucidação dessa situação, uma colaboração entre o CDRV, a Secretaria dos Idosos e um órgão sem fins lucrativos – implantado nas cidades do Québec há mais de vinte anos – permitiu desenvolver um guia MADA-QC que oferece às comunidades um caminho a seguir. Ainda, nossa equipe de pesquisa criou um *site* na Internet dedicado à integração da implementação do projeto VADA-QC com os novos projetos MADA-QC⁷. O *site* propõe conteúdos evolutivos que visam a uma transferência de conhecimentos que acontece ao longo do projeto VADA-QC. Colocando, desse modo, à disposição das comunidades engajadas no MADA-QC, ferramentas adaptadas que levam em conta a experiência que os diferentes Comitês Gestores compartilharam conosco.

Em seguida, uma outra problemática central ao bom desenvolvimento de MADA-QC é o financiamento dos projetos. Na forma atual, o programa financia apenas uma certa quantidade de projetos bem delimitados. Há, portanto, uma real dificuldade para as comunidades no MADA-QC em encontrar a verba necessária à altura de sua ambição. Em contrapartida, essa situação também obrigou os projetos MADA-QC, assim como seus parceiros, a fazerem prova de criatividade, ou até de inovação, para encontrar as verbas necessárias ao financiamento dos diferentes projetos ligados aos setores de atividades que ultrapassam, por vezes, os campos de competências da municipalidade ou que não se enquadram nos critérios de admissibilidade dos diferentes programas governamentais. Assim, cabe frequentemente ao Comitê Gestor descobrir programas de financiamento que tenham critérios de admissibilidade mais amplos, ou ainda, aos órgãos comunitários, desembolsar as verbas necessárias modificando seus próprios programas. Contudo, ao longo da realização dos projetos-pilotos, várias municipalidades e vários parceiros do Comitê Gestor aceitaram assumir os diferentes custos associados aos projetos.

Em resumo, há alguns anos, o procedimento VADA se desenvolveu rapidamente no contexto quebequense, fazendo prova do interesse das cidades, dos cidadãos idosos e dos órgãos comunitários e públicos em responder por eles próprios às questões do envelhecimento da população. Todavia, esse desenvolvimento acelerado suscita

⁷ <http://www.madaQuebec.ca> [Recuperado no dia 15 de novembro de 2012].

problemáticas de “tradução” entre as linhas diretoras da implementação de VADA-QC e sua execução através do programa MADA-QC.

Referências

ACDI. (1999). *La gestion axée sur les résultats à l'ACDI: Guide d'introduction aux concepts et aux principes*. Ottawa: Agence canadienne de développement international.

Austin, C., Flux, D., Ghali, L., Hartley, D., Holinda, D., McClelland, R. & Sieppert, J. (2001). *A Place to Call Home. Final Report of the Elder Friendly Communities Project*. Calgary: City of Calgary, Calgary Region, University of Calgary.

Bourque, D., Comeau, Y., Favreau, L. & Fréchette, L. (2007). *L'organisation communautaire (fondements, approches et champs de pratique)*. Québec (Canadá): Presses de l'Université du Québec.

Buffel, T., Phillipson, C. & Scharf, T. (2012). Ageing in urban environments: Developing “age-friendly” cities. *Critical Social Policy*, 0(0), 1–21.

Butterfoss, F.D. (2007). *Coalitions and Partnerships in Community Health*. San Francisco (EUA): John Wiley & Sons.

Chaskin, R., Brown, P., Venkatesh, S. & Vidal, A. (2001). *Building community capacity*. New York (EUA): Aldine de Gruyter.

Gouvernement du Québec. (2012). *Municipalité amie des aînés - Programme de soutien*. Québec (Canadá): Secrétariat de la famille et des aînés.

Government of Canada. (2007). *Age-Friendly Rural and Remote Communities: A Guide*. Ottawa: Federal/Provincial/Territorial (F/P/T) Committee of Officials (Seniors). Retrieved on: 12 May, 2012: http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/public/healthy-sante/age_friendly_rural/AFRRRC_en.pdf

Greenhalgh, T., Kristjansson, E. & Robinson, V. (2007). Realist review to understand the efficacy of school feeding programmes. *British Medical Journal*, 335, 858-861.

ISQ. (2009). *Bilan démographique du Québec. Édition 2009*. Québec: Institut de la statistique du Québec. Retrieved on: 12 May, 2012: www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2009/bilan2009.pdf

Johnson, M. (2009). Our Guest Editor. *Generations*, 33(2), 4.

Kellogg Foundation. (2004). *Logic Model Development Guide*. Battle Creek: Kellogg Foundation.

Kihl, M., Brennan, D., Gabhawala, N., List, J. & Mittal, P. (2005). *Livable Communities: An Evaluation Guide*. Washington DC: AARP Public Policy Institute.

Kochera, A. & Bright, K. (2006). Livable Communities for Older People. *Generations*, 29(4), 32-36.

Kohler, M. (2007). The new challenge: Lifetime neighbourhoods. *British Journal of Community Nursing*, 12(11), 527-529.

Garon, S., Beaulieu, M., Paris, M., Veil, A. & Laliberté, A. (2012, dezembro). A implementação de “Cidades Amigas dos Idosos no Québec”: a importância da participação do conjunto dos atores. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(6), “Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais”, pp. 157-175. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

- Lui, C.-W., Everingham, J.-A., Warburton, J., Cuthill, M. & Bartlett, H. (2009). What makes a community age-friendly: A review of international literature. *Australasian Journal on Ageing*, 28(3), 116-121.
- Minkler, M. & Wallerstein, N. (Eds.). (2005). *Community Organizing and Community Building for Health*. New Jersey (EUA): Rutgers University Press.
- Minkler, M. & Wallerstein, N. (2008). *Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes* (2nd ed.). Jossey-Bass.
- Mintzberg, H. (1994). *Grandeur et décadence de la planification stratégique*. Paris (France): Dunod.
- Ninacs, W.A. (2008). *Empowerment et intervention: Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec (Canada): Presses de l'Université Laval.
- OMS. (2002). *Vieillir en restant actif - Cadre d'orientation*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (2006). *Protocole de Vancouver - Villes-amies des aînés, Marche à suivre*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS. (2007). *Guide mondial des villes-amies des aînés*. Genève: Organisation mondiale de la Santé. Retrieved on: 12 May, 2012: http://www.who.int/ageing/publications/Guide_mondial_des_villes_amies_des_aines.pdf
- ONU. (2002). *Rapport de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement*. New York: Nations Unies. Retrieved on: 12 May, 2012: http://www.monitoringris.org/documents/norm_glob/mipaa_french.pdf
- ONU. (2006). *Guidelines for Review and Appraisal of the Madrid International Plan of Action on Ageing*. New York: United Nations.
- Pawson, R. (2006). *Evidence-Based Policy: A Realist Perspective*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Plouffe, L. (2011). Villes amies des aînés: de ses origines à son déploiement international. *Vie et vieillissement*, 9(1), 14-18.
- Potvin, L. & McQueen, D. (2008). *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas - Values and Research*. New York (EUA): Springer.
- Syme, S.L. (2004). Social Determinants of Health: The Community as an Empowered Partner. *Preventing Chronic Disease*, 1, 1-5.

Recebido em 02/12/2012

Aceito em 22/12/2012

Suzanne Garon - Professora, Escola de Trabalho Social, Universidade de Sherbrooke e pesquisadora no DRV, Centro de Pesquisa sobre o Envelhecimento.

Marie Beaulieu - Professora, Escola de Trabalho Social, Universidade de Sherbrooke e pesquisadora no CDRV, Centro de Pesquisa sobre o Envelhecimento.

Mario Paris - Candidato ao Doutorado em Gerontologia, Universidade de Sherbrooke.

Anne Veil - Pesquisadora no CDRV.

Andréanne Laliberté - Estudante de mestrado em Trabalho Social.