

MEMORIALIDADES



Universidade Estadual de Santa Cruz

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

JAQUES WAGNER - GOVERNADOR

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

ADEUM HILÁRIO SAUER - SECRETÁRIO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ

ANTONIO JOAQUIM BASTOS DA SILVA - REITOR

ADÉLIA MARIA CARVALHO DE MELO PINHEIRO - VICE-REITORA

DIRETORA DA EDITUS

MARIA LUIZA NORA DE ANDRADE

Conselho Editorial

ALDA BRITO DA MOTTA (UFBA, BA)
BENEDITA EDINA DA SILVA LIMA CABRAL (UFMG, PB)
CARMEM MARIA ANDRADE (FAMES, RS)
ELIZABETE SALGADO DE SOUZA (UESC, BA)
EVANI MOREIRA PEDREIRA DOS SANTOS (UESC, BA)
GLORIA QUINAYAS MEDINA (UNIVERSIDAD DEL VALLE, COLOMBIA)
HORTÊNCIA MACIEL GAGO ARAUJO (UFMA, MA)
JESÚS BLAS VICENS VICH, UNIVERSIDAD BARCELONA, ESPAÑA)
JUAN MUELA RIBERA (UNIVERSIDAD A. DE BARCELONA, ESPAÑA)
JOELMA TEBALDI PINTO (UESC, BA)
JUSSARA RAUTH DA SILVA (SBGG, RS)
MARIA CONSUELO OLIVEIRA SANTOS (UESC)
MIRIAN BONHO CASARA (UCS, RS)
NOÊMIA LIMA SILVA (UFS, SE)
RAIMUNDA SILVA D'ALENCAR (UESC, BA)
RUY DO CARMO PÓVOAS (UESC, BA)
SUZANA HÜBNER WOLFF (UNISINOS, RS)
VANIA BEATRIZ MERLOTTI HERÉDIA (UCS, RS)

Conselho Científico

EDITE LAGO DA SILVA SENA / EVANI MOREIRA PEDREIRA DOS SANTOS
ISABEL AURORA MARRACHINHO TONI / KATIA JANE CHAVES BERNARDO
MARIA LAURA DE OLIVEIRA GOMES / MARILENE BACELAR BOQUEIRO
MATHEUS SILVA D'ALENCAR / SAMUEL MACÉDO GUIMARÃES

Editores

RAIMUNDA SILVA D'ALENCAR
EVANI MOREIRA PEDREIRA DOS SANTOS

ISSN 1808 8090

REVISTA SEMESTRAL PARA DIVULGAÇÃO
DE PESQUISAS, ENSAIOS, RELATOS
DE EXPERIÊNCIAS EDUCACIONAIS DE
INTERESSE DE IDOSOS E DE ESTUDIOSOS
DA TEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO

MEMORIALIDADES

ANO 6, N.11, JAN/JUN., 2009

SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE

Organizadoras

Raimunda Silva d'Alencar

Maria Consuelo Oliveira Santos

Joelma Tebaldi Pinto



MEMORIALIDADES, Nº 11, JAN-JUN 2009, P. 1-280.

©2009 by RAIMUNDA SILVA D' ALENCAR

Direitos desta edição reservados à
EDITUS - EDITORA DA UESC
Universidade Estadual de Santa Cruz
Rodovia Ilhéus/Itabuna, km 16 - 45662-000 Ilhéus, Bahia, Brasil
Tel.: (73) 3680-5028 - Fax: (73) 3689-1126
<http://www.uesc.br/editora> e-mail: editus@uesc.br

PROJETO GRÁFICO E CAPA

George Pellegrini

DIAGRAMAÇÃO

Álvaro Coelho

ILUSTRAÇÃO DE CAPA

Colagem digital sobre fotografia *Baobab tree*, de Bruce Gatland

REVISÃO

Aline Nascimento

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M533 Memorialidades/Universidade Estadual de Santa Cruz.
Departamento de Filosofia e Ciências Humanas. Ano 1, n. 1
(jan.2004). - Ilhéus:Editus, jan/jun 2009.

Semestral

ISSN 1808-8090

1.Idosos - Periódicos. 2. Idosos - Condições Sociais - Periódicos. 3. Gerontologia - Periódicos 4.Envelhecimento - Periódicos. I. Universidade Estadual de Santa Cruz. Departamento de Filosofia e Ciências Humanas.

CDD - 362.6

Ficha catalográfica: Elisabete Passos dos Santos - CRB5/533

SUMÁRIO

DOSSIÊ: SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE

TIEMPO PARA ENVEJECER

Jesús Vicens9

QUALIDADE DE VIDA E AS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DO ENVELHECIMENTO

Silvia Bastos
Monique Borba Cerqueira37

LA ABUELA AFRICANA, MEILLASOUX Y EL FANTASMA DE LA IDEOLOGIA

Joan Muela Ribera
Susanna Hausmann-Muela63

DOENÇAS OCUPACIONAIS E VELHICE: IMPACTOS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA

Sayonara Rocha Calazans de Carvalho
Eurisa Maria de Santana95

IMPLEMENTAÇÃO DO ESTATUTO DO IDOSO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM NOVA CANAÃ - BA

José Lúcio Costa Ramos
Alba Benemerita Alves Vilela135

O TRATAMENTO RADIOTERÁPICO PARA O CÂNCER DE COLO DO ÚTERO: SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES DE MULHERES IDOSAS

Raquel Sant'Anna Couto
Dejeane O. S. Barros161

ATIVIDADE FÍSICA NA VELHICE: A OPÇÃO PELA

HIDROGINÁSTICA E OS BENEFÍCIOS DECORRENTES

Nayra de Melo Silva

Elma Pio Mororó José189

ACESSO E ACOMODAÇÃO NOS TRANSPORTES COLETIVOS SOB O

OLHAR DA FISIOTERAPIA: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A SAÚDE

Matheus Silva d'Alencar

Edméia Campos Meira217

DISPOSITIVOS LEGAIS E EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DO IDOSO

NO MUNICÍPIO DE ITABUNA, BA

Diego Edington Argolo

Natália Maria Reis Oliveira Furtado.....241

EDITORIAL

Chegamos ao Volume 11 da Revista Memorialidades e, com ele, ao sexto ano de sua existência, contando com a cumplicidade e colaboração de muitas pessoas, inclusive de algumas de fora do Brasil. Desta vez, traz uma questão específica de interesse para a área do envelhecimento, que é saúde e qualidade de vida.

Este dossiê, composto de nove artigos, mergulha em discussões interessantes a respeito da concepção do tempo na velhice, das avós da AIDS na África, das dificuldades enfrentadas pelos idosos no transporte coletivo, dos efeitos da hidroginástica como atividade física de opção para as pessoas idosas, dos sentimentos e percepções de mulheres idosas a respeito do tratamento radioterápico de câncer de colo do útero, das doenças ocupacionais e seus impactos sobre a qualidade de vida, das múltiplas dimensões do envelhecimento, da aplicação das leis de proteção ao idoso em diferentes espaços, inclusive em unidades básicas de saúde.

A idéia é compreender os múltiplos aspec-

tos que se interconectam, como sentimentos a respeito de si próprio, do próprio corpo, de (re) elaborações identitárias a partir da experiência de estar no mundo, de participar e interagir, de fazer e de sentir cotidianamente, os problemas de ordem social, econômica, cultural, humanitário, em geral contraditórios e vitimizadores para com os segmentos mais fragilizados da sociedade.

Raimunda Silva d' Alencar
Maria Consuelo O. Santos
Joelma Tebaldi Pinto

Organizadoras deste número

TIEMPO PARA ENVEJECER

Jesús Vicens¹

Quiero presentar unas reflexiones sobre el lugar que puede ocupar la gente mayor en la sociedad y como pueden darse de manera enriquecedora los procesos de envejecimiento. ¿Que posibilidades encuentra este grupo social de restituir unos valores de integración en un mundo profundamente fragmentado? ¿Puede la gente mayor ofrecer símbolos de relación humana y de cohesión social, al ser un grupo que tiene el tiempo de vida en retrospectiva? Más aún, en un mundo caracterizado por la rapidez, además de la fragmentación, que ha llevado a estresar tanto a las personas como a los ecosistemas, ¿qué puede aportar un grupo de gente mayor, ubicada socialmente como una categoría de carga, ante esta rapidez e inmediatez de las cosas? ¿Puede este colectivo ser una riqueza cultural en un mundo caracterizado por incertidumbres y falta de compromisos?

Estas preguntas van a guiar una parte significativa del artículo. Introducimos también la cuestión de si la gente mayor en sus procesos de envejecimiento puede aportar algo

¹ Titular de Sociología Ambiental y Sostenibilidad en las Ciudades y Sociología de las Religiones. Universidad de Barcelona ,

en relación con la ruptura que vivimos con la Tierra, con sus paisajes, sus entornos naturales y sus ritmos y también sobre la belleza que contienen los lugares naturales. Estos espacios representan un valor central en la riqueza y la diversidad biológica, pero declinan con el desarrollo económico orientado al consumismo. Para la gente mayor apenas existe un tiempo por delante como perspectiva de futuro. Sin embargo, esto mismo les sitúa en una capacidad para vivir intensamente aquello que les envuelve. Mucha de la gente mayor en los países en vías de desarrollo habita espacios de miseria en las grandes metrópolis, aunque otra parte también significativa habite en lugares más cercanos a los espacios naturales. Este sector social tiene la posibilidad de experimentar el tiempo presente de manera única, sin expectativas y sin romanticismos. Precisamente la relación de unidad y reciprocidad con la naturaleza puede ser una manera de experimentar la libertad y la emancipación. Cuando hablamos de naturaleza en este artículo, no nos referimos solamente a los espacios especiales que hallamos en un bosque, en las cercanías de un río, en un entorno costero o montañoso, es decir, el conjunto y el paisaje de un ecosistema, sino también en la capacidad de crear naturaleza mediante el cuidado de los árboles, las plantas, los huertos, o cualquier espacio verde que una ciudad o un pueblo

puede crear y cuidar. No por su rentabilidad comercial, pero si por su calidad de vida.

El tiempo de la gente mayor es un tiempo presencial, donde el presente y lo que hay en él es lo más importante. No es un tiempo para planificar, aunque esto se de con los hijos y los nietos, tampoco es un tiempo para revivir, ya que detrás de los recuerdos hay emociones que no ayudan a desplegar la inteligencia del presente ni a saborear la belleza de la vida. En cambio, el tiempo del momento si permite la intensidad del fenómeno de la vida y de los fenómenos de la naturaleza. Esta referencia al presente en el flujo del envejecimiento es un contrapunto a las enfermedades modernas relacionadas con la velocidad, el estrés y la separación, que afectan directamente al corazón y a la circulación, derivando en enfermedades cardiovasculares y de presión sanguínea (J. VICENS, 1995). Estas enfermedades, multiplicadas en la hipermodernidad, andan de la mano de los miedos, las inseguridades y las ansiedades (GILLES LIPOVETSKY y SÉBASTIEN CHARLES, 2006). Cuando un grupo social se siente fortalecido y reconocido culturalmente estas enfermedades pueden quedar aparcadas, pero no en los colectivos más vulnerables, como la gente mayor y los niños, en quines esta fortaleza y reconocimiento deben cultivarse conscientemente, deben estar presente en las condiciones sociales que influyen sobre el bienestar.

Nos preguntamos si ¿puede vivirse la vida

cuando el medio social y el medio natural pierden sentido? El significado de la vida y la cosmovisión, es aquello que la gente mayor puede tener con mayor solidez en un contexto de reconocimiento social y cultural, de consideración y respeto a la vida vivida. Y es una pregunta que está en el ambiente cuando el tiempo de vida está circunscripto en el presente. Aunque el presente social de la modernidad es líquida, en la expresión de Zygmunt Bauman (2007), donde no se da el tiempo necesario para que las relaciones humanas, las estructuras sociales y los espacios de los sectores y grupos se solidifiquen. Se pierden las referencias y la acción humana se vacía de contenido. De la misma manera que esta modernidad ha roto los ritmos de la naturaleza y no concede el tiempo necesario para que se restituyan los ecosistemas. Es en estos contextos sociales y ecológicos que planteamos las preguntas, conscientes de que cualquier análisis nos puede conducir a la disolución y a la falta de sentido de las mismas preguntas. Nos obstante, el compromiso de un planteamiento intelectual debe introducirse, aunque de forma hipotética como hacemos aquí, en las valoraciones e intuiciones que permitan ir más allá de los análisis y presentar un horizonte posible de restablecimiento de valores se sean referencia en la cosmovisión de las personas.

Quiero mostrar que cuando las relaciones sociales acercan a la gente y crean lazos

de comprensión y compromiso, y cuando hay contacto con la naturaleza, con las plantas y los animales, con los bosques, los ríos y los paisajes, entonces, se desenvuelve un sentido en las cosas que uno vive. Así, el entorno que uno habita, genera salud y deviene un espacio para estar y convivir. Las relaciones con los demás son presencias en la vida comunitaria a la que uno pertenece. Con ello se logra dar calidad a la vida. En este artículo solo podemos presentarlo como una hipótesis, que debería corroborarse con resultados que salieran de entrevistas a personas mayores en una muestra amplia en diferentes lugares, que nos permitiera evaluar la sociabilidad y la reciprocidad con la naturaleza que percibe la gente entrevistada. Pero si pensamos y partimos del supuesto que tanto las relaciones sociales como el contacto con los espacios naturales, tienen capacidad curativa, dan sentido a la vida y calidad a la manera de vivir, debemos comprobarlo con la percepción misma que tenga la gente mayor actual, la que ha nacido en la primera mitad del siglo XX, de estos dos fenómenos: la pérdida de cohesión en los lazos de relación entre la gente y la pérdida de contacto con la naturaleza en las maneras de vivir contemporáneas. Las formas de vida actuales en las ciudades desarrolladas están dominadas por las tecnologías de la información y los usos en la red y en las zonas hiperdegradadas de las periferias urbanas de

la mayoría de las grandes ciudades del sur en la lucha para sobrevivir. Estamos ante un momento mundial, como ha dicho el filósofo intercultural R. Panikkar (1994), que no es de reformas, sino de transformaciones profundas, donde los procesos de largo alcance que implican tiempos de lentitud y la relación con el paisaje natural que requiere contemplación y no intervención, deben tener mayor importancia frente a la rapidez y al consumo material. Los procesos de globalización económica que concentra el dinero en pocas manos, genera desigualdades espeluznantes y crea paisajes urbanos degradados, tiene un abismo que vamos vislumbrando: el colapso de la Tierra, la miseria humana y la violencia desesperada. Sobre todo esto la gente que envejece de todos los lugares tiene algo que decir de mucho valor que tal vez valdría la pena escuchar. De la misma manera que los bosques originarios y los sistemas de agua dulce intactos tienen algo que recordar de mucho valor, ecológico y económico, que valdría la pena atender.

El artículo quiere aportar las cualidades que supone para la riqueza cultural de un lugar hacerse mayor en el proceso de *envejecer* y que opciones pueden extraerse para la *calidad de vida* de las personas implicadas y de las generaciones más jóvenes. Conocemos las enfermedades que surgen en edades avanzadas como el Parkinson, el Alzheimer, etc., pensamos que la medicina científica podrá deshil-

vanar algunas terapéuticas para mejorar sus condiciones. También sabemos que la gente mayor supone una carga social con las pensiones y las ayudas, las atenciones familiares y la dependencia. Vemos como este sector social está cada vez más abocado a la marginación, es especial en los países del sur y en las concentraciones urbanas degradadas. Pero no conocemos suficientemente, ni hemos explorado la aportación social y la riqueza cultural que este sector de población puede brindar a un mundo enloquecido por el tiempo veloz y las tecnologías lineales, que acumulan informaciones y operaciones, obsesionado por el consumo insaciable y que deja de pensar en el valor de las cosas por si mismas, como hace un artesano. Un mundo que se pierde en la fantasía de lo que puede ser, pero que nunca llega a ser por la contingencia misma de la vida. El potencial de lo que puede ser en imágenes publicitarias del consumo siempre insatisfecho se enfrenta muy directamente a las limitaciones físicas y biológicas del cuerpo, de la tierra y de los recursos de la naturaleza. Una posición, la potencialidad fantasiosa, de tener sin poder usar nunca, ni merecer la pena hacerlo, pero que vacía la sintaxis de la vida y los significados de las culturas.

Sin embargo, saber estar en el mundo y saber hablar la vida se enseña poco y la gente mayor tiene capacidad para hacerlo. ¿Quién puede contribuir a los procesos de apren-

dizaje de los ritmos de la vida, de la lentitud del cuerpo, de la amplitud que ofrece mirar el entorno y sus tonos evocativos, o contemplar un horizonte? El tiempo del presente, que es el tiempo de los seres vivos, es un tiempo del estar, del sentir que nos enraizamos profundamente en la tierra, como mamífero erguido, y de sentir el infinito, como seres con conciencia, cuando nuestros ojos contemplan la inmensidad del horizonte, al que podemos percibir con una mente flexible. El ser humano, con sus obsesiones sobre el futuro y sus cargas del pasado, olvida que estas cuestiones: infinitud (ojos), enraizamiento (pies), presencia (cuerpo), ritmo (movimiento), aprendizaje (vida) y sabiduría (conciencia) son todos y cada uno de ellos fuente de salud y de calidad de vida. Cada uno de ellos está particularmente al alcance de la gente mayor, al ser un tiempo liberado en parte de las presiones profesionales y familiares.

2. TIEMPO COMO RELACIÓN

El tiempo es una dimensión básica de despliegue de la vida y de sus procesos que llamamos envejecimiento. Este desenvolverse y desenvolverse en la vida tiene como vehículo principal la *relación*, el estar permanentemente en contacto con los demás y con el entorno que ambienta estas interacciones, y en

contacto con todos los seres que comparten el espacio de este entorno. Pero, también es una relación con todo lo interno: pensamientos, sensaciones, percepciones, conciencia, visiones, etc., con todo aquello que configura la mente y la personalidad de cada uno. Y así, en estos procesos con el medio ambiente y con el medio interior desplegamos el tiempo, construimos las esferas de sociabilidad y de cultura y aprendemos a ser en la vida y a referenciar nuestro lugar en el mundo.

Tanto con el desarrollo de la modernidad y la concentración de la población en grandes urbes, como con la fabricación masiva de bienes e industrialización de procesos de producción, se ha roto la relación con el medio natural, con los paisajes sugestivos de un lugar, por lo que una parte importante del tiempo como relación ambiental se pierde. Dejamos de ser seres constituidos por el paisaje natural y pasamos a ser población que va llenando espacios urbanos. En el caso de los países en vías de desarrollo son espacios urbanos degradados. Esta tendencia es la que actualmente predomina. El 2007 es el año en que la población mundial residente y ubicada en las ciudades ha pasado a ser superior a la población rural. Un aumento acelerado debido tanto a las migraciones como al incremento natural de la población ya existente. Pero la naturaleza sigue siendo esencial para el bienestar de la humanidad dice Kai

N. Lee en: “Un mundo en vía de urbanización” (Worldwatch Institute, 2007, p. 1) y que según la manera en que las personas tengan cuidado de los ecosistemas que proporcionan servicios vitales para todos, se habrá alcanzado el mismo nivel de importancia que tiene la dependencia de los seres humanos respecto a la naturaleza. Las generaciones de la segunda mitad del siglo XX, se han movido en casi su totalidad en parámetros económicos artificiales, propios de los espacios urbanos alejados de una relación directa y sensible con el medio natural. Parámetros que no reflejan, y menos aún contabilizan, los tiempos necesarios para que puedan reponerse los elementos vitales como el agua o el aire, la tierra o la energía, y los ritmos que conllevan, pero que se necesitan para que estén disponibles los recursos naturales como los ríos, los bosques, los minerales y materiales u otros. La gente mayor nacida en la primera mitad, como colectivo humano, si tiene experiencia y memoria del significado de los tiempos y de los ritmos de la naturaleza.

Dos tercios de la población urbana asentada en los países en vías de desarrollo, han hecho que las ciudades sean espacios de miseria (MIKE DAVIS, 2007). Una escala y una velocidad en los procesos de urbanización en el tercer mundo que convierten en pequeña la experiencia europea de finales del siglo XIX y comienzos del XX, hace un siglo. Lo que está

sucediendo con este nuevo ordenamiento urbano actual es el aumento enorme de las desigualdades entre ciudades y una represión brutal contra la inmigración de las zonas rurales, en nombre siempre del progreso, del embellecimiento de la ciudad o de las mejoras, en una concepción de la economía donde la gente no cuenta, y que favorecen el desarrollo económico de propietarios, promotores inmobiliarios y promociones turísticas.

Si el espacio se ha vuelto miserable al acoger mucha población sin hogar y sin trabajo, el tiempo de estas megaciudades se ha convertido en una aceleración que agota los cuerpos y las esperanzas de las personas. El ritmo temporal de los espacios metropolitanos y de las megaciudades es lineal y acelerado, hasta el punto de convertirse en un pulso metronómico (MICHAEL YOUNG, 1988). Este sociólogo británico hace un análisis comedido de la aceleración de los procesos rítmicos y del desencaje de los biorritmos. De la manera en que se plancha la complejidad del tiempo biológico para homogeneizarlo a los movimientos regulares y rápidos del desplazamiento del coche y favorecer el control social. Aunque no todos los días son iguales, las urbes de miseria y los pulsos metronómicos que en ellas se generan, tienden a hacer iguales las maneras de habitar la ciudad y de vivir las experiencias de la vida.

Con el desarrollo de la hipermodernidad,

es decir, de los excesos en una vida cómoda y de consumo fácil, en las ciudades ricas del norte, se rompe la otra relación fundamental que nos constituye como seres humanos, aquella que interactúa con todo lo interno: valores, anhelos, expectativas. Nuestra sociedad se convierte en una circunstancia de consumo convulsivo y rápido que no permite los ritmos internos. Este es el modelo de referencia sobre el desarrollo. Ante ello se colapsa la comunicación básica de la vida entre las personas y el despliegue del tiempo que es la edad. Tanto la comunicación como el envejecimiento dejan de ser valores en sí, de calidad humana y cultural, y pasan a ser problemas en el mundo actual que se arrastran con pesadez. Envejecer se considera una enfermedad que hay que tapar y el acto de comunicarse una anticuaria que hay que superar para rendirse a las enormes oportunidades que la publicidad ofrece a la imaginación de los deseos (Richard SENNETT, 2007). Ni el entorno natural ni el entorno interior van sosteniendo el sentido de la vida. Las relaciones son sobretudo con las tecnologías de la imagen en las sociedades desarrolladas, o bien, una lucha contra los demás por sobrevivir y poder alcanzar una cierta integración social y una cierta seguridad en la apropiación de los espacios urbanos degradados y ocupados, es decir, una lucha para reducir la exclusión a al que se ven sometidos constantemente en

las sociedades que aspiran a desarrollarse. En las ciudades modernas, aparecen además de las enfermedades modernas cardiovasculares debidas a la aceleración, las enfermedades de pérdida de sentido que se refieren a la depresión, la locura, la agresividad, la violencia y la esquizofrenia. En las ciudades en vías de desarrollo, en los espacios urbanos hiperdegradados, aparecen las enfermedades propias de la falta de nutrición adecuada, de acceso a una sanidad e higiene adecuadas, las contaminaciones y las infecciones.

La gente mayor nacida en la primera mitad del siglo XX antes del desarrollo de la hipermodernidad, tanto en los países industrializados como en los lugares en vías de desarrollo ubicados en el mundo rural, tiene la memoria de ambas relaciones: con el mundo natural y sus lazos de solidaridad y con el mundo interior y sus raíces culturales. Pueden ser testimonio de un legado donde las formas sociales están más cercanas a los ritmos naturales y a contenidos relacionados con la naturaleza. El interés por el mundo natural reinventado en las dos últimas décadas ha ido a la par del desarrollo de la hipermodernidad. Un interés que ha crecido al experimentar socialmente las rupturas de los lazos de cohesión social y de reciprocidad con el medio natural. Al romperse drásticamente la relación con el mundo natural a partir del desarrollismo, como referencia principal del progreso de los años cincuenta donde se ha im-

puesto el consumismo, se rompe la relación constitutiva con nosotros. Esta mentalidad de que para el consumidor nada es suficiente (Richard SENNETT, 2007, p. 143) ha conducido a la globalización de la economía como fantasía mundial. Aunque la locura del consumo posible incitada por la publicidad pueda acaparar nuestra mente, la sensibilidad de nuestros cuerpos pujan por una experiencia más real. Y, la gente mayor se halla más en este punto de la sensibilidad del cuerpo, por los límites que crea la contingencia de la edad, que no en el punto de seguir fantaseando con la mente sobre las posibilidades del consumo.

Pensar el tiempo como relación es común tanto a la filosofía como a la estructura social. Es necesario retomar las cuestiones cosmológicas fundamentales, las que nos constituyen como seres culturales, y reintroducirlas con un sentido de valor personal y cultural donde el proceso de envejecimiento, el despliegue del tiempo con la edad, sean centrales, en una época de cambios económicos y sociales muy rápidos que han conducido al declive de la cohesión social debido a los mismos cambios económicos. Recuperar estos valores, que pueden poner de manifiesto la gente mayor, es semejante a recuperar los ecosistemas de agua dulce de los ríos y los lagos o la zonas húmedas. En ambos casos es difícil ver un horizonte claro a favor de los sistemas naturales y de los valores que

cohesionan las personas y las limitan.

Envejecer nos puede abrir al mundo natural y a sus ritmos. Con la edad la presencia de los biorritmos se hace más acuciante y la alianza con el mundo natural más necesaria en un momento en que la sociedad moderna e hipermoderna ha orientado su velocidad contra el medio ambiente y ha generado un deterioro ecológico galopante en aspectos vitales como el agua, los bosques y el calentamiento de la atmósfera. Una de las claves de transformación de nuestra sociedad y de nuestra cultura occidental moderna e hipermoderna es incorporar la noción del tiempo no-dual, es decir, de un tiempo donde vivir y sobrevivir no están separados, donde envejecer y experimentar el valor de la vida se nutren mutuamente, donde conocimiento y vitalidad se crean una a la otra. Abriéndose al mundo natural y a sus ritmos se avanza hacia la pacificación de la mente y del cuerpo y hacia la sensibilidad por los demás, por el mundo de las plantas y de los otros seres vivos.

3. TIEMPO COMO UN DON

Si embargo, el tiempo relacionado con el mundo interior, el tiempo del envejecimiento, que representa el despliegue de la vida, que tiene la capacidad de compartirse, es el tiempo que se proyecta en la sociabilidad. Es un

don. Es el tiempo con los otros, tanto del entorno comunitario, como del entorno cultural. Un tiempo interiorizado, por haberse vivido. En la experiencia de este tipo de tiempo, percibido como un *don* y haberse encarnado en la propia sensibilidad, emergen los mejores anhelos de las personas. Es el tiempo que se ejerce gratuitamente, no está bajo la presión del tiempo dinero, propio de la producción, o del tiempo gasto, propio del consumo (Barbara ADAM, 1998). El tiempo social que se da a los demás, es el tiempo libre, compartido en la conversación o en el silencio. Es el tiempo de los amigos y familiares, es el tiempo que nos une a los demás. El tiempo que la vida permite también sentirse parte de la Tierra, de la comunidad. Un tiempo que nos acerca a mirar la realidad última. “No tengo nada pendiente. No hay prisa en mi vida, por eso puedo tener contigo un gesto como es debido”. Le dice D. Juan a Carlos Castaneda, (*Viaje a Ixtlan*, 1981, p. 74) Este tiempo emerge tanto en espacios deslumbrantes del mundo industrializado, como en espacios degradados de las megaciudades. La gente mayor tiene la posibilidad de experimentar el tiempo como un *don*, como vida. “No tienes tiempo, amigo mío, no tienes tiempo. Ninguno de nosotros tiene tiempo...Acepta el reto. Cambia” (p. 126). Es una invitación a dar lo mejor de nosotros mismos. No hay ninguna razón, ningún poder capaz de garantizar que vayamos a vivir un minuto más, por eso

hacerse responsable de estar en el mundo es dar lo mejor. El tiempo es un don, para hacer lo mejor de nosotros mismos, para ofrecerlo a los demás, para que nuestros últimos actos sobre la tierra estén llenos de significados, al poner atención a los lazos que nos unen con la muerte y dejar que nuestros actos fluyan de acuerdo con eso. Este es el don potencial de la gente mayor que la sociedad necesita para salir de su letargo fantasioso del consumismo.

No obstante, este tiempo de atención tan importante, el tiempo que nos pone cerca del final, que nos hace ser consciente de que la vida es un curso corto, se ha convertido en un tiempo de consumo de ocio para gente mayor, un tiempo donde prolongar la sensación de insatisfacción y vacío a fin de justificar toda la industria del ocio alrededor de la tercera edad. Ciertamente, el ocio no es la única empresa generada entorno a la gente mayor, también se dan espacios de encuentros y momentos donde cultivar la inquietud intelectual, pero son muy reducidos en comparación al fomento del ocio. Algo que va a la par con el estímulo permanente del consumo del ocio en todas las edades y que representa un emblema del progreso. El ocio hace de la vejez un tiempo banal, una industria que ofrece a la gente jubilada turismo de bajo coste, subvencionado, pero hace que contribuyan como consumidores al crecimiento económico. Para que el dinero que el Estado

invierte en este sector de la población, vuelva al mundo laboral y productivo. Es el negocio de la tercera edad. Sin mención a la experiencia, a la aportación social de su saber, a la intensidad del fenómeno del tiempo diluido, se banaliza este sector con un acento para el consumo de ocio. La finalidad de la vida es el consumo. El nivel más alto de desarrollo es el consumo. Así, se pierde la riqueza cultural que la gente mayor puede aportar al haber desplegado el tiempo de su vida y con ello haber alcanzado una edad en la que ha podido acercarse al acopio de saber.

La gente mayor está abierta a crear espacios de relación social, a darse mutuamente tiempo, a vivir el tiempo como un *don*. Envejecer es alcanzar una experiencia de la vida y adquirir un saber para transmitir. La gente mayor tiene mirada, es decir, capacidad de ver a lo lejos en el espacio tiempo, sin caer necesariamente en la linealidad del pasado o del futuro. Puede ampliar el horizonte donde mirar el mundo, porque no tiene la presión de la inmediatez. Esta capacidad requiere madurez, y esta se expresa en una narrativa. La gente mayor tiene “narrativa”, esto es, capacidad de contar cosas, experiencias y vivencias personales y comunitarias. No importa que el contar historias sea una manera de describir literalmente un suceso, o sea una manera de escenificar una transmisión. El filósofo y sociólogo David Abram, en su libro *la magia de los sentidos*, (2000) expone

las narraciones de las culturas orales en Australia, Alaska, Indonesia y Nepal, como formas de enseñanzas y educación fundamentales en la transmisión de estas culturas. Son narrativas e historias enraizadas en la comunidad y en los lugares y paisajes de la comunidad. La relación más fácil entre abuelas y nietos es la capacidad de contar historias, de expresar en palabras escenarios, experiencias, situaciones, que evocan en la población infantil sugerencias y posibilidades, en donde se estimula enormemente la creatividad. Una población infantil con ansias de escuchar, con una receptividad emergente en todo momento.

Haber convertido esta relación, la perspectiva y la narrativa, en banalidad, es una pérdida de riqueza cultural, paralela a la pérdida de riqueza y cultura que supone la tala de árboles, la urbanización de la costa, o el hacinamiento de espacios degradados en las ciudades de los países en vías de desarrollo. Todas las culturas antiguas, y aquellas que configuran hoy el espacio del mundo industrializado, han tenido capacidad de transmisión, debido a personas que en su edad de madurez han relatado una vida, han desplegado un tiempo de afecto para con la comunidad y para con el mundo natural que los ha envuelto. Al desaparecer ambos y ocupar sus lugares la banalidad, o la lucha cruel por la supervivencia y la violencia, ha hecho que se perdiese esta riqueza. El lugar otorgado a la gente mayor como con-

sumo de ocio, carga social o estorbo, es un error, que desaprovecha su potencial narrador y su riqueza en la experiencia del tiempo como don. Como es también un callejón sin salida basar la industria energética y la organización social que la acompaña en fuentes fósiles, que calientan el planeta y lo destruyen. Sin una gente mayor capaz de elaborar un testigo para transmitir, la vida humana, las comunidades sociales se desertizan. La marginación, carga o consumo atribuido a la gente mayor forma parte de esta trayectoria criminal del capitalismo que destruye en su infinito egoísmo a seres humanos y a sistemas naturales, dejando a los que quedan en el centro de la riqueza en un atontamiento consumista y en una fantasía de la experiencia del mundo. La globalización económica ejerce una destrucción de la vida de tal magnitud que ningún imperio ha hecho anteriormente. Estresa a los pueblos y a los ecosistemas, enfermando sus contextos, en base a la inercia del consumismo material que solo alcanza y en mal estado a 1/5 parte de la población mundial. Un desarrollo sostenible, sin consumo, con los tiempos de las personas y los ritmos de la naturaleza, puede alcanzar a todos.

Al no ocupar la gente mayor un espacio en el reconocimiento del saber, la sociedad a la que pertenecen está declinando, está en la dirección del colapso cultural. Las comunidades que tengan capacidad de rehacer su

cultura para ubicar un lugar de conocimiento a los mayores es una sociedad sana, en proceso de regeneración, de la misma manera que reforestar adecuadamente es también un proceso de regeneración, o la recuperación de cuencas fluviales cercanas a su estado natural. El lugar que ocupe la gente mayor en la sociedad puede representar la restitución de valores esenciales de integración, de interrelación, de perspectiva, de narrativa, de emancipación y libertad interior, y finalmente de unidad con el medio natural.

4. TIEMPO COMO EXPERIENCIA

Sin embargo, el mundo en que vivimos, a pesar del impresionante despliegue de tecnologías que inundan nuestros espacios públicos y privados, es un mundo vivo, abierto y lleno de misterios, sujeto a diferentes estados que cambian continuamente. La generación que no está sometida a las presiones de la competencia profesional ni del estatus social es la gente mayor que puede manifestar el mundo vivo con su experiencia. Puede ser referente para el conjunto de la sociedad del valor de la experiencia, aquella dimensión humana que no se limita a la racionalidad instrumental ni a la carrera social. La experiencia, en especial la que procede de los sentidos, ha sido considerada secundaria por el pensamiento cientí-

fico, que ha puesto por delante la racionalidad manipulativa. No obstante, el mundo contemporáneo lleno de enfermedades, depresiones y sin sentidos, necesita nuevamente redescubrir el misterio complejo del mundo vivo. La gente mayor está en una situación óptima para reflejar esta dimensión.

Dice David Abram: “El mundo y yo interactuamos recíprocamente. El paisaje, tal y como yo lo experimento, difícilmente puede constituir un objeto determinado, sino que más bien es un reino ambiguo que responde a mis emociones evocando, a su vez, sensaciones en mí. Hasta el científico más desapegado debe, forzosamente, comenzar y terminar sus estudios dentro de este campo de experiencia indeterminado, en el que los cambios de humor o de clima pueden alterar su experimento o su interpretación de los datos” (p.42). Descifrar el mundo real es una parte del conocimiento que puede tener su aplicación en la tecnología, la medicina, o la producción industrial de alimentos, pero, el mundo real es mucho más que todo esto. Es una compleja red de interacciones, una matriz de percepciones vivas y experiencias de aprendizaje de lo vivo no limitado al ser humano, un campo común de experiencia compartida desde múltiples ángulos. La gente mayor simboliza la expresión de la experiencia. Si la sociedad recuperara este espacio de conocimiento y de saber vivir, podría otorgar-

le a la gente mayor un lugar de sabiduría.

En el pensamiento de Husserl, nos dice D. Abram, “la visión científica del mundo adolece de una profunda inestabilidad, fruto del conflicto continuado entre nuestras convicciones científicas y nuestra experiencia espontánea” (p.51). El concepto copernicano de que el sol pasó a ser considerado el centro del mundo de los fenómenos, no encajaba con nuestra percepción sensorial espontánea. Nacía así una tensión no resuelta entre las convicciones intelectuales y la convicción más profunda de nuestros sentidos. Una dualidad entre las concepciones mentales y nuestras percepciones corporales. Una dualidad antigua en Occidente, desde el nacimiento de la filosofía en Platón. Hoy la situación ecológica de la Tierra y la situación de baja vitalidad de la humanidad nos ponen ante la tesitura de restituir la “no dualidad”, aquella manera de pensar y comprender que integra mente y materia, cuerpo y pensamiento. Nos pone también ante la necesidad de repensar las culturas antiguas animistas y las culturas antiguas de Oriente: budhismo y taoísmo. De estos acuíferos culturales podemos sacar cosmologías que nos acerquen a una integración y reconciliación entre el pensar y el percibir o sentir. La experiencia debe ocupar nuevamente un espacio importante en el saber actuar e interactuar. La experiencia debe guiar nuestro nivel ético

común. En ella la gente mayor, como las culturas antiguas, deben estar presentes, deben ocupar un espacio especial.

Si observamos la crisis de la ecología de la Tierra podemos ver una raíz en el pensamiento que ha fragmentado y separado nuestra mente y pensamientos, con nuestro cuerpo y percepciones. Husserl, nos recuerda Abram, sugiere que la Tierra se encuentra en el centro de nuestras nociones de tiempo y espacio, que la Tierra representa nuestro “primitivo hogar” y nuestra “historia original”. “La Tierra es la profundidad secreta del mundo viviente... un enigma que desborda a todo intento de estructuración de cualquier cultura o lenguaje concreto”. Una base común a todos los mundos vivientes relativos (p.52). Si somos capaces de sentir la Tierra como sentimos nuestro cuerpo, entonces la complejidad del paisaje que andamos, las formas de vida diversas que percibimos, los momentos en que abrimos nuestra atención al entorno, constituyen la base de una experiencia con raíces de sabiduría, más allá del análisis. Una percepción ampliada respecto al conocimiento que cartografía y cuantifica las formas, los entornos y las múltiples relaciones entre sus seres.

Y la experiencia o percepción se inicia en el cuerpo, en los cuerpos que los seres vivos tienen para recibir interacciones del entorno y para crear maneras de responder a las complejidades de ente medio misterioso que nos en-

vuelve. El cuerpo y sus complejidades es el medio de relación con todo aquello que constituye el campo común de experiencia. El cuerpo primordial y olvidado de nuestra percepción es la Tierra. Ahora, en este nuevo siglo, nos recuerda su profunda relevancia como realidad material. Ante la crisis ecológica y la premura de la atmósfera, el agua y los bosques con su biodiversidad, la Tierra sitúa cualquier pretensión mecánica de lo vivo, de la percepción, rozando la ridiculez. Los institutos de investigación científica reduccionista están en declive de saber. Ningún programa genético abarca la complejidad de situaciones que hay que responder en un momento concreto y un lugar concreto para cualquier ser vivo, planta o animal. Sin embargo, la percepción espontánea e inmediata mediante nuestro cuerpo y nuestros cuerpos y los cuerpos de los otros seres vivos y de la Tierra hace posible sistematizar los lugares y los momentos. Los límites temporales y espaciales del cuerpo son abiertos y sin determinar. Permiten el intercambio creativo constantemente. Así tejemos el presente, actividad que pide toda nuestra atención y capacidad para percibir las texturas y las formas que hay en el presente y que hace que nos adaptemos de manera creativa a los entornos inmediatos.

Todas las generaciones están capacitadas para estas percepciones. Pero aquella generación que ve alejarse el pasado de su vida y el futuro, que percibe las limitaciones de la edad

como una posibilidad de interiorización de la vida, es una generación de gran valor. Más cercanos a no tener pasado aunque tengan memoria, un terreno que es común a todos los seres vivos y una cualidad que es cósmica al hallarse por todo el universo. Y, también cercanos a no tener expectativas aunque realicen y actualicen sus vidas. Una generación así, la gente mayor, está especialmente capacitada para profundizar la percepción de los fenómenos vivos que nos envuelven. Esto es una riqueza social y un patrimonio cultural. Atribuir a la gente mayor un lugar especial en la sociedad, como las culturas antiguas había siempre atribuido, es saber nutrirse de una fuente de alimentación que la sociedad necesita ante la ausencia de valores y de vitalidad. Hoy el mundo está perdido en la mecánica tecnológica y la velocidad lineal, además de los problemas de miseria, destrucción ecológica y violencia social. Sin embargo, la Tierra, no es plana, las situaciones no son homogéneas y los cuerpos no son instrumentos. Son superficies multiformes y relaciones complejas y misteriosas que crean ambientes y lugares. Aquellas personas que han vivido años en la superficie de este planeta, que no han sucumbido a la banalidad del consumo ni a la depresión de la impermanencia, es gente que contiene pozos de saber, de sensibilidad, de texturas que podemos compartir.

BIBLIOGRAFÍA

- Abram, David. 2000. *La magia de los sentidos*. Barcelona, Cairós.
- Adam, Barbara. 1998. *Timescapes of modernity*. London, Routledge
- Barman, Zygmunt. 2007. *Tiempos líquidos*. Barcelona, Tusquets.
- Castaneda, Carlos. 1981. *Viaje a Ixtlan*. Madrid, Fondo de cultura económica.
- Davis, Mike. 2007. *Planeta de ciudades miserias*. Madrid, Foca
- Lee, Kai N. 2007. *L'estat del món 2007. El nostre futur urba*. Barcelona, Unescocat.
- Lipovetsky, G. y Charles S. 2006. *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona, Anagrama.
- Panikkar, Raimon. 1994. *Ecosofía*. Madrid, San Pablo.
- Sennett, Richard. 2007. *La cultura del nuevo capitalismo*. Barcelona, Anagrama.
- Vicens, Jesús. 1995. *El valor de la salud*. Madrid, Siglo XXI.
- Young, Michael. 1988. *The Metronomic Society*. London, Thames and Hudson.

QUALIDADE DE VIDA E AS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DO ENVELHECIMENTO

Silvia Bastos¹

Monique Borba Cerqueira²

Resumo. Este artigo procura refletir sobre o conceito de envelhecimento em suas múltiplas dimensões, considerando os grandes desafios enfrentados pelos velhos no Brasil. Discute-se as dimensões do processo de envelhecimento da população brasileira sob a ótica das políticas sociais, do setor saúde e da qualidade de vida com ênfase nos direitos e autonomia do idoso.

Palavras-chave: envelhecimento, políticas públicas, direitos dos idosos, qualidade de vida, autonomia.

Abstract. This article looks for to reflect on the concept of aging in its multiple aspects, considering the great challenges faced for the elderly process in Brazil. One argues the dimensions of the process of aging of the Brazilian population under the optics of the so-

1 Enfermeira sanitária, educadora, Doutora em Ciências (CC- PPG do Instituto Emilio Ribas de São Paulo), Mestre em Enfermagem em Saúde Pública (UFC) e Pesquisadora do Núcleo de Investigação em Políticas e Práticas de Saúde do Instituto de Saúde de São Paulo.

2 Bacharel em Ciências Sociais (UERJ), Mestre em Sociologia (UNICAMP), Doutora em Políticas Sociais e Movimentos Sociais (Programa de Estudos de Pós-Graduados em Serviço Social da PUC/SP), Pesquisadora Científica do Núcleo de Condições de Vida do Instituto de Saúde de São Paulo.

cial politics, the health sector and the quality of life focused in the rights and autonomy of the elderly.

Key words: Aging, public politics, aged rights, quality of life, health status autonomy.

INTRODUÇÃO

A história mostra o desejo dos homens e mulheres de todas as classes e de todos os tempos em prolongar a vida, retardar ou evitar o envelhecimento. A ciência tem avançado em pesquisas para preservar a saúde e evitar a morte e a consequência disso é que, mesmo em meio a guerras e misérias, a população mundial possui maior longevidade, o que deveria ser considerado como conquista e não como um problema.

A velhice, segundo Simone de Beauvoir (1990), é resultado de um prolongamento do processo de vida, um fato biológico e também um fato social. A velhice também é um processo singular e individual que varia de acordo com o lugar, a época e a sociedade. Trata-se de um fenômeno biológico, psicológico e um fato cultural.

O processo de envelhecimento da população brasileira tem gerado repercussões e impactos significativos no tocante ao crescimento da população idosa. Enquanto em 2001 a população brasileira com mais de

60 anos foi estimada em 15 milhões de habitantes (8,6%), as projeções para o ano de 2020 mostram que esse segmento pode chegar a 15% da população brasileira (CAMARANO, 2002). O crescimento sem precedentes da população idosa evidencia um fenômeno mundial, cujo cálculo indica em 2050 cerca de 1,9 bilhões de pessoas idosas.

Em 2000, a esperança de vida estimada ao nascer no Brasil, era de 70,5 anos para ambos os sexos, e em 2003 subiu para 71,3 anos para os homens e 75,2 anos para as mulheres. As condições de vida e o gênero influenciam tais índices a favor das mulheres. A menor esperança de vida é a do Estado de Alagoas, com uma média de 63 anos e 2 meses, enquanto a média mais alta está no estado do Rio Grande do Sul, com 71 anos e 7 meses. Os novos dados relacionados ao aumento da longevidade dos seres humanos nos indicam que, além da população denominada terceira idade, já se faz necessário estipular a quarta e até a quinta idade (IBGE, 2003).

O envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade (Carvalho e col., 2003). A velhice, historicamente enfocada como um fenômeno relativo ao processo físico e restrito à esfera familiar ou privada, torna-se uma questão central nos debates sobre o planejamento das políti-

cas públicas. Ele desafia os gestores e formuladores de políticas públicas para a oferta de ações que atendam as necessidades geradas pelo envelhecimento, uma vez que as pessoas idosas são consumidoras potenciais dos serviços públicos de saúde.

Desde os anos 1990 se discute o envelhecimento com saúde e qualidade. A qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem de sua posição no seu contexto de vida e do sistema de valores onde vive, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo que incorpora de maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e a relação com as características proeminentes no meio ambiente (OMS, 2005).

A OMS preocupada com a crescente demanda por assistência em saúde e com a crise que pode gerar para os sistemas nacionais por conta do desequilíbrio entre a população economicamente ativa e o número de pessoas com saúde precária (CDC, 1999) que, com frequência são pessoas idosas, propôs a ampliação da política de Envelhecimento Saudável para a política de Envelhecimento Ativo. O indivíduo ativo é aquele que participa da vida social, econômica e cultural de sua comunidade e isto não se refere apenas à aptidão física, mas pode permear diversos graus de autonomia no curso de sua vida.

Este artigo discute o envelhecimento da população que requer ações e iniciativas por parte de governantes e formuladores de política, pois suas múltiplas dimensões envolvem mudanças biológicas, sociais e culturais que influenciam a história pessoal de cada indivíduo, fatores que influenciam o modo de envelhecer e podem contribuir para uma maior equidade no país.

2. ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA: CENÁRIOS E DESAFIOS

Entre as várias dimensões que tocam a questão do envelhecimento no país, ficam evidenciados dois grandes desafios — o cenário da construção de políticas e direitos dirigidos aos idosos e a necessidade de romper o rígido reducionismo que atinge os velhos e a velhice. Complementares, ambas as questões informam sobre a possibilidade real de conquistas a serem efetivadas no campo das relações sociais, remetendo aos planos da cultura e da política, com ênfase tanto no debate sobre o respeito às diferenças em sociedade, quanto na desmistificação de convicções pré-concebidas sobre a velhice.

Há poucas décadas, uma preocupação mundial com o aumento do segmento populacional da velhice tem mobilizado países em desenvolvimento e avançados, e desencade-

ado políticas governamentais e não-governamentais, sob o foco da justiça social e do respeito à dignidade da pessoa humana. Sob esse aspecto, deve-se ressaltar alguns antecedentes, representados pela atuação de organizações internacionais³ que foram responsáveis por deflagrar o processo de análise e debate relacionado ao impacto do envelhecimento em países em desenvolvimento, incentivando-os a promover medidas para o enfrentamento do quadro social decorrente do processo de envelhecer. Neste cenário, dois pontos podem ser citados enquanto mecanismos privilegiados, o primeiro relacionado à promoção do envelhecimento saudável e o segundo focalizando a politização da questão do envelhecimento, dando centralidade ao direito e à dignidade de envelhecer (GOLDMAN, 2004). Tais questões centrais no debate atual estabelecem a importância das temáticas sobre o envelhecimento e sua relevância na busca de um equilíbrio intergeracional pautado no bem-estar coletivo.

Atualmente, cada vez mais necessidades e polêmicas expressam o contexto de subvalorização dos idosos, transformando-se em pauta de debate em instituições civis e governamentais cuja contribuição tem sido indispensável para a construção de um novo perfil e função para o velho na sociedade.

³ Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização Mundial da Saúde (OMS).

3. A SITUAÇÃO SOCIAL DA VELHICE E A IMAGEM DO VELHO NA SOCIEDADE

Paralela à situação demográfica, no Brasil emergem problemas sérios a serem enfrentados no contexto do envelhecimento. Vários enfoques sobre o processo e os desafios de envelhecer são marcados por constantes estereótipos. Tal problema remete à necessidade de compreender o contexto de situações experimentadas durante o envelhecimento, considerando sua singularidade e complexidade. Sabe-se o quanto é comum comportamentos introjetados socialmente que levam a ignorar e temer o envelhecimento. No lugar disso é preciso compreender que não há uma única forma de ser velho nem de arbitrar sobre o que é o envelhecer. Enquanto parte da vida, a velhice é marcada pela singularidade dos indivíduos que a vivenciam e pelas contradições e diversidade que caracterizam todas as idades.

Definitivamente, o processo de envelhecer ultrapassa as fronteiras das análises demográficas. Deve-se lembrar que paralelamente ao aumento populacional encontram-se os problemas relacionados à subjetividade na velhice, compreendida como experiência íntima, afetiva e emocional dos indivíduos em seu contato com o mundo. No entanto, é importante estar atento a algo real — a invisibilidade da velhice no espaço sócio-cultural, no planejamento e formulação das políticas públicas brasilei-

ras, na mídia, entre outras dimensões. Numa pesquisa realizada sobre o velho na propaganda foram identificados os principais estereótipos da velhice cuja imagem é constantemente desrespeitada, acentuando-se os padrões de dependência física, afetiva, insegurança e isolamento associados aos velhos e que também podem ser percebidos através da ênfase dada a características como teimosia e impertinência das pessoas velhas (DEBERT, 2003). A um só tempo, o lugar socialmente compartilhado pelo velho torna a velhice uma soma de formas de agir e pensar em que as expectativas sociais, transformações corporais e subjetivas associam-se a papéis que acabam muitas vezes por definir os modos de envelhecer. Tanto a doença quanto a sensação de perda do lugar social, são características que podem fragilizar agudamente tais populações, ainda que exista uma pluralidade de respostas possíveis a uma mesma situação. O papel desempenhado pela família ainda aparece como fundamental na rede relacional, significando proteção e possibilidade de interação com os sujeitos que envelhecem (LARANJEIRA, 2007).

Sob o ponto de vista sócio-econômico, pesquisas recentes desmistificam alguns padrões imaginários, como o crescente fenômeno de idosos “chefes de família”, revelado pelo IBGE, o que evidencia a capacidade dos idosos em assumirem responsabilidades econômicas e afetivas na criação dos netos, tor-

nando-se imprescindíveis aos filhos, ao contrário da visão corrente que perpetua a idéia de inutilidade social do velho e protagonismo absoluto dos jovens.

É extremamente desejável que a representação coletiva do velho como alguém marginalizado do processo produtivo e dos contextos sociais reflita outro valor simbólico, que se adeque ao desafiador processo de institucionalização de direitos. Nesse caso, uma imagem meta pode ser aquela do aposentado que decide desfrutar a ausência de trabalho como oportunidade de novos espaços de convívio e relacionamento, passando pelo redimensionamento da vida familiar, ao contrário da situação em que a aposentadoria anuncia o velho como lixo social.

Não há dúvida de que é preciso ter clareza sobre os obstáculos a serem enfrentados e que se configuram como um contexto crítico e até mesmo sombrio que envolve o processo de envelhecer. A desigualdade no cenário do envelhecimento mostra que a questão do prolongamento da vida é muito mais elevada nos setores socialmente privilegiados, apontando para uma expectativa de vida de 70/80 anos, enquanto nos segmentos mais carentes da população a esperança de vida cai para a faixa de 40/50 anos. Assim, o envelhecimento no Brasil passa a ser marcado não apenas pela desigualdade e a pobreza, mas pela falta de políticas públicas capazes de atender suas

reais necessidades, o que deve passar pelo reconhecimento de uma série de especificidades deste grupo etário e seus anseios sócio-econômicos, políticos e culturais. Nesse sentido, é importante ressaltar, por exemplo, a existência de aspectos peculiares à velhice, como a morbidade, que merece maior atenção da esfera governamental, considerando-se o caos na política de saúde e o pagamento de ínfimos benefícios previdenciários aos cidadãos brasileiros.

Ressalta-se que os aspectos positivos que devem agregar dignidade, valores afirmativos e qualidade de vida à velhice no Brasil encontram uma oposição profunda na estrutura de classes que define nossos grupos sociais:

No meio rural e na periferia urbana os velhos excluídos, anônimos e marginalizados. Nas classes médias, o isolamento, a perda de papéis familiares e de trabalho, associados às perdas de poder aquisitivo, não compensadas pela aposentadoria (MAGALHÃES, 1989).

Mesmo considerando o imenso abismo social e a vulnerabilidade que atinge a velhice no país, é fato a crescente representatividade que a questão do envelhecimento vem conquistando junto à sociedade, o que tem exigido respostas claras das políticas públicas brasileiras. Os idosos, a sociedade civil organizada e o governo têm demonstrado que

é possível a criação de políticas públicas que afirmem direitos e reduzam as desigualdades que atingem esse segmento da população com mais de 60 anos. Porém é preciso chamar a atenção para alguns pontos importantes quando se trata de discutir a politização dos idosos e afirmar sua força participativa em sociedade. Vale lembrar que, em sua maioria, a atual geração de velhos no país teve pouco acesso à educação formal e poucas chances de participação política no contexto democrático (CANÔAS, 1995).

4. POLÍTICAS E AMPLIAÇÃO DOS DIREITOS

No contexto político do debate sobre o envelhecimento, em 1994 a Política Nacional do Idoso (PNI) foi estabelecida no âmbito jurídico legal, vindo a normatizar direitos sociais, tornando-se assim um instrumento de cidadania e participação efetiva em defesa da garantia e autonomia dos idosos. No entanto, constatada a falta de eficiência na aplicação desta legislação, após sete anos de trâmite no Congresso Nacional, foi aprovado em 2003, o Estatuto do Idoso. O Estatuto vem estabelecer prioridade ao idoso por meio de normas de proteção, constituindo-se como o marco jurídico pelo qual os idosos têm a possibilidade de exigir o amparo e proteção dos seus direitos. Pode-se observar a partir do Art. 3.º,

o quanto as políticas de bem-estar do idoso inscritas no Estatuto vêm reforçar as diretrizes da PNI.

Art. 3.º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

I - atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;

II - preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;

III - destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;

IV - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;

V - priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuem ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;

VI - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e ge-

rontologia e na prestação de serviços aos idosos;

VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;

VIII - garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais” (BRASIL, 2003).

Em que pese os indiscutíveis avanços no marco legal alcançados pelo Estatuto do Idoso, exemplificados no Art. 3.º, é importante chamar atenção para a peculiaridade do processo de envelhecimento brasileiro. Nesse sentido, as proporções continentais do país, aliadas às particularidades locais e regionais evidenciam o desconhecimento do Estatuto do Idoso. Alia-se a este fato a escassez de programas, projetos e eventos, delegacias e organizações destinados à denominada terceira idade concentradas nas regiões mais favorecidas do país. Encontra-se aqui um dado de desigualdade geográfica e social cujo desafio aponta para a necessidade de ampliação dos direitos de participação dos idosos mais fragilizados pela estrutura social brasileira — uma população empobrecida, analfabeta ou com poucos anos de escolaridade —, situação que aprofunda as diferenças sociais, tornando ainda mais vulnerável esse segmento populacional.

5. POLÍTICAS DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO ATIVO

Em saúde coletiva a política de saúde apresenta um conjunto de medidas e procedimentos auxiliares que permitem o bom êxito das práticas de saúde quanto à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Para Ayres (2002) cuidar é uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica. É uma interação entre dois ou mais sujeitos, visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.

Em 2006 foi atualizada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, definida pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Ela se sustenta nos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e parte do princípio de que saúde é um direito universal, assegurado na Constituição de 1988. Por este direito entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção.

A finalidade da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) é preservar, promover e recuperar a autonomia e a independência dos idosos, desenvolvendo medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim,

em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. As diretrizes definidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para o atendimento das necessidades de saúde das pessoas idosas são:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- Divulgação e informações sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação técnica nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e
- Apoio à realização de estudos e pesquisas.

Um avanço para política de saúde do idoso no SUS foi a Portaria nº 399, de 22 de fe-

vereiro de 2006, que instituiu o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as suas Diretrizes Operacionais. No Pacto pela Vida se estabeleceu seis áreas prioritárias de atuação, entre as quais se situa a saúde do idoso. Pela primeira vez na história do SUS, a saúde da população idosa consta como prioridade das três esferas de governo e são destacadas sete ações estratégicas para que essa prioridade se efetive:

- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;
- Caderno de Atenção a Saúde da Pessoa Idosa;
- Programa de Educação Permanente à Distância;
- Acolhimento;
- Assistência Farmacêutica;
- Atenção interdisciplinar na internação;
- Programa de Internação Domiciliar.

Os dois eixos dessa política estão centrados na capacidade funcional da população idosa: nos idosos independentes e no segmento frágil dessa população, os idosos dependentes. A capacidade funcional, posta como paradigma para a organização dos serviços de saúde, provendo o cuidado integral que não envolve somente a saúde física e mental, mas, também, as condições socioeconômicas e a capacidade de autocuidado.

Um dos princípios norteadores da PNSPI é o de que não há uma velhice e, sim, velhices que se definem em razão da cultura e do gênero. Não há apenas um modo de envelhecer. Sexo, local de moradia, heterogeneidade dos grupos etários, estilos e histórias de vida, hábitos saudáveis, meio ambiente e situação socioeconômica são alguns dos determinantes do processo de envelhecer. Os determinantes do envelhecimento ativo são: os serviços de saúde, serviços sociais, as redes sociais de apoio, o perfil epidemiológico e determinantes sociais e econômicos, ambiente físico adaptado, ambiente social, comportamentos e fatores de ordem pessoal que interagem no contexto da cultura e de gênero.

As mudanças físicas e fisiológicas do ciclo vital não ocorrem no mesmo grau para todos os indivíduos. O envelhecimento é um processo heterogêneo e individual, e na espécie humana ocorre com características semelhantes e, a um só tempo, diferentes para cada gênero. Entre as modificações mais comuns aos gêneros estão a redução da taxa de metabolismo basal, redução da capacidade de reter líquidos nos espaços intracelulares, diminuição da massa óssea, perda de massa muscular e esquelética, aumento e redistribuição da gordura, diminuição da concentração de albumina sérica, alteração do sistema de regulação de temperatura, diminuição da imunidade celular e aumento da predisposi-

ção de desenvolver doenças autoimunes.

Este conjunto de alterações e o estilo de vida que a pessoa teve quando adulto jovem contribuem para o aparecimento de enfermidades que afetam de maneira mais freqüente a saúde e a qualidade de vida dos idosos, entre elas: doenças cardiovasculares; hipertensão; acidente vascular cerebral; diabetes; câncer; doença pulmonar obstrutiva crônica; condições músculo-esqueléticas (artrite e osteoporose); condições de saúde mental (demência e depressão); cegueira e diminuição da visão.

Baseando-se no conceito de envelhecimento ativo da OMS entende-se que se aplica tanto ao indivíduo quanto aos grupos populacionais e refere-se ao desenvolvimento do potencial de cada indivíduo quanto as suas capacidades, habilidades, necessidades e opções, provendo a proteção e a segurança de situações de dependência e vulnerabilidades.

Ao se pensar na qualidade de vida do idoso e na expectativa de uma vida saudável na velhice deve-se considerar que a prevenção no cuidado em saúde é fator redistributivo na questão da equidade e do acesso a melhores serviços, inclusive naqueles casos onde o adoecimento não possa ser evitado.

O envelhecimento ativo e programas de saúde do idoso com enfoque interdisciplinar e intersetorial, são importantes sobretudo nos países com reconhecida situação de desigualdade social onde a velhice está acompa-

nhada de empobrecimento, demandas crescentes por serviços sociais e de saúde.

O envelhecer com qualidade requer preservação da autonomia que se relaciona com a habilidade de controlar atividades da vida diária (AVD) sem a necessidade de depender de outras pessoas para realizar coisas como comer, fazer higiene diária, entre outras. O envelhecimento e as mudanças na autonomia, na auto-imagem e no plano emocional torna este processo ainda mais complexo se associado a perda da capacidade produtiva, sendo necessário resignificar a vida. Assim, podemos pensar o envelhecimento como uma oportunidade para refletir sobre o sujeito e seu mundo diante da cultura e da sociedade.

6. FRAGILIDADE E VULNERABILIDADE DE PESSOAS IDOSAS

A fragilidade do idoso é um importante problema clínico e de saúde coletiva. Embora seja uma questão que não tem consenso quanto à definição da condição de fragilidade, merece reflexão diante de políticas de envelhecimento ativo.

O idoso que apresenta dependência nas atividades de vida diária (AVD), vulnerabilidade e doenças, pode ser considerado frágil. Markle-Reid e col (2003) classificaram as definições em dezoito grupos, incluindo: dependência nas AVDS; comprometimento dos mecanismos de

homeostase, déficit cognitivo; doença crônica incapacitante; envelhecimento; diminuição da força muscular, mobilidade e equilíbrio.

A síndrome biológica de diminuição da capacidade de reserva homeostática do organismo e da resistência aos estressores resulta em declínios cumulativos em múltiplos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade e desfechos clínicos adversos que podem ser descritos como:

- Perda de peso maior ou igual a 5% do peso corporal nos últimos 12 meses;
- Exaustão baseada no auto-relato de sensação de “cansado o tempo todo”;
- Baixos níveis de atividade física e de gasto energético, necessitando de ajuda para caminhar, ou sendo incapaz de caminhar;
- Lentidão ou marcha lentificada.
- Fraqueza, identificada como diminuição de força ao exame físico.

Todas as mudanças e fragilidades relatadas na dimensão biológica e funcional ainda não traduzem todo o quadro conseqüente ao processo de envelhecimento, pois existe um complexo mecanismo de preconceitos contra a velhice, motivado principalmente pelos valores de sociedades utilitárias e imediatistas que estigmatizam e rotulam as pessoas idosas. Por isso o idoso, alijado das funções socialmente exigi-

das, passa a incorporar os estereótipos culturais, como doenças, inatividade e isolamento como aspectos "normais" da velhice, lembranças remotas confundidas com loucura ou "caduquice", envelhecimento como doença e incapacidade, raciocínio mais lento, incapacidade de aprender, menopausa como fim do desejo sexual e de que ser velho é ser assexuado.

Para além das questões de maior longevidade da mulher, o envelhecimento populacional e a crescente incorporação das mulheres no mercado de trabalho estão reduzindo a capacidade das famílias no provimento do cuidado às pessoas idosas, principalmente aquelas que se encontram em situação de fragilidade, ou incapazes de realizar atividades da vida diária com autonomia. Destaca-se que o aumento das necessidades de atenção aos idosos com dependência associa-se, também, com a pouca oferta e qualidade das estratégias de suporte domiciliar a famílias para o cuidado com idosos e de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

Até 2025 o Brasil será o sexto país em número de idosos. Assim, pensar o envelhecimento ativo como opção para organizar a formulação de programas de saúde e qualidade de vida requer cautela para se aproveitar suas contribuições, porém sem ignorar seus pontos nebulosos diante das realidades locais e regionais.

É responsabilidade dos gestores e dos profissionais a promoção da qualidade de vida

da pessoa idosa. É importante viver muito, mas é fundamental viver bem. Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta de todos os níveis de atenção do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento como objeto de cuidado na atenção básica envolve referências e ações intersetoriais que contemplem as dimensões de gênero e cultura com o uso de recursos tecnológicos, transdisciplinares e comunitários, como lazer, segurança e trabalho para aqueles que estejam em fase ativa, além de prover cuidadores para aqueles que já sejam frágeis ou não sejam capazes de alcançar autonomia.

Ainda se constitui um desafio importante no campo das políticas públicas, prover meios para atender necessidades práticas do cotidiano das pessoas idosas como: transporte gratuito e de qualidade, com malha extensa e capilaridade para atender a necessidades de locomoção dos idosos, adaptação de construções populares que garanta segurança e autonomia, proteção social com acesso a serviços de saúde com capacidade para cuidar do idoso.

O debate sobre o envelhecimento aponta a existência de múltiplas necessidades a serem atendidas, mas deve-se lembrar que

as oportunidades também são uma realidade. Equacionar o problema da iniquidade social, discriminação e preconceito dirigido às populações idosas exige a ampliação contínua dos direitos através da conscientização da sociedade sobre a realidade que toca a velhice, uma fase natural da vida que não deve ser associada somente à fragilidade e à finitude, mas que, sobretudo, deve abrir um amplo diálogo entre as gerações e o significado do tempo, da sabedoria e da experiência como símbolos de afirmação da vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES JR. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação* 8(14):73-91, 2004.

BRASIL. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAMARANO, A.A. *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. Texto para discussão nº 167. IPEA. Rio de Janeiro, 2002.

CANÔAS, C.S. A condição humana do velho. São Paulo: Cortez, 1995

CARVALHO, José Alberto Magno de,
GARCIA, Ricardo Alexandrino. O envelhecimento da população brasileira: um

enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*, Jun, vol.19, no. 3, p.725-733, 2003.

DEBERT, G. G. O Velho na Propaganda. *Cadernos Pagu - UNICAMP*, Campinas, (21): pp. 1133-155, 2003.

FREUD Sigmund (1920) *Além do Princípio do Prazer*. In: Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1984, vol XVIII.

GOLDMAN, S.N. As dimensões sociopolíticas do envelhecimento. In: PY, L. et al. *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004.

GOLDSTEIN, L. L. No comando da própria vida: a importância de crenças e comportamentos de controle para o bem-estar na velhice. In A. L. Neri & S. A. Freire (Orgs.), *E por falar em boa velhice* Campinas: Papirus. 2002 (p.55-66).

Tábuas Completas de Mortalidade - 2003
Tábuas Completas de Mortalidade - 2003
IBGE. Tábuas Completas de Mortalidade 2003.
Tábuas Completas de Mortalidade - 2003
Tábuas Completas de Mortalidade - 2003
Disponível em : http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=266&

LARANJEIRA, C.A.S.J. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, Jul-Set, vol 23, n.3, pp. 327-332, 2007.

MAGALHÃES, Dirceu Nogueira. A invenção social da velhice. Rio de Janeiro: Papagaio, 1989.

MARKLE-REID Maureen, BROWNE Gina. Conceptualizations of frailty in relation to older adults. *J Adv Nurs* 44(1):5868, 2003.

OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde . World Health Organization; tradução Suzana Gontijo – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PODSIADLO D, RICHARDSON S. The Timed "Up and Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *JAGS* 2002; 39: 142-8.

Recebido em 29 de agosto de 2008
Aprovado em dezembro de 2008

LA ABUELA AFRICANA, MEILLASOUX Y EL FANTASMA DE LA IDEOLOGÍA

Joan Muela Ribera¹ & Susanna Hausmann-Muela²

PASS-International / Correo electrónico: joan.muela@yahoo.es

Resumen. La pandemia del SIDA en África ha dado visibilidad a un sector de la población que hasta ahora ha pasado desapercibido en el ámbito de la cooperación internacional: Las 'abuelas'. Con la muerte de sus hijos han pasado a ocupar un papel clave en las unidades domésticas, no solo cuidando a sus nietos, sino ocupando espacios laborales tradicionalmente masculinos. Pero las 'abuelas' han tenido ya antes un rol económico más relevante de lo que comúnmente se cree, como lo tienen en la actualidad en lugares menos castigados por el SIDA. Las 'abuelas' son cuidadoras y 'amas de casa', en su sentido clásico, pero cada vez más son proveedoras de bienes y alimentos para la familia, sobre todo en situaciones de crisis social y empobrecimiento. Además, como argumenta Meillassoux, con su trabajo en los campos se alimentan hijos, hijas y maridos empleados con salarios bajos en la industria y otras áreas productivas, lo que presumiblemente revierte en las cifras macroeconómicas de sus países. Sin embargo, el desempeño de sus roles se ve dificultado por unas condiciones de existencia que las em-

1 Miembro fundador e investigador de PASS –International (Bélgica), investigador externo Del AHCISP, Universitat Autònoma de Barcelona (España) e colaborador externo del Swiss Tropical Institute (Suiza).

2 Miembro fundador e investigadora do PASS – International (Bélgica).

pujan, a ellas y a sus unidades domésticas, hacia espirales de vulnerabilidad. Entre los factores que contribuyen a agravar la situación de las 'abuelas africanas' está la enfermedad y sus consecuencias, biológicas y sociales. Cuando ellas sufren, o no pueden trabajar a causa de la fiebre u otras dolencias, toda la unidad doméstica se resiente. Pero paradójicamente son demasiado viejas para los programas de salud convencionales, y demasiado jóvenes para los nuevos enfoques en ancianidad; no son consideradas 'grupo de riesgo' ni 'población vulnerable'. Por esta razón quedan habitualmente excluidas de los programas de salud, tanto de los que promueven medidas preventivas, por ejemplo redes mosquiteras contra la malaria, como de los que exigen del pago por tratamiento. Pero visto su papel social y económico en las comunidades, sería necesario establecer programas específicos destinados a ellas, no en términos de 'ayuda a los débiles', sino con el objetivo de romper el círculo enfermedad-pobreza.

Abstract. The AIDS pandemic in Africa has made visible a sector of the population which up to now has remained unappreciated in the field of international cooperation: The 'grand-mothers'. With the deaths of their grown-up children, they became to occupy a key role in the households. Not only do they care for their grand-children, but they are also taking over labors which are traditionally under the domain of men. As a matter of fact, 'grand-mothers' economic role has indeed been much more relevant than commonly assumed, as one can observe in areas that are less affected by AIDS. The 'grand-mothers' are caretakers and 'housewives' in their classical sense. But increasingly, they are also providers of commodities and food for the family, especially in situations of social crisis and impoverishment. Furthermore, as

Meillassoux argues, as a result of their agricultural labor, they nourish their sons, daughters and husbands, who are, in turn, employed in low-wage jobs – a contribution which presumably reverts into the macro-economy of their countries. However, the activation of their roles is hindered by their life conditions which push them and their households into spirals of vulnerability. Illness with its biological and social consequences is among the factors which aggravate the situation of the 'African grand-mothers'. When they become ill, or are not able to work because of fevers or other sufferings, the entire household is affected. Paradoxically, however, the 'grand-mothers' are not targeted in classical health programs. Since they are too old for programs focused on mothers and too young for the newer programs focused on elderly people, they are neither considered as a 'risk group' nor as 'vulnerable population'. Hence they are usually excluded from health programs, both from preventive measures such as receiving subsidized mosquito nets to protect from malaria and from exemptions of treatment cost. Yet considering their social and economic role in the community, it would certainly be necessary to establish specific programs targeted at 'grand-mothers', not in terms of 'help for the weak' but with the aim to break the disease-poverty circle.

INTRODUCCIÓN

Ronnald Frankenberg solía decir que un incidente puede ser más revelador que una incidencia. A veces una frase escuchada al azar en el mercado, o un comentario en apariencia intrascendente, nos abre los ojos a problemas que no veíamos, a pesar de estar

ahí. Este artículo está inspirado en uno de estos incidentes, regalos del azar que, como el baño de Arquímedes, nos sacan de los callejones sin salida en los que a menudo llegamos durante nuestro trabajo de campo. Sucedió en un pueblito de Gabón, en el África Occidental, cuando hace poco menos de un año estábamos estudiando la aceptabilidad del tratamiento preventivo de malaria en niños. Al salir de la vivienda donde había realizado la última entrevista de la mañana, se me acercaron dos mujeres de unos cincuenta años, y una de ellas me espetó, sin demasiadas contemplaciones, un reproche muy bien argumentado sobre la actitud de 'los blancos' (es decir, los profesionales de la salud que se dedican a la cooperación) hacia las 'abuelas'. Se refería a mujeres de entre cuarenta y sesenta años, demasiado viejas para los programas de salud convencionales, y demasiado jóvenes para los nuevos enfoques en 'ancianidad' y 'envejecimiento'.

Lo que en resumidas cuentas planteaba esta "mamá adulta", como ella misma se autodefinía, es que todas las campañas de salud van dirigidas a los niños y a las madres jóvenes, pero las 'mamás adultas', las que cuidan a sus hijas adolescentes y jóvenes, y a los hijos de sus hijas, parecen pasar completamente desapercibidas. *"Si no nos protegéis, ¿quién alimentará a los niños? Está bien que vengáis para tratar a los bebés, pero si yo enfermo ¿quién les*

cuidará, quién les dará de comer? - porque la mamá está en la escuela. Cuando procuréis por los niños, las mamás y las abuelas, entonces tendremos salud". En su comunidad se habían repartido telas mosquiteras para proteger de la malaria a niños y madres jóvenes. Ella, como muchas otras personas adultas, quedó excluida. Sin embargo, sobre estas mujeres recae casi todo el peso del trabajo agrícola, especialmente si son viudas o están separadas. Cuando enferman, por ejemplo de malaria, toda la unidad doméstica puede verse comprometida. Por este motivo, su invisibilidad en los programas de desarrollo y salud diseñados para África resulta indignante, sobre todo en un momento en el que la relación circular entre la enfermedad y la pobreza (Sachs, 2005; Farmer, 2003; McIntyre *et al.*, 2006; Hotez, 2008; Sachs y Mellaney, 2004) es ampliamente aceptada tanto por la comunidad científica como por los planificadores de la sanidad.

Se sabe que la vulnerabilidad biológica y social se retroalimentan mutuamente, y es de sobras conocida la carga laboral, especialmente agrícola, de las mujeres adultas en África. Entonces, ¿Por qué no se les concede más importancia en los programas de salud? ¿Por qué la lucha contra la malaria sigue centrándose en los niños y en las mujeres embarazadas (los biológicamente más vulnerables), pero no en los sectores de población indispensables para 'romper' el círcu-

lo malaria-pobreza? Creo que para responder esta doble pregunta, además de a las tenaces inercias del desarrollismo, debemos prestar atención a las ideologías: A las ideologías que distorsionan el papel productivo de las mujeres, particularmente de las ancianas; y a los potentes estereotipos que las vinculan con la 'tradición', en contraste con la 'modernidad' y el 'desarrollo'. Este artículo es sobre el papel productivo de las 'madres adultas', un papel que desempeñan en una situación de vulnerabilidad estructural, y la relevancia de la enfermedad de estas mujeres para sus unidades domésticas y sus familias.

2. EL FANTASMA DE LA IDEOLOGÍA

La dramática experiencia del SIDA en el continente africano está sacando a la luz la importancia económica y social de las abuelas cuando sus hijos han muerto víctimas de la pandemia, y deben trabajar, cuidar y educar a sus nietos. Pero a pesar de la evidencia y los datos existentes, las ideologías que enmascaran el papel activo y productivo de estas mujeres parecen persistir, no sólo en el sentido común de muchas personas, incluso de las que conviven con ellas, sino en ministerios y agencias de cooperación, permeando sutilmente los programas de salud, como en el caso mencionado en la introducción. A menudo no

es mala fe ni negligencia; es el peso de los estereotipos y las ideas preconcebidas, aquellas que se asumen sin cuestionarse. El fantasma de la ideología solo puede exorcizarse con un activismo social sostenido en tres pilares imprescindibles: la buena organización, la investigación sólida y la reflexión crítica.

Nuestra intención en este capítulo es reseguir las lógicas y estereotipos que producen una *visión distorsionada* de las 'abuelas africanas'. Por esta razón utilizo el concepto de 'ideología' de acuerdo con la tesis de la ideología-alienación^[1]. Desde esta perspectiva, Keesing (1981:512) define 'ideología' como "*un sistema de creencias culturales, en particular un sistema que entraña la distorsión sistemática o el enmascaramiento de la verdadera naturaleza de las relaciones sociales, políticas y económicas*". ¿Cuáles son estas visiones distorsionadas y qué lógicas las subyacen?

'Productividad' y 'cambio' son pilares básicos de la ideología del desarrollo, no solo liberal, sino también del desarrollismo presuntamente socialista auspiciado por la Unión Soviética en la segunda mitad del siglo pasado. Para entender la imagen de las 'abuelas africanas' es necesario empezar por un modelo de desarrollo raramente explícito, en el que 'productividad' y 'cambio' se oponen dicotómicamente a 'tradición'. Esta lógica la encontramos muy bien elaborada en un texto clásico del desarrollo liberal escrito por Rostow en 1962 y titulado "*The*

stages of economic growth. A non-communist manifesto". Según Rostow, la mayoría de los países en aquel entonces denominados 'subdesarrollados' se situarían en una fase que él denomina "condiciones para el despegue". La llamó así porque en ella se irían estableciendo las condiciones económicas, políticas, sociales y psicológicas necesarias para lograr el crecimiento regular que define la fase siguiente, la del "despegue" propiamente dicho.

Como período de transición, en las "precondiciones para el despegue" coexistirían una serie de elementos 'facilitadores' para el cambio junto con 'obstáculos' heredados de fases anteriores, curiosamente similares a los 'obstáculos feudales' de los autores soviéticos (Nikitin, 1988). Las precondiciones estructurales a las que Rostow alude incluyen el aumento de las inversiones de acuerdo con el crecimiento de la población; el énfasis en la industria y en el comercio interior y exterior; la construcción de una infraestructura apta para el desarrollo del transporte y la comunicación; y la constitución de un estado nacional centralizado con un sistema de impuestos. Paralelamente a estos procesos debería emerger – siempre según Rostow – una *nueva élite con capacidad y voluntad para liderar la economía de un estado industrial, una élite preparada para realizar inversiones innovadoras y decidida a tomar riesgos*. Deberían darse también unas condiciones de trabajo más eficaces y,

sobre todo, *nuevos valores sociales que primen el mérito de los individuos para el ascenso social*. Los principales remanentes de la "sociedad tradicional" que, de acuerdo con el autor, actuarían obstaculizando el desarrollo son la tendencia al gasto suntuario en detrimento de las inversiones productivas; una dinámica de trabajo inadecuada para la producción competitiva; una estructura social y unos valores tradicionales reforzados por instituciones políticas regionales; y, finalmente, la ascensión social por adscripción a una casta, clase y, sobre todo, grupo de edad^[2].

Ha pasado mucho tiempo desde los 1960s. La terminología ha cambiado - ya nadie en la actualidad habla de 'subdesarrollo' - y el evolucionismo explícito de Rostow está desfasado, pero el armazón del discurso y los estereotipos que lo permean permanecen detrás de las modas y de lo políticamente correcto en cada momento: Para optimizar la producción es necesario un cambio, no solo estructural, sino también de 'mentalidades'. Y ¿a quiénes se les supone mayores dificultades, o menor interés, para aceptar los cambios?: A los ancianos, sobre todo si están en posiciones de poder. ¿A quiénes se les supone más apegados a la tradición?: A los ancianos, a las mujeres y a las comunidades rurales. ¿Qué sociedades se describen como el paradigma de la tradicionalidad?: Las africanas^[3]. La imagen actual de las 'abuelas africanas' es, en

definitiva, el resultado de una visión del desarrollo y del mundo en la que sigue primando lo masculino, el ideal de la juventud y lo occidental, con todos sus valores asociados.

Para entender la problemática de las 'abuelas africanas' es importante no perder de vista que el término 'abuela' se asocia con el de 'anciana', pero las franjas de edad de ambas categorías no se solapan necesariamente. Esto tiene importantes implicaciones en el diseño de políticas de salud. Por ejemplo, en el plano de las políticas de equidad en salud los ancianos y ancianas son 'grupo vulnerable', y por lo tanto detentor de beneficios como servicios médicos gratuitos. Sin embargo las mujeres de entre cuarenta y sesenta años - las abuelas en África - no suelen estar incluidas en los grupos de riesgo, ni son consideradas *per se* como un sector de la población especialmente vulnerable, por lo que acaban ocupando una posición secundaria en los programas de salud. La paradoja que sufren estas mujeres es que si bien por edad difícilmente entran en la agenda de las organizaciones, su imagen carga con todos los estereotipos de la ancianidad. Las 'abuelas africanas' son, por lo tanto, víctimas de la ideología por ser *mujeres*, por ser *africanas* y por ser *casi-ancianas* o *como-ancianas*. Estos tres niveles se refuerzan mutuamente, pero de manera compleja y a veces contradictoria, fruto en parte de sus múltiples orígenes y de

los distintos valores en juego.

El supuesto apego de las 'abuelas' a la tradición ilustra la ambivalencia o, mejor dicho, el valor ambivalente, de algunos conceptos clave en las políticas de 'desarrollo'. Se asume que ellas transmiten, como consejeras de las mujeres jóvenes y como personas involucradas en la educación de los niños, las costumbres y los valores tradicionales. Este rol suele tener una lectura positiva, en el sentido de que las 'abuelas' pueden contribuir a evitar el desmorone de las culturas y su impacto psicológico ante el envite aculturador de la globalización, un temor ya planteado por Margaret Mead en 1955. Los y las ancianas, junto con otros agentes 'tradicionales' (por ejemplo los sanadores tradicionales^[4]) y 'locales' actuarían como 'amortiguadores' y 'adaptadores culturales' del cambio, facilitándolo de hecho sin tener consciencia de ello. Sin embargo no hay imagen sin su reverso: A veces las organizaciones temen que las 'abuelas' sean reticentes a las nuevas ideas, y por ello prefieren colaborar con mujeres jóvenes en proyectos de saneamiento, nutrición y salud en África.

Pero sobre todo a las 'abuelas' se las considera poco productivas. Esto no quiere decir que la imagen sea de 'poco trabajadoras', todo lo contrario, se las considera poco productivas en el sentido de que su aportación laboral, centrada en el hogar y en el cuidado de los suyos, no contribuye decisivamente al

desarrollo del país. Nuestra intención aquí es demostrar precisamente lo contrario.

LA PRODUCTIVIDAD INVISIBLE

En "*The end of poverty. How we can make it happen in our lifetime*" el economista Jeffrey Sachs (2005:5-10) describe su trágica llegada a un pueblito de Malawi. El autor se sorprende de que al entrar en esta pequeña comunidad no encuentra a hombres jóvenes trabajando, o dispuestos para acudir al trabajo. Ningún hombre o mujer en edad laboral acude a saludarle, solo ancianas y muchos niños. "*¿Dónde están los trabajadores?*" preguntó Sachs "*¿En los campos?*" "*No*" respondió el técnico local que le acompañaba "*Casi todos ellos están muertos, de SIDA*". De hecho en el pueblo sólo quedaban cinco hombres de entre veinte y cuarenta años, que aquel día no estaban porque habían acudido al funeral de otro joven que murió de SIDA el día antes. Estas mujeres ('abuelas' y 'de edad', como las llama Sachs) quedaron al cargo de sus nietos huérfanos, a veces tres, cinco, hasta quince niños al cuidado de una sola mujer. A la cantidad ingente de trabajo cotidiano que deben afrontar estas mujeres cuidando a los niños, agravado por el hecho de que muchas escuelas rurales están cerradas porque los maestros han sucumbido también ante la epide-

mia y no se encuentra reemplazo, se añade el problema de que con los medios disponibles para el trabajo agrícola difícilmente pueden cubrir las necesidades de subsistencia de toda la familia, lo que se agrava si los niños o ellas mismas enferman, como veremos con más detalle en el capítulo siguiente.

Ciertamente la pandemia del SIDA ha sacado a la luz la labor crucial de las 'abuelas', no solo en el cuidado de sus familias, sino en la producción económica y en la reproducción social. ¿Hasta qué punto estos papeles son nuevos y consecuencia directa de la pandemia? La situación sin duda lo es, pero las 'abuelas' han tenido ya antes un papel en la producción económica más relevante de lo que comúnmente se cree, como lo tienen también en la actualidad en lugares donde la pandemia no ha hecho tantos estragos, y en familias no afectadas por el SIDA. ¿Cuál es este papel? Nos centraremos en las comunidades campesinas, donde la participación de las 'abuelas'^[5] en la producción es todavía menos visible.

El papel económico de las 'abuelas' no puede entenderse sin replantearnos la 'productividad' desde una perspectiva de género. Precisamente una de las críticas feministas al concepto de 'productividad' en su sentido clásico es que tiende a contabilizar ganancias y pérdidas en dólares, de manera que una larga serie de *inputs* no mesurables quedan excluidos del análisis económico. Entre

[75] MEMORIALIDADES, Nº 11, JAN-JUN 2009, P.63-94.

ellos se incluyen aquellas actividades tradicionalmente desarrolladas por mujeres, por ejemplo la reproducción, la socialización, el cuidado de niños y enfermos, las llamadas 'labores domésticas', etc., sin las cuales las actividades consideradas 'productivas' serían insostenibles (Perkins, 2001).

Pero ¿hasta qué punto las mujeres participan en las actividades consideradas 'productivas' en su sentido clásico? y ¿en qué condiciones? Las mujeres de las zonas rurales de África habitualmente participan en actividades típicas de mercado, como la venta de productos agrícolas, pequeños negocios manufactureros propios, o están empleadas, en unas economías domésticas claramente marcadas por la diversificación de las actividades productivas. Además las mujeres empiezan a ocupar espacios laborales tradicionalmente masculinos, particularmente en situaciones de crisis abiertas, como muestra el caso del SIDA, o de empobrecimiento, a la par que mantienen sus roles como 'cuidadoras' y 'amas de casa', pero en condiciones muy duras, en parte debido al aumento de sus actividades laborales tanto extradomésticas como intradomésticas. Sin embargo las imágenes estereotipadas de la 'división sexual del trabajo' impiden visualizar este panorama laboral en toda su compleja intensidad, a la par que justifican y refuerzan el acceso desigual a los recursos^[6].

Las mujeres juegan un rol dominante en la reconfiguración de los 'espacios de la productividad' (Friedmann *et al.*, 1996), pero las 'abuelas' no lo tienen nada fácil, y menos si no reciben ningún apoyo de las agencias gubernamentales y no-gubernamentales. Al peso que les supone semejante incremento no solo de trabajo, sino también de responsabilidades, se añade el riesgo de la enfermedad, para ellas, pero también para todos sus dependientes. A esto se refería la 'abuela gabonesa' con la que empezábamos el artículo: "*Todos sufren cuando la abuela tiene malaria; no puedes ir a trabajar al campo, sientes todo el cuerpo cansado. Como tenemos que entrar en el agua, tenemos las manos, mira cómo se hinchan, si durante una semana estoy así, no puedo ir a trabajar, ¿de dónde saldrá la comida para alimentar a la gente? Porque remar se nos hace difícil. ¿No ves cómo el reumatismo me invade las manos? Si no nos cuidáis, ¿quién traerá la comida para los niños?*". Su queja iba dirigida a los 'blancos' de la cooperación, incapaces de ver la importancia de estas mujeres para la supervivencia de sus unidades domésticas. Marie, de 52 años de edad, había quedado viuda poco antes de llegar a la cincuentena. Como su marido no dejó a nadie 'sólido' para cuidarla, ella tuvo que trabajar duro para conseguir no solo los alimentos para nutrir a su familia, sino el dinero para que sus dos hijos menores pudiesen es-

tudiar en la ciudad. Un año antes de la entrevista su hija dio a luz un niño, pero el padre de la criatura no lo quiso reconocer. Marie decidió cuidarlo para que su hija no abandonase la escuela. Marie es campesina, pero combina la agricultura con cualquier trabajo asalariado o negocio que puede emprender, como reparación de ropa, venta ambulante, etc. "*Debo trabajar duro para criar a los niños, ir al campo para que puedan comer y también buscar los medios para que vayan a la escuela en Lambaréné, todo recae sobre mí*", dijo al final de la entrevista, mirándose las manos curvadas por la artrosis.

Con todo, su papel va más allá de los 'espacios de productividad' hasta aquí descritos, porque las 'abuelas' en África parecen jugar un rol cada vez más importante en la economía doméstica, y la economía doméstica en cierta medida 'alimenta' a la economía capitalista. Según Meillassoux (1977:137) la agricultura de subsistencia en África está en buena medida al margen de la esfera de la producción capitalista, pero "*está, directa o indirectamente, en relación con la economía de mercado mediante el abastecimiento de mano de obra alimentada en el sector doméstico*". Las unidades domésticas, mediante la agricultura de subsistencia, proveen al capital los alimentos necesarios para la reproducción fisiológica e intelectual de los trabajadores (su fuerza de trabajo), pero permanecen fuera de la esfera de producción ca-

pitalista, "*por cuanto el capital no se invierte en ella (en la agricultura de subsistencia) y porque sus relaciones de producción son de tipo doméstico y no capitalista*". Por lo tanto, la economía doméstica de subsistencia contribuye a la reproducción capitalista. Independientemente del debate sobre si la economía doméstica es un modo de producción no-capitalista articulado con el capitalista, o parte constituyente, con sus especificidades, del sistema-mundo capitalista (Smith, Wallerstein y Evers, 1984), el argumento de Meillassoux nos interesa porque pone de relieve el papel de las unidades domésticas, de las mujeres y de las 'abuelas' para la economía de los países africanos.

De hecho, agricultura de subsistencia y trabajo asalariado son actividades interdependientes en un mundo caracterizado por las relaciones dinámicas entre el campo y la ciudad. Lambaréné, la ciudad de Gabón mencionada más arriba por Marie, es un buen ejemplo de ello. Es una ciudad relativamente pequeña, de unos 25.000 habitantes, caracterizada por la movilidad poblacional, una moderna economía de mercado y fuertes desigualdades sociales en uno de los países más ricos de África. Aunque el ideal de los gaboneses es un empleo en el comercio o, mejor, en la administración, residir en la ciudad es muy caro. Por otro lado, residir en las zonas rurales de la región tiene el inconveniente del acceso, por ejemplo a los servicios médicos. En este sentido resulta de vital im-

portancia mantener los vínculos rurales-urbanos: Del campo se obtienen alimentos para la familia, incluyendo la que vive en Lambaréné, y los parientes que habitan en la ciudad pueden acoger a sus familiares de las zonas rurales si van al hospital o deben resolver trámites burocráticos, etc., a la par que pueden enviarles dinero cuando es necesario y si pueden. Además, las personas residentes en Lambaréné suelen hacer estancias temporales en sus comunidades de origen para ayudar puntualmente en las actividades agrícolas o pesqueras^[7].

Que la hija de Marie pueda estudiar y que los trabajadores de las empresas agrícolas instaladas en las cercanías de su comunidad puedan sobrevivir con sus salarios depende en buena medida de 'abuelas' como ella. Sin embargo, cuando planteamos la necesidad de establecer programas de salud enfocados en las 'abuelas', siguen viéndose en términos de 'ayuda a los débiles', no como 'ayuda al desarrollo' o 'para el desarrollo' propiamente dicha. Los estereotipos del desarrollismo crean estas paradojas.

3. LA ABUELA AFRICANA Y LAS DOS DIMENSIONES DE LA VULNERABILIDAD

Se lea como se lea, en su queja Marie nos está hablando de vulnerabilidad. Es como si su trabajo y las responsabilidades que ha adquirido fuesen un gran peso sujeto por una

cuerda muy frágil, que la enfermedad o cualquier otro accidente pueden cortar. En este sentido, la unidad doméstica de Marie es vulnerable porque se asienta sobre un único pilar. Como ella misma dijo "*todo recae en mí*", y si ella se hunde, toda la familia sufrirá las consecuencias. Este tipo de vulnerabilidad estructural no depende solo de cuántos dependientes hay por persona activa, sino sobre todo del número de personas activas en cada unidad doméstica y su capacidad de sustitución. Las unidades domésticas más afectadas son las femeninas, especialmente las monoparentales femeninas. El acceso desigual a los recursos por género agrava todavía más las cosas. En Lambaréné, como en tantas otras partes, las mujeres lo tienen peor que los hombres para acceder tanto a la tierra como a los negocios y empleos, particularmente si se mira en términos cualitativos.

Pero Marie habla además de otro tipo de vulnerabilidad: La vulnerabilidad física o biológica, por edad, pero sobre todo por las actividades que realiza, que según ella la exponen al paludismo y propician males como el reumatismo. Y de nuevo esta vulnerabilidad se refuerza por factores estructurales vinculados, aquí, con el sistema de salud. Hemos visto que Marie menciona la carencia de estrategias preventivas para su grupo de edad ("*no nos dan redes mosquiteras, solo a las madres jóvenes y a los bebés, y los mosqui-*

tos nos pican; si tienes 100 F puedes comprar Moustico – un cono insecticida – si no debes dormir toda la noche expuesta a los mosquitos y a la malaria"), pero también expuso el problema de acceso a los centros de salud, porque los que tienen recursos tanto humanos como materiales, para el diagnóstico y el tratamiento, están en la ciudad: "Ir a Lambaréné es difícil, el viaje de ida y vuelta cuesta 5.000 F ... Una vez allí la consulta cuesta 6.000 F, después debes comprar los medicamentos, y no tenemos los medios. Por esto sufrimos en los pueblos, sufrimos las madres".

De todos modos lo más interesante de la entrevista con Marie es que plantea la vulnerabilidad en términos relacionales, como la vida nos enseña, no como definiciones construidas para catalogar los problemas y las desgracias de la vida en 'cajones', una trampa en la que tendemos a caer los científicos sociales. No sólo relaciona la vulnerabilidad física con la vulnerabilidad social cuando expone las consecuencias para su familia de las enfermedades que la acechan a ella, sino que plantea el problema de la falta de dinero para acceder a los servicios médicos en términos contextuales y no absolutos, como es habitual. En este sentido plantea el dilema de qué hacer cuando los recursos son limitados, "si tienes 5.000 F para ir al hospital, pero el niño llora de hambre y no tienes comida en casa, ¿qué harás?, si llora porque quie-

re pan, debes gastarte 1.000 F para alimentarlo, entonces ya no podrás ir al hospital". Es posible que aquí la falta de dinero y alimentos se deba simplemente a una coincidencia esporádica, rescatada retóricamente por Marie para enfatizar su situación de vulnerabilidad. Sin embargo no debemos olvidar las 'coyunturas de vulnerabilidad', es decir, aquellos momentos - relacionados con el ciclo agrícola en las comunidades campesinas - cuando una serie de factores confluyen e interactúan incrementando los riesgos de las unidades domésticas, por ejemplo cuando en una misma época del año al incremento de la malaria se le suman la escasez de dinero, el trabajo intensivo en los campos y la carencia de alimentos, como describimos para Tanzania (Hausmann-Muela, 2000; Muela, 2007).

Pero ¿qué entendemos por 'vulnerabilidad' en ciencias sociales? En general 'vulnerabilidad' se confunde con 'riesgo', o se entiende como situación en la que el riesgo puede devenir en daño o crisis. Sin embargo los expertos en la materia han desarrollado unas perspectivas teóricas mucho más interesantes^[8]. La vulnerabilidad tiene múltiples dimensiones, aunque aquí nos interesan dos de ellas: La vulnerabilidad física, o incremento de la susceptibilidad a la enfermedad (por ejemplo, debido a malnutrición, a tratamientos interrumpidos, etc.), y la vulnerabilidad social, si incrementa el riesgo para

la supervivencia de la unidad doméstica. Según Chambers la vulnerabilidad social "*tiene dos caras: la cara externa de la exposición a las conmociones, al estrés y a los riesgos; y la cara interna de la indefensión, es decir la falta de medios para afrontarlos sin pérdidas perjudiciales*" (Chambers, 1995: vii). Esta definición es ampliamente aceptada incluso entre los críticos de Chambers, porque pone de relieve la *capacidad de resistencia para entender la vulnerabilidad*. El concepto de 'estrategias de afrontamiento' - estrategias puntuales para hacer frente a las crisis - es, por lo tanto, central en la definición de Chambers. Estas estrategias incluyen, entre otras, los préstamos, el trabajo esporádico, la venta de bienes de subsistencia, la reubicación del dinero (por ejemplo cuando el dinero destinado a la educación se usa para un problema de salud) (ver Russell, 2003). Algunas de las estrategias para hacer frente a la enfermedad pueden tener efectos nefastos, por ejemplo la venta de bienes de subsistencia, y muchas de ellas acaban reduciendo la capacidad de las unidades domésticas para afrontar nuevas crisis. Por esto es necesario incluir la perspectiva diacrónica en los estudios de vulnerabilidad.

Frecuentemente vulnerabilidad física y vulnerabilidad social se entrelazan en una doble espiral de vulnerabilidad. Blaike (1995) lo representa como una 'cadena causal' de

factores (presiones) que dinámica y progresivamente agravan el estado de vulnerabilidad de las unidades domésticas. Los distintos eslabones de esta cadena causal así como las capacidades de resistir se explican no sólo en términos procesuales sino también estructurales. Por ejemplo, la larga duración o la concentración de episodios (sucesiva por recrudescencia o reinfección en un mismo miembro de la unidad doméstica, o en diferentes personas al mismo tiempo) pueden llevar a la venta de bienes necesarios para la subsistencia o al colapso de estrategias (por ejemplo cuando ya nadie presta más dinero), emplazando a la unidad doméstica en espirales de vulnerabilidad. En primer lugar, puede tener un serio impacto para la salud de las personas, si se ven forzadas a interrumpir el tratamiento por falta de dinero (vulnerabilidad física); y en segundo lugar, si las estrategias conducen a un proceso de extremo empobrecimiento, la unidad doméstica puede ver amenazada su supervivencia material. La falta de recursos inhibe el tratamiento adecuado, o finalizarlo, y favorece la resistencia de los microorganismos patógenos a la medicación (con su impacto ecológico), la recrudescencia y prolongación de la enfermedad. La consecuencia de este proceso para la economía de la unidad doméstica es que, en última instancia, se incrementan los costes directos e indirectos que genera la enfermedad.

En este sentido, y como acertadamente señala Corbett (1989), la enfermedad suele salirles muy cara a los pobres.

En la investigación que realizamos en Tanzania (Hausmann-Muela, 2000; Muela, 2007), mostramos que las unidades domésticas más vulnerables son las monoparentales femeninas, las únicas en las que la enfermedad de ellas y/o sus hijos tuvo como consecuencia el abandono total o parcial de los campos de cultivo. Esto tiene que ver no tanto con el hecho de ser más o menos pobres que las otras, sino sobre todo con la ayuda que recibieron al enfermar y con el tipo de estrategias puntuales que tuvieron que activar. Las madres recibieron apoyo habitual en las unidades domésticas relativamente grandes y en las basadas en la familia nuclear, incluso donde las relaciones entre mujeres son tensas. Recogimos el caso de una mujer que convivía con su madrastra y sospechaba que la estaba embrujando, pero también allí, por estructura familiar y ventajas prácticas, cuando el niño caía enfermo la madrastra la ayudaba en el cultivo de su arrozal o en el cuidado del pequeño. Las estrategias puntuales para cubrir los costes de la enfermedad también tuvieron unos lastres mayores para las unidades domésticas monoparentales. Las mujeres que acabaron dependiendo exclusivamente de los préstamos y/o del trabajo ocasional, las estrategias más comu-

nes, aunque por el momento les fuese bien, como manifestaron varias informantes, acabaron siendo extraordinariamente vulnerables, porque son trabajos mal pagados, muy inestables y limitados en el tiempo a las especificidades del ciclo agrícola y el clima. Insisto aquí en la calidad y cantidad desigual de los trabajos a los que pueden acceder hombres y mujeres. Por otro lado el problema de los préstamos es que deben devolverse, normalmente con trabajo ocasional. Y aquí de nuevo en las unidades domésticas basadas en la familia extensa o la familia nuclear una persona puede dedicarse a trabajar para devolver el préstamo y otra u otras a los cultivos propios, pero en las unidades monoparentales la necesidad de retornar el dinero prestado acabó afectando negativamente a sus plantaciones.

En Tanzania no estudiamos específicamente el papel de las 'abuelas', pero algunos casos son reveladores, por ejemplo una mujer que vivía con dos hijos menores de diez años, su hija adolescente y el bebé de su hija, y las varias 'abuelas' de nuestra muestra que además estaban cuidando a sus propios padres, ancianos dependientes. Estas mujeres, como Marie, no solo tenían que luchar por la supervivencia de sus unidades domésticas y activar estrategias de peligrosas consecuencias ante las crisis; tenían que hacerlo a menudo solas y en condiciones muy difíciles.

Facilitarles el acceso a los recursos médicos no es la 'solución de oro' para sus problemas, pero presumiblemente mejoraría mucho las cosas, tanto a ellas como a sus familias. Y sin embargo, son las grandes olvidadas de los proyectos de salud.

CONCLUSIONES

El argumento básico de este artículo es que las 'abuelas africanas' juegan un papel económico que no debe desdeñarse, no solo para la subsistencia de sus unidades domésticas como 'cuidadoras', 'amas de casa' y, cada vez más, como proveedoras de bienes y alimentos para la familia, sino también para la economía del país. En primer lugar porque con su creciente presencia en la economía de mercado contribuyen en términos de 'productividad' clásica; y en segundo lugar porque con su trabajo en los campos se alimentan hijos, hijas y maridos empleados con salarios bajos en la industria, etc.

Sin embargo, el desempeño de sus roles se ve dificultado por unas condiciones de existencia que las empujan, a ellas y a sus unidades domésticas, hacia espirales de vulnerabilidad. Entre los factores que contribuyen a agravar la situación de las 'abuelas africanas' está la enfermedad y sus consecuencias, no solo biológicas sino sociales. Por estas ra-

zones deberían implementarse proyectos de salud específicos para ellas, como sector a tener en cuenta si el objetivo es romper el círculo enfermedad-pobreza, y no simplemente 'ayudar a los débiles'.

El esfuerzo que cuesta defender este argumento muestra claramente la fuerza de unas imágenes alienantes, que las representa como aferradas a la tradición, reticentes a los cambios y ajenas del ámbito de la productividad. Pero el hecho mismo de que puedan activar múltiples estrategias de subsistencia, en condiciones a menudo difíciles y marcadas por el acceso desigual a los recursos, pone de manifiesto su capacidad de adaptación a nuevos contextos socio-políticos y económicos. En cuanto que las 'abuelas africanas' viven una realidad compleja, complicada además por una ideología que las invisibiliza, es necesario mostrar sólidamente su papel económico y social. Para ello hacen falta investigaciones que cubran este vacío, y voluntad política para implementar programas que las incluyan.

REFERENCIAS

Amin, S. (1974) *El desarrollo desigual*. Planeta-Agostini ed.

Bayart, J. F. (1999) *El estado en África. La política del vientre*. Barcelona : Bellaterra eds.

Blaikie (1995) Changing environments or changing views? A political ecology for developing countries. *Geography* 80(3): 203-214.

Chambers, R. (1989) Introduction, in *Vulnerability: How the Poor Cope* (Chambers, R. ed.). *IDS Bulletin*, 20(2).

Chambers, R. (1995) *Poverty and livelihoods: Whose reality counts?* Brighton: Institute of Development Studies, University of Sussex, Discussion paper 347.

Drèze, J.; Sen, A.K. & Hussain, A. (1995) *The Political Economy of Hunger: Selected essays*. Oxford: Clarendon Press.

Farmer, P. (2003) *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*. University of California Press.

Foucault, M. (1981) *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Madrid: Alianza ed.

Friedman, J., Abers, R., Autler, L. (eds.) (1996) *Emergences. Women's struggles for livelihood in Latin America*. University of California Press.

Geschiere, P. (1997) *The modernity of witchcraft. Politics and the occult in postcolonial Africa*. University Press of Virginia.

Gunder Frank, A. (1971) *Sociología*

del subdesarrollo y subdesarrollo de la sociología. El desarrollo del subdesarrollo. Cuadernos Anagrama ed.

Hausmann-Muela, S. (2000) *Community understandig of malaria, and treatment-seeking behaviour, in a holoendemic area of southeastern Tanzania.* PhD Swiss Tropical Institute, University of Basel, Switzerland.

Horton, R. (1982) "Tradition and modernity revisited". En Hollis, Martin, Lukes, Steven (eds) *Rationality and relativism.* Blackwell ed.

Hotez, P.J. (2008) Stigma: The Stealth Weapon of the NTD. *PLoS Negl Trop Dis* 2(4): e230. Doi :10.1371/journal.pntd.0000230.

Keessing, R. M. (1981) *Cultural Anthropology. A contemporary perspective.* Harcourt Brace Jovanovich College Pbs.

McIntyre, D.; Thiede, M. ; Dahlgren, G. & Witehead, M. (2006) What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in a low- and middle- income country contexts? *Social Science & Medicine*, 62(4): 858-865.

Mead, M. (1955) *Cultural patterns and technical change.* New York: United Nations.

Meillassoux, C. (1977) *Mujeres, graneros y capitales.* Siglo XIX ed.

Merhav, M. (1972) *Dependencia tecnológica,*

crecimiento y desarrollo. Periferia ed.

Muela, J. (2007) *Malaria en Lipangalala. Pluralismo médico y procesos asistenciales en una comunidad africana*. Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona.

Muela Ribera, J. y Hausmann-Muela, S. (2008) El paludismo y otras penurias: Salud y desigualdades de género en Tanzania. *Quaderns de l'ICA* **22**, Serie Monogràfics.

Nikitin, P.I. (1988) *Manual de economía política*. Alba ed.

Perkins, E. (2002) Feminist understanding of productivity. En Eichler, M.; Larkin, J. & Neysmith, S. (eds.) *Feminist utopias: Re-visioning our futures*. Toronto: Innana Pbs.

Rostow, W.W. (1960) *The stages of economic growth: A non-communist manifesto*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sachs, J. (2005) *The end of poverty. How we can make it happen in our lifetime*. Penguin Books.

Sachs, J. & Malaney, P. (2002) The economic and social burden of malaria. *Nature*, 415. www.nature.com.

Smith, J., Wallerstein, I. Y Evers, H-D. (1984) *Households and the world-economy*. Sage Pb.

Watts, M.J. & Bohle, H.G. (1993) The space of vulnerability: The casual structure of hunger and famine. *Progress in Human Geography*, 17(1):43-67.

Wolf, E.R. (2001) *Pathways of power. Building an anthropology of the modern world*. Berkeley: University of California Press.

World Health Organization (WHO) (1978) *The promotion and development of traditional medicine*. Geneva: WHO.

¹ Otros autores sugieren que la cuestión no es tanto desenmascarar el discurso ideológico mostrando la 'verdad', sino ver cómo se producen histórica, social y políticamente los 'efectos de verdad', y a quiénes benefician. La oposición verdad/falsedad como definitoria de ideología ha sido cuestionada especialmente por Foucault: "... se quiera o no (la noción de ideología) siempre está en oposición virtual con algo que sería la verdad. Y creo que el problema no está en dividir entre lo que en un discurso responde a la cientificidad y a la verdad, y lo que responde a otra cosa, sino en ver históricamente cómo se producen efectos de verdad en el interior de discursos que no son en sí mismos ni verdaderos ni falsos" (Foucault, 1981:147). E. Wolf (2001:379-380) plantea un argumento similar al de Foucault, añadiendo que los 'efectos de verdad' se consiguen vía repetición imperativa de mensajes en los múltiples ámbitos de la vida y en diferentes niveles de complejidad sociocultural.

² Las críticas a este modelo son de sobras conocidas: A diferencia de Rostow, que veía en las transformaciones introducidas por el colonialismo y la 'ayuda al desarrollo' el inicio de una salida del 'subdesarrollo', una serie de autores contemporáneos suyos

(Amin, 1974; Merhav, 1972; Gunder Frank, 1971) sostenían que el artífice del 'subdesarrollo' fue precisamente el colonialismo, y la 'ayuda' uno de los mecanismos que contribuyen a perpetuar su reproducción, a la vez que genera nuevas dependencias tecnológicas, económicas y políticas.

³ Para una reflexión sobre este tema ver Horton (1982). Para la cuestión de la 'modernidad de la tradición', ver por ejemplo Bayart (1999) y Geschiere (1997).

⁴ Ver OMS (1978).

⁵ Salvo especificidades del trabajo doméstico, las actividades de las 'abuelas' en las comunidades africanas no son muy distintas del de mujeres de otras franjas de edad pero similar estatus socio-económico o clase social.

⁶ Por ejemplo, en Tanzania la ideología que asocia a las mujeres con la 'agricultura de subsistencia' y el 'trabajo doméstico' y a los hombres con el ideal de los 'negocios' u otras actividades consideradas 'productivas' justifica tanto el acceso desigual a la tierra (la herencia beneficia siempre a los varones) como a los pequeños negocios y al trabajo asalariado (Muela, 2007; Muela y Hausmann, 2008).

⁷ Debo este análisis a Koen Peeters, compañero de PASS-International.

⁸ El marco teórico de la vulnerabilidad social se ha desarrollado específicamente en el ámbito de la socioeconomía de la alimentación y las hambrunas, en la mitad de los años ochenta. De alguna manera, este enfoque tiene su referencia obligada en la obra editada en 1995 – las primeras versiones de los artículos son de 1986 – por Drèze, Sen y Hussain "*The Political Economy of Hunger*", y en las aportaciones de Chambers, particularmente en "*Vulnerability: How the Poor Cope*" (1989), una muy influyente colección de artículos de la que es editor, y "*Poverty and Livelihoods: Whose Reality Counts?*" (1995). Una perspectiva más estructural de la vulnerabilidad la aportan los geógrafos sociales alemanes Watts y Bohle (1993).

Recibido em agosto de 2008

Aprovado em dezembro de 2008

DOENÇAS OCUPACIONAIS E VELHICE: IMPACTOS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA

Sayonara R. Calazans de Carvalho¹
Eurisa Maria de Santana²

Resumo. Este estudo tem como foco central implicações do trabalho sobre o corpo, favoráveis as doenças ocupacionais, comprometedoras da saúde do trabalhador e que tendem a antecipar o processo de envelhecimento. Orientado por uma abordagem biopsicossocial, a investigação buscou identificar indicadores de envelhecimento funcional no processo da DORT. Sob essa concepção, realizou-se pesquisa qualitativa, utilizando a técnica de entrevista semi-estruturada, sistematizada através de relatos da vida de pacientes previamente diagnosticados com DORT e também, de observação participante. Assim, foram observadas as condições de trabalho de oito sujeitos da pesquisa, escolhidos conforme a função laboral anteriormente exercida, causadora direta da DORT. Os resultados do estudo apontam a doença ocupacional como facilitadora do envelhecimento funcional. Nesse sentido, este trabalho pode subsidiar a atenção sobre a importância e necessidade de reestruturação do trabalho, ou de sua reorganização, levando em consideração a existência da pessoa, ser humano não fragmentado, inte-

1 Fisioterapeuta, Especialista em Gerontologia Social. Diretora da Clínica de Fisioterapia Equilíbrio. Itabuna, Bahia

2 Psicóloga, Professora Assistente, Coordenadora da área de Recursos Humanos da UESC,

rior. Vale ressaltar que a própria sociedade representada cujo corpo, ao submeter-se cotidianamente ao gravo da saúde no trabalho, compromete o trabalho o processo normal de envelhecimento do indivíduo. Aponta para a possibilidades de ampliação de estudos, em fisioterapia, do envelhecimento observando a saúde do trabalhador, proporcionando, preventivamente, um trabalho saudável, de um envelhecimento saudável, uma sociedade saudável.

Palavras Chaves: envelhecimento, doença ocupacional, saúde do trabalhador, DORT.

Abstract. This study it has as central focus implications of the work on the body, favorable the occupational, comprometedoras illnesses of the health of the worker and that they tend to anticipate the aging process. Guided for a biopsicossocial boarding, the inquiry searched to identify pointers of functional aging in the process of the DORT. Under this conception, qualitative research was become fulfilled, using the technique of half-structuralized, systemize interview through stories of the life of patients previously diagnosed with DORT and also, of participant comment. Thus, the conditions of work of eight citizens of the research had been observed, chosen as the labor function previously exerted, causing direct of the DORT. The results of the study point the occupational illness as facilitator of the functional aging. In this direction, this work can subsidize the attention on the importance and necessity of reorganization of the work, or its reorganization, leading in consideration the existence of the person, not broken up, interior human being. Valley to stand out that the proper represented society whose body, when submitting itself daily I record to it of the health in the work, compromises the work the normal process of

aging of the individual. It points with respect to the possibilities of magnifying of studies, in physiotherapy, of the aging observing the health of the worker, providing, preventively, a healthful work, of a healthful aging, a healthful society.

Keywords: aging, occupational illness, health of the worker, DORT

INTRODUÇÃO

O trabalho é uma marca na existência do homem, pois a maior parte do seu tempo é despendido em alguma atividade produtiva. Também é ele que o insere no sistema de relações sociais e psicológicas e faz do corpo seu instrumento, penetrando na vida psicológica e emocional.

É comum encontrar na literatura argumentos sobre a dissociação entre o próprio corpo humano e a mente, por força da fragmentação do homem na lida diária, robotizado que fica pela máquina. No final do século XIX, a Revolução Industrial se insere nesse contexto transformando o artesão em operário, passando de uma atividade criativa, livre, para uma repetitiva. O homem passa a ser uma mercadoria, em que o corpo representa a força do trabalho, o produto vendido (COSTA, 2001). No século XX, o ano de 1968 é marcado por greves, insatisfação dos empregados, luta por melhores condições de trabalho; o slogan “mudar

a vida” é propagado, refletindo a necessidade de reestruturá-la. A mecanização e burocratização promovem a desumanização da labuta. (DEJOURS, 1987). O trabalho repetitivo mecaniza os movimentos de tal forma que mesmo distante, nos períodos de lazer, o indivíduo mantém o hábito adquirido e às vezes se percebe “teclando” ou “parafusando” uma peça, tal a integração máquina-homem. Esse sistema favorece o individualismo, na monotonia da tarefa e na ausência pelo som do funcionamento da máquina. Porém, há uma vivência coletiva comum: o corpo adoecido, os sintomas de uma atividade rígida e fragmentada. A presença de doenças ocupacionais, psicossomáticas ou não, é um indicador de saúde também da empresa, não apenas em termos higiênico-sanitários, mas também de saúde social, o que pode comprometer o indivíduo biologicamente (MELLO FILHO, 1992). As doenças psicossomáticas representam um mecanismo defensivo, em que o indivíduo transforma um problema psicológico em problema fisiológico.

A falta de sintonia entre a ergonomia e as necessidades individuais, quando não atendidas, em que as vinculações pessoa-empresa modificam-se e criam-se processos patogênicos, é denominada por Melo Filho (1992) como patologia de conflito, derivando consequências psicossomáticas³, como dores de

3 As doenças psicossomáticas representam um mecanismo de-

cabeça, dores nas costas e depressão dúbria, como sintomas mais comuns.

Quando as necessidades dos trabalhadores não estão sendo satisfeitas, eles buscam formas de ajustar-se. Mudanças que alteram o perfil do trabalhador ao alcançar, como resultado da emancipação operacional e globalização tecnológica, a redução de vagas, substituídos por máquinas; a migração do trabalhador da zona rural para a urbana; o ingresso da mulher e a inserção precoce do público jovem no mercado de trabalho; são resultados ainda carentes de um novo repensar quanto à quantidade e à qualidade desse trabalho.

As doenças ocupacionais são as respostas mais comumente encontradas pelo corpo como protesto ao mal uso feito dele. Segundo Codó & Almeida (1995), a DORT refere-se à:

afecção que podem acometer tendões, sinovias, músculos, nervos, fâscias, ligamentos, isolada ou associadamente, com ou sem degeneração de tecido, atingindo principalmente, porém não somente os membros superiores, região escapular e pescoço, de origem ocupacional, decorrente, de forma combinada ou não, de uso repetitivo de grupos musculares; manutenção de postura inadequada (idem, p.9).

fensivo, em que o indivíduo transforma um problema psicológico num problema fisiológico (ARGIRYS, 1975)

Trata-se de doença que surge com o exercício profissional e evolui com as condições de trabalho. Contribuindo com essa etiologia, vale ressaltar a produtividade, horas extras trabalhadas, mau relacionamento com as chefias, pausas inadequadas. Tais práticas causam tensão e contração muscular, proporcionando a fadiga, a dor e a lesão. (OLIVEIRA ET al, 1998)

2. O ENVELHECIMENTO E A DORT

O processo normal do envelhecimento se caracteriza pela diminuição da capacidade funcional dos diversos órgãos e tecidos, podendo acarretar um agravamento de doenças, na sua maioria, crônico-degenerativas. Vale ressaltar que o envelhecimento é um processo universal e natural que pode ser acelerado em decorrência de diversos fatores: genéticos, hábitos, estilos de vida influenciados pelo meio ou fatores sócio-econômicos e culturais, doenças e acidentes que colocam o indivíduo numa curva de declínio funcional, acelerando ou “antecipando” o envelhecimento. Vários pesquisadores já estimam que o número de pessoas dependentes das Atividades da Vida Diária (AVD’s) tem dobrado, salientando a importância de reduzir esse quadro com prevenção, promoção e proteção de saúde. Tomando como exemplo as doen-

ças ocupacionais, é possível referenciar histórias de pessoas com dificuldade de vestir uma roupa, pentear, lavar ou secar os cabelos, tendo a dor como uma companheira desagradável, porém inseparável.

Com o avanço da idade, naturalmente passa a existir uma perda da capacidade funcional, que pode comprometer a qualidade de vida, gerando limitações em efeito cascata. A reabilitação do idoso sempre deve ser feita com o objetivo de preservar, manter, restaurar ou desenvolver as funções, seja por qualquer distúrbio, intervindo o mais precocemente possível (PAPALÉO NETTO, 1996).

Estudos mais atuais demonstram que entre as doenças que afetam idosos estão o Alzheimer e o Mal de Parkinson. As pesquisas revelam, ainda, que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma enfermidade crônica, e aproximadamente 15% pelo menos cinco. Dentre as doenças que mais levam à morte nessa faixa etária estão as cardiovasculares (36,8%), o câncer (14%) e as doenças respiratórias (12,2%). O grupo das doenças incapacitantes está definido no equivalente a 38% do total das enfermidades que acometem os idosos. Dessas, as mais comuns são incontinência urinária, distúrbios de postura e enfermidades que levam à imobilidade (IBGE, 2003).

Condições mecanizadas e escravistas são as principais propulsoras do envelhecimento funcional precoce, concepção mais recen-

te da velhice, em que independente da idade cronológica do indivíduo, ele passa a apresentar limitações de movimento e execução de tarefas em seus membros de locomoção, acrescidas de dor. Tais referências têm respaldo em experiências que comprovam que, no caso da DORT, as alterações anatômicas e fisiológicas ligadas à velhice iniciam-se anteriormente aos aspectos exteriores, manifestando-se a velhice progressivamente a partir de quarenta anos até a interrupção da vida.

Fazendo um paralelo entre envelhecimento, como processo natural da vida, e o “envelhecimento” com DORT, é preciso focalizar que o sistema muscular, osso e articulação são de grande importância num diagnóstico à velhice, visto serem esses os de maior comprometimento; com o avanço da idade, o tecido muscular atrofia, tornando-se menos elástico, altera o tônus, a força e os movimentos ficam mais lentos.

Os ossos tornam-se mais porosos e frágeis devido à perda de cálcio, mais comum em mulheres na fase da menopausa devido a fatores hormonais. As articulações sofrem uma degeneração, com desgastes do líquido sinovial, desgaste das cartilagens e calcificação dos ligamentos, favorecendo as doenças crônicas ligadas ao aparelho locomotor, mais frequente também nas mulheres.

Ocorre uma redução na altura da pessoa devido ao estreitamento das vértebras, poro-

tidade óssea, atrofia muscular comprometendo a postura e os movimentos. Na DORT, há um comprometimento considerável das estruturas ligadas ao aparelho ósteo-muscular-ligamentar com enfraquecimento, degeneração, retração muscular, limitação do movimento e dor, sintomas também identificados em processos de envelhecimento cronologicamente definidos.

Assim como o trabalho faz parte da vida, e dele depende o trabalhador, importa cuidar da saúde, cuidar do corpo, da mente, do espiritual, do social, sempre lembrando que o homem é um todo, e não partes isoladas.

O envelhecimento orgânico, em que o organismo vai aos poucos perdendo a vicissitude, a rigidez, a perfeição do seu funcionamento, diferencia-se de uma pessoa para outra. É a ciência da Gerontologia que ao estudar as “mudanças que acompanham o processo de envelhecimento do ponto de vista físico, psicológico e sociológico, preocupando-se também com a adaptação do indivíduo às várias transformações que vão ocorrendo com a idade” (ZIMMERMAM, 2000, p.16), se torna responsável por desvendar, explicar e buscar soluções de adaptações às mudanças decorrentes do acúmulo de idade.

3. O IMPACTO DA DORT SOBRE PESSOAS IDOSAS

O indivíduo em estado de tensão produz contração muscular que encurta o músculo, conduz à ruptura das fibras musculares e aumenta as pressões intramusculares, afetando mecanicamente o fluxo de sangue, causando alterações elequímicas e metabólicas. Sendo acometido diariamente, o músculo não tem tempo de se recuperar e se atrofia, prejudicando as fibras colágenas que não se alongam, tornando a superfície dos tendões áspera, podendo romper as fibras elásticas, causando necrose e inflamação, impedindo ou modificando os movimentos (OLIVEIRA ET al, 1998).

A dor passa a ser um sistema constante, chegando a prejudicar o sono, manifestando-se com formigamento nas extremidades, peso e perda da força. Vale ressaltar que nos indivíduos com DORT há uma predominância de dores nas costas, ocasionadas pelos fatores ergonômicos e biomecânicos, e pela depressão, decorrentes de aspectos psicossociais geradores de estresse.

Os relatos trazidos a seguir foram colhidos através das entrevistas abertas que foram realizadas, acrescidas da observação participante, nas quais os entrevistados relatam sua experiência e vivência no ambiente de trabalho e com a DORT, de forma a caracterizar o trabalho e a doença como experiências autobiográficas vivenciadas pelos oito sujeitos da pesquisa.

Paciente1 – 43 anos, casado, 03 filhos. *Até então, não me dava conta de que esta dor que nascera com um simples desconforto, iria influenciar e mudar significativamente minha vida para sempre, pois as sessões de RPG, Acupuntura, Quiropraxia, alongamento entre outras técnicas, assim como as dores, dormência, e as limitações passariam a fazer parte da minha vida.*

A historia do paciente 1 ressalta a caracterização proeminente da vítima da DORT: a dor. Em sua fala observa-se a luta para livrar-se do incômodo que a dor vivenciada lhe causa e da angustia da não cura. O desencanto por futuras melhoras está retratado nas decepções que afirma estar experimentando com a indeterminação do tempo de tratamento e a impotência por aceitar que o tratamento fará sempre parte de sua vida. O paciente concebe a doença como difícil de curar, de amenizar as dores, mesmo que reduzida a intensidade dos sintomas, entende parecer algo que fica impregnado na mente e no corpo, causando limitação para o resto da vida.

Nessa configuração conceitual é possível corroborar com a dor referida pelo Paciente 1, que na sua simbologia aborda a dor como um sinal registrado pelo ego de ameaça à sua integridade funcional e, aqui, poder-se-ia acrescentar, de sua integridade também moral.

O paciente 1 segue em seu relato, discor-

rendo sobre aspectos do período do seu afastamento do trabalho, da quebra das relações interpessoais, do esfriamento do clima organizacional. Passa a refletir então sobre o trabalho em sua vida e na de seu grupo, no momento de desligamento. Assim diz: *Mas, em julho de 1998 o sistema Telebrás foi privatizado e a Telebahia transformou-se em uma empresa fria e despreocupada tanto com os problemas dos empregados, quanto dos seus clientes. Sucedeu-se então uma grande transformação da empresa, com mudanças de conceitos, muitas cobranças e pouca valorização dos recursos humanos, conseqüentemente, grande pressão psicológica. E a tudo isso se somou o grande número de demissões, que de aproximadamente 500 empregados da região, em 2001 restavam cerca de 60 empregados. Pessoas que dedicaram suas vidas ao desenvolvimento de uma grande empresa estavam se vendo exploradas, desvalorizadas e descartadas.*

Nessa etapa, o sujeito 1 investigado, memoriza sobre como as mudanças no trabalho interferiram no trajeto normal e na sua qualidade relacional e de produção, deixando a atividade de ser prazerosa. Quando afirma que a transformação da empresa decretou uma grande pressão psicológica, é possível entender o que Spink (1995) aborda, citando Gustavsen, que considera positiva a relação de controle do trabalhador sobre o trabalho, contribuindo para a redução de insatisfação,

doenças mentais entre outras, capacitando-o até para enfrentar os fatores estressantes do ambiente de trabalho.

Sendo assim, o sofrimento do trabalho é vivenciado quando trabalhar requer suportar, tolerar uma situação incômoda, ultrapassar os limites pessoais, romper a familiaridade (o trabalho anterior), o poder (controle que se tinha do trabalho) e o limite subjetivo (expressão do trabalho maior que o suportável) como pode se verificar na mudança da empresa em que trabalhava o paciente 1, sentimento esse percebido nos funcionários.

Observa-se ainda, no relato do Paciente 1, que a privatização da empresa gera uma relação de frieza, falta de reconhecimento, cobranças, “perdendo” assim a satisfação em trabalhar, “apropriando-se” da doença.

As conseqüências daí decorrentes construíram como que um acelerador de mal-estar, revolta e desmotivação total, um caminho de insucesso, aparentemente sem volta, ou pelo menos sem poder de participação coletiva. A respeito, numa ratificação do processo desenvolvido na organização e vivenciado pelo paciente 1, Dejours (1994) afirma em sua abordagem que :

Quando o rearranjo da organização do trabalho não é mais possível, quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, o sofrimento começa: a

energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão. (idem, p.29)

É o que o autor (idem) chama de síndrome confusional e que se configura numa das principais descargas emocionais para o desenvolvimento da depressão. Bosi (1994) discute tais referências ao dizer que o corpo fica menos vulnerável às tensões e aos embates motivacionais do clima organizacional quando se tem prazer pelo que se faz e quando esse fazer denota recompensas, sobretudo em valor qualitativo.

Paciente 2 – Bancária, divorciada, um filho, 47 anos. *Comecei a trabalhar aos 14 anos de idade, de datilógrafa, e preenchia fichas. Ganhava por quantidade de ficha preenchida e também levava ficha para casa para datilografar e assim adiantar o serviço. Trabalhei no banco com aplicação financeira, felizmente não tive perdas, sempre fui muito preocupada e organizada, alguns colegas tiveram prejuízo. Com muita frequência sentia uma rigidez no pescoço que acreditava ser torcicolo, tratava com o uso de emplasto e de relaxante muscular e após dois, três dias sentia melhora, mas não chegava a sentir necessidade de me afastar do trabalho que neste período era bastante prazeroso, porém com um grande acúmulo de tarefas. A pequena quantidade de funcionários fazia com que acumulássemos varias ativida-*

des e responsabilidades. Assim, por vários meses continuava nessa maratona e muitas vezes chegava a tomar de 3 a 4 analgésicos e relaxantes musculares por dia, pois depois comecei a sentir também muita enxaqueca; mas mesmo às vezes tendo necessidade de pedir licença ao cliente para ir ao banheiro fazer vômito, me recompor e voltar para atender, no final do dia, mesmo tendo trabalhado 10, 11, 12 horas, me sentia feliz. O exame constatou “redução na intensidade do sinal do disco intervertebral de C5 – C6, processo degenerativo na coluna cervical”. A partir daí passei a fazer RPG, fisioterapia, acupuntura e conseguia uma melhora por determinados períodos.

A carreira de digitadora precoce, como datilógrafa já aos 14 anos de idade merece destaque. Já nessa época, a paciente realizava serviço repetitivo e ganhava por produtividade. O corpo alerta as pessoas através da dor, acerca do comprometimento à saúde, porém a necessidade de manter e mostrar-se ativo, produtivo, supera os limites do corpo.

Ao relatar tomar até quatro remédios diariamente e não ter alívio da dor, esta paciente evidencia empiricamente o processo crônico, sem retorno, do agravamento à saúde em argumentos defendidos por Beauvoir (1990).

Esse comportamento confirma o que referencia Oliveira (2003, p.33), quanto à concepção do valor moral que o trabalho exerce

sobre o homem, ao afirmar que “ o ser humano será culto se trabalhar, e é a partir do trabalho que se formará cultura. É o processo e não aquisição do objeto final que interessa”.

Assim, o trabalho é sempre referido como algo que dignifica o homem, ingressa-o na sociedade, proporciona uma identidade, uma representatividade. Geralmente quando alguém se identifica diz o nome, o que faz, onde trabalha. Às vezes até uma pergunta sobre quem é você? A resposta refere-se ao que a pessoa faz enquanto profissional. A exemplo, o paciente 2, diz “bancaria, divorciada, um filho (...)”. Fica expressa a importância e a influência que o trabalho teve sobre o desenvolver de sua vida social, até mais que os aspectos econômicos. Nota-se, também, uma consciência desse paciente quanto aos efeitos maléficos que a intensidade do trabalho exerceu sobre a saúde.

É nesse aspecto que as afirmações dos entrevistados se referem aos resultados decorridos de um sistema produtivo e relacional homem-empresa focado em demasia na realização de atividades, e não na valorização do indivíduo, muitas vezes expressas na falta de respeito ao limite que este pode dispensar ao labor. Portanto, para que o ambiente de trabalho se torne mais prazeroso e em condições favoráveis à saúde do trabalhador, é necessário uma organização estrutural dos processos de produção, dos móveis e equipamentos, sobretudo do clima organizacional,

que deve ser caracterizado pelo respeito e fatores favoráveis à motivação.

Paciente 3 – casada, 01 filho, 49 anos. *Iniciei como auxiliar de serviços postais, chamado de serviços pesados. Pegava muito peso. Fiquei encabulada com o ambiente de trabalho, parecia um armazém de cacau, empoeirado e com móveis quebrados. A agência central era um pouco melhor. Trabalhava em cadeiras pesadas, altas, subia para pegar ou colocar cargas nas prateleiras, havia muita bagunça e nenhuma estrutura. Carregava até 30 kg de carga na mão pegando pacotes e entregando aos clientes. Só havia eu e o colega. Nesse período começaram as dores e hoje estou assim, cheia de dores, fazendo tratamento, sem condição de escrever, até para segurar uma sombrinha é difícil.*

A história do paciente 3 retrata o que Dejours (1987, p.4) realça, quando afirma que a “falta de higiene, esgotamento físico, acidentes de trabalhos potencializam seus respectivos efeitos e criam condições de uma alta morbidade, mortalidade e uma longevidade formidavelmente reduzida”.

Vale ressaltar, mais uma vez, a importância da organização do trabalho, o mobiliário inadequado, flexibilidade e o respeito ao limite do corpo, o excesso de peso, que segundo Pereira (2000, p. 31) sobrecarrega os discos intervertebrais favorecendo as radiculopatias

e hérnias de disco. Ao que informa o autor que “a técnica correta”: pegar peso agachado e levantar fazendo uso das pernas, dessa forma protegendo a coluna vertebral, por levar a um cansaço maior que a técnica “errada”: pegar a carga com o tronco curvado, além da acarretar problemas importantes para o joelho do trabalhador, freqüentemente é mais usada pelos pacientes que apresentam patologias decorrentes do trabalho. Atualmente, não se fala mais de técnica certa ou errada e sim de limites humanos e de cuidados fundamentais no levantamento de cargas.

Na velhice propriamente dita, as doenças degenerativas ocupam o segundo lugar. E nas pessoas acometidas com DORT/LER, essas doenças se instalam precocemente seja por excesso de carga, a falta de limites e/ou mobiliário inadequado.

Paciente 4 – 48 anos, casado e 02 filhos, bancário, aposentado por DORT há 03 anos. *Em uma das agências que trabalhei, trabalhava em torno de dez horas por dia, somava milhares de cheques, uma atividade bem repetitiva, monótona, não gostei da experiência. Entre 87 e 96 trabalhei com processamento de dados, serviço rotineiro, repetitivo e a depender dos formulários pegava de 5 a 20 kg. Sinto dores constantes nos braços, coluna e pernas. Faço fisioterapia, RPG, acupuntura, uso analgésicos, antiinflamatórios, etc. Acredito*

que tudo isso soa como medidas paliativas, pois as enfermidades são degenerativas e pre-ocupo-me com o futuro, de como estarei a alguns anos? O que a ciência está fazendo nessa área, inclusive para melhorar minha qualidade de vida? O que está sendo feito para melhorar os portadores dessas doenças? As leis trabalhistas são capazes de infringir às empresas regras de conduta que visem preservar e prevenir o desencadeamento da DORT/LER?

No depoimento do paciente 4, fica evidente a afirmação de Bosi (1994), de que o trabalho operário é uma repetição de gestos que não permite o aperfeiçoamento a não ser na rapidez e a representatividade, principalmente em horas extras, que deveriam ser estudadas seriamente como causas da morte precoce dos trabalhadores. O sujeito 4 evidencia também sua atenção (tensão) com a situação em que se encontra e questiona ações por parte do governo, das empresas e do próprio trabalhador para com a qualidade da vida ativa que vai sendo desenvolvida nos processos e tempo de produção. A indignação é ainda maior quando o paciente refere-se à doença DORT.

Fato diferenciado nesse relato é a presença de uma reflexão, quando da entrevista, sobre o processo de envelhecimento precoce e futuro. A maioria dos entrevistados nada falou ou escreveu, como se esse processo estivesse distante ou sendo preferível não pensar; uma das en-

trevistadas disse que não chegará lá e preferiu não pensar que estará dependente. Esse entrevistado foi o único, desse grupo, que se mostrou inquieto com essa questão.

A condição mecanizada de vida expressa pelo paciente 4 : “serviço rotineiro, repetitivo, dores, enfermidade degenerativa, preocupação com o envelhecimento”, pode ser refletida na afirmação de Oliveira (2003, p.45) quando diz:

Talvez se possa dizer, então, que mesmo a denominada maturidades biológica não se realiza sem a presença da sociedade no interior de seu desdobrar-se. Equivale a dizer que não há espaço para o desenvolvimento mecânico, “natural”, progressivo-linear de uma maturidade feita em banho-maria, no fogo brando.

O tratamento crônico é contínuo, multidisciplinar, focando sempre o ganho da mobilidade. Nosso corpo é movimento e necessidade desse para realizar bem as suas funções naturais, lubrificar as articulações, alongar os músculos evitando as retrações e tendinites. É necessária essa consciência tanto no plano pessoal, quanto na organização. Assim como o hábito de escovar os dentes, é preciso despertar a consciência corporal que ainda não temos e enquanto assim continuar, as doenças ocupacionais ocorrerão. Portanto, não é apenas o ambiente de trabalho que deve ser alterado, mas nossos hábitos, o comprometi-

mento com a saúde, os processos educacionais, compreendendo a educação como função humana, processo psicossocial.

Paciente 5 – 44 anos, casada, 03 filhos, bancária. *Desempenhei as funções de Escri-turaria, Caixa Executivo, Secretária e nova-mente Escrituraria, 25 anos de trabalho, dos quais 24 deles em uma única empresa com uma carga de trabalho exaustiva, muitos pa-péis para preencher, digitação, mobiliário ina-dequado posição errada, envergada, proje-tando a cabeça para baixo, forçando toda a coluna por um tempo prolongado.*

O relato da paciente 5 é marcado pela preferência das dores da DORT, demonstrando conhecer as causas práticas responsáveis pelo seu estado funcional da atualidade. E nesse sentido, não se pode esquecer de citar a norma regulamentadora NR-17, instrumento poderoso na prevenção á DORT, criada pelo Ministério do Trabalho para prevenção às causas, que ressalta: mobiliário, equipamento, organização e ritmo de trabalho, levando em consideração os fatores determinantes: postura, movimento e força, conteúdo do trabalho e fatores psicológicos, características individuais.

Mas chegou a minha vez fiquei calada, suportando a dor e desconforto com medo de sair de licença. Quando tive uma filha não agüen-

tava segurar para amamentar, fazia isso sempre deitada. Referindo-me à fibromialgia, tendinite, a dor se manifesta sempre em muitos pontos do meu corpo, abalando assim o meu emocional de tal forma que estou sempre sendo acometida de depressão fazendo-me isolar, me sentindo inferior, diferente, inútil.

Considerando que essa representação pode ser reproduzida de tal forma que a identidade passa a ser entendida como o próprio processo de identificação (CIAMPA, 1998), aqui se observa a predominância da DORT no ambiente de trabalho. A influência do meio na identidade abordada e a vivência cotidiana que é tomada como realidade certa pelos membros da sociedade e categorias de que fazem parte; condutas subjetivas dotadas de sentido em suas vidas, marcadas pelo pensamento e ação e “qualquer ação repetida torna-se moldada em um padrão, que pode em seguida ser reproduzido” (BERGER e LUCKMANN, 2002, p.77). Ao vivenciar no meio a competitividade e a repetição, a doença facilmente se vincula a essa situação e presença dessa questão nos ambientes de trabalho onde acomete um ou mais trabalhadores.

As características encontradas no relato da paciente 4, em que expressa o desabafo de um trabalho repetitivo e monótono e, no da paciente 5, ao informar: “carga exaustiva, papéis a preencher e digitação”, corroboram empiricamente com o exposto no item 2.

Paciente 6 – Casada, 02 filhos, bancária, 44 anos. *Comecei a trabalhar aos 19 anos. As perícias médicas são um tormento, porque os médicos desconfiam dos relatórios médicos, do exame e dos pacientes. Nunca tive intenção de me aposentar, pois gosto do meu ambiente de trabalho, dos meus colegas e principalmente de trabalhar, de ocupar o tempo com algo útil. Infelizmente hoje estou tomando consciência de que tenho que me afastar definitivamente do trabalho; não queria aceitar esse fato, porque é doloroso saber que você está incapacitada, que não pode fazer o que quer. Não sei o que eu poderia fazer daqui para diante e isso me dá uma sensação de vazio.*

Nesse relato evidencia-se a necessidade da perícia, da percepção de descaso do sujeito, revelam um olhar sectarizado da saúde. O doente visto como uma parte do corpo que se apresenta, o corpo visto como instrumento de trabalho, e o envelhecimento pelos cabelos brancos e rugas. A doença sintomática pode ser desacreditada, pois pode ser camuflada e foge da medicina tradicional, desconhece o que está por trás da dor: fatores psicológicos, espirituais e afetivos.

Paciente 7 – 63 anos, casada, 04 filhos. *Vim de uma família pobre de 17 irmãos, sendo que os primeiros sete morreram, eu fiquei sendo a segunda de oito irmãos homens, tive que aju-*

dar minha mãe a criar estes irmãos. Como? Lavando roupa, passando, pegando água em lata para encher tonel e cuidar da casa e deles. Trabalhei na CEPLAC um ano em pé na gráfica alceando papéis, depois fui trabalhar no setor de meteorologia em cotação de dados, gráficos e somas de dados; só aí foram 21 anos no mesmo serviço. Sentia muitas dores nas mãos, ombros, cotovelo, dormência e perdendo tato. Pedi a direção da CEPLAC para voltar a trabalhar em outra área, mas não tinha mais condições de trabalhar, foi o que os médicos me disseram. Aí me preparei para aposentar; daí para cá é só dores, insatisfação por não poder fazer nada. Gostava do que fazia, tinha bom relacionamento com chefes e colegas, na CEPLAC, não tenho do que me queixar, só saudade. Hoje me sinto vazia, sem poder fazer quase nada.

As dificuldades vivenciadas desde cedo com perdas, necessidade de trabalhar, a carga de peso e de trabalho, a idade precoce em ajudar, o tempo estático de postura em pé comprometendo a circulação, as cadeias musculares, os discos vertebrais favorecendo o desgaste físico, as degenerações crônicas, inflamações, o sentimento de vazio.

Esses sentimentos são parecidos com os das falas dos pacientes 7, 5 e 6. A respeito Hemingway citado por Beauvoir (1990, p. 325) diz: “ a pior morte para um indivíduo é perder o que forma o centro da vida, e que

faz dele o que realmente é”. Beauvoir (1990), afirma que quando o trabalho foi escolhido livremente e constitui uma realização de si mesmo, renunciar a ele equivale, efetivamente, a uma espécie de morte. Quando se caracterizou uma obrigação, ficar dispensado é uma libertação. O sentimento de tristeza, vazio, discernia a autora que o sentido da existência lhe fora tirado, talvez por chance ou condição de recriar a vida. Chama a atenção para o crime da sociedade, o tratamento que inflige às pessoas desde a juventude.

O trabalho manual taylorizado causa uma ociosidade melancólica, comprometendo o equilíbrio físico-emocional. Nesse sentido, Beauvoir (1990) culpa a sociedade por mutilar o indivíduo, tornando-o senil prematuramente, fisicamente doloroso, moralmente horrível porque chega à velhice de mãos vazias, explorado, alienado. Quando a força o deixa, torna-se fatalmente “refugo”, “distorção”, rouba a vida da pessoa, a dificuldade em tratar alguém que chega com o corpo destruído, fragilizado. E questiona “como deveria ser uma sociedade para que, em sua velhice, um homem permanecesse um homem?” Responde, afirmando que “seria preciso que ele fosse sempre tratado como homem”.

A respeito de um outro tópico abordado pela paciente 7, quanto ao desencanto da aposentadoria, Alves (2003, p.110), em sua obra “O retorno e o Termo” apresenta um re-

lato comparativo, ao referenciar a exclusão da vida produtiva de um bancário com a aposentadoria, que diz: *Aconselho a todos os que vão se aposentar, portanto, que se livrem das fantasias de que a aposentadoria vai ser o início do tempo da felicidade (...) é preciso não se esquecer da arte de sonhar. Quem é rico em sonhos não envelhece nunca. Pode mesmo ser que morra de repente, mas morrerá em pleno vôo. O que é muito bonito.*

Desta forma, Beauvoir (1990) afirma que é o homem inteiro que precisa ser refeito, são todas as relações entre os homens que denotam necessidade de recriar. Tal consciência deve ser, sobretudo, resgatada pelo próprio paciente, do envelhecente precoce.

Há entre os pacientes a crença de que devido à dificuldade dos medicamentos e tratamentos em resolverem as dores e as depressões, a saúde nunca será devolvida. Esse parecer queixoso da dependência ao medicamento e as fisioterapias encontra-se na fala de todos os entrevistados, denotando um sentimento de vazio, desesperança.

Segundo Capra (1982) a medicação, intervenção médica, tem como finalidade corrigir um mecanismo biológico específico, visão de partes do corpo e visão cartesiana do corpo como uma máquina. O tratamento de alívio à dor não é suficiente se não resolver também a causa. A medicina convencional frisa mais os exames que a história fami-

liar, emocional e social do paciente.

Paciente 8 – Divorciado, 03 filhos, bancário, 47 anos. *Lembro-me do primeiro dia de aula acompanhado por minha mãe que segurava minha mão, transmitindo-me para o enfrentamento dessa nova batalha. Fui obrigado a trabalhar muito cedo, 13 anos de idade, na farmácia. Aos 18 anos trabalhava no banco de “digitador” das 18h às 3h, 4h, 5h, 6h..., dependia do volume de serviço. Com aproximadamente dois anos de trabalho bancário, comecei a sentir alguns sintomas que me chamavam à atenção; um desses sintomas era comentado por nós e levávamos na brincadeira. Falávamos dos “sonhos” e as conversas que travávamos como se estivéssemos trabalhando, acordando muitas vezes nossos familiares, gritando apavorados pelo volume de cheques e duplicatas que tínhamos que digitar todas as noites. As demissões são uma rotatividade. Isso nos deixava inseguros e preocupados, pois só tínhamos a certeza de que no outro dia alguém seria demitido, causando uma tensão insuportável e a sensação de impotência diante de um sistema que nos tratava como uma coisa descartável.*

A influência das demissões sobre a saúde do trabalhador é ressaltada por Gomes (2001), quando afirma que essas causam estresse, angústia, tensão, repercutindo na

vida psíquica e social. A redução de postos de trabalho é funcional no atual sistema de produção capitalista mundialmente integrado.

Mas profundamente, Moscovici e Minayo, citados por Ciampa (1998) estabelecem um paralelo entre desemprego, demissão e DORT ligando-os a fatores individuais e sociais ditados por um sistema de representações sociais: termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo de pensamento.

Em outro sentido, Beauvoir (1990) aborda que o declínio do trabalhador será tanto mais rápido quanto mais cedo iniciar a vida laboral, sendo esse acometido com doenças e deficiências, ao passo que um velho que tenha tido a sorte de poupar sua saúde poderá conservá-la mais ou menos intacta até a morte. A velhice é retratada como a degradação física, quando o físico não mais responde; porém, essas “perdas” podem ser compensadas com montagens, por um saber prático e intelectual.

Daí o conhecimento em Gerontologia, que estuda o processo do envelhecimento biopsicossocial, não se voltando meramente à patologia, e a partir desse conhecimento é que a pesquisadora percebeu a emergência da necessidade de estudar o processo trabalho-doença ocupacional e envelhecimento precoce ou funcional.

Essa fragmentação do corpo despedaçado na relação de identidade corpo-trabalho pode

ser comparada à do estágio do espelho, assim denominada por Lacan, citado por Codo (1995), como a primeira imagem estabelecida entre a criança e o espelho, dando uma grande importância a essa imagem ainda não reconhecida como sendo sua, identificando a imagem do outro como sua. Talvez aqui explique a predominância da DORT em um mesmo ambiente de trabalho. A informatização não permite este reconhecimento de si próprio e fica marcante a necessidade do reconhecimento.

Segundo Codo (1995), a repetição de situações vividas, a necessidade de agradar, de ser reconhecido antes pela mãe, na condição de trabalhador pelo seu empregador, pela empresa, organização, correlaciona então a DORT à perda de identidade e falta de reconhecimento e sugere a existência de grupos de convivência, criando assim o “grupo de qualidade de vida”, onde os participantes podem elaborar esse processos.

Em cada relato percebe-se falas da alegria em se ter um trabalho, do contentamento em ser reconhecido pelo que faz pela família-banco-empresa da qual se faz parte, contrastando com ambiente de trabalho, mobiliário, ingresso prematuro ao trabalho, horas extras, repetição, adoecimento, sentimento de vazio, aposentadoria decretada, angústia, depressão, dor e limitação; da percepção do corpo traçando um paralelo da DORT em seu processo de doença com o envelhecimento.

Foi pedido a todos os entrevistados para refletir sobre a doença e se há ou haveria alguma relação com o processo de envelhecimento. Para uns, é preferível não pensar, pois preferem acreditar que não chegarão lá com dependência, há uma preocupação velada sobre esse tema.

Fica comprovado nos depoimentos que o trabalho é que faz com que o homem se identifique e se insira na sociedade. É nele que o homem passa a maior parte da sua vida. É também o responsável pela subsistência humana, sendo fonte de satisfação e realização. Essa assertiva é corroborada por Gonzaga Jr. (1983), em sua música Guerreiro Menino, que afirma:

Um homem se humilha se castram seu sonho; seu sonho é sua vida, e vida é trabalho e sem o seu trabalho um homem não tem honra e sem a sua honra se morre e se mata. Não dá pra ser feliz, não dá pra ser feliz... (GONZAGA JR, 1983).

É do trabalho a maior parte da memória daqueles que não mais atuam no dia-a-dia, pois é a lembrança de dias áureos, do significado produtivo, da utilidade tão impregnada pela vida em sociedade. Mas, com frequência, tem se tornando uma verdadeira prisão devido às más condições em que é realizado, da desatenção à prevenção e promoção de saúde, claramente descrito nas falas dos entrevistados desta pesquisa. Nota-se um envelhecimento funcional, mas, sobretudo, uma gerontologia

emocional nos pacientes com DORT.

Contudo, os relatos não tratam da questão do envelhecimento “assumido” frente à DORT. Essa está inserida no quando da doença de forma não perceptível, talvez devido ao fato dos entrevistados associarem a velhice puramente à idade biológica, aos cabelos brancos, rugas, enfim ao corpo espelho de envelhecimento cronológico, ou, ainda mais incapacitados, com limitações e dependências durante as atividades diárias, conforme visto nos fragmentos das histórias de vida de cada paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, percebe-se que o enfoque social dado à DORT ampliou a compreensão da doença e da gerontologia. Ao abordar sobre uma forma de adoecimento, relacionando-a ao envelhecimento funcional, encontrou-se mais um desafio para a gerontologia: atuar de forma a prevenir o envelhecimento precoce, ambiente preventivo no trabalho.

Na pesquisa, as doenças ocupacionais foram vistas a partir do enfoque da produção da doença no contexto da organização do trabalho. Buscou-se realizar o estudo acerca da abordagem do corpo, e da sua relação com o labor e com a doença, trazendo reflexões a respeito de ser a DORT um indicador do envelhecimento funcional.

Essas doenças são características de sociedade industrializadas, que submetem os trabalhadores a condições e ambientes inadequados de trabalho, utilizando o corpo fragmentado da mente como produto negociável, facilitando a instalação da doença na fase mais produtiva da vida e favorecendo o envelhecimento funcional e precoce.

Diante da atual conjuntura socioeconômica que privilegia o desenvolvimento de exploração da força de trabalho, “dos jovens saudáveis e produtivos”, os trabalhadores tentam se manter no mercado, ainda que para isso devam se submeter a serviços precarizados, tanto em relação às condições de trabalho, quanto à perda dos direitos sociais, o que favorece efetivamente o processo de adoecimento.

A qualidade de vida e a saúde do trabalhador são marcadas por esse processo de reestruturação produtiva com riscos e agravos à saúde do trabalhador. A DORT tem apresentado um crescimento acentuado nas estatísticas do INSS e Serviços de Saúde do Trabalhador, aumentando o rombo da previdência já comprometido com a população que envelhece naturalmente.

Os dados levantados na pesquisa permitiram perceber a magnitude do problema a ser enfrentado na atual conjuntura, pois as estatísticas têm revelado um País de “cabelos brancos”. Cabe, contudo, tratar essa população de trabalhadores que vivenciam um en-

velhecimento funcional em sua fase de vida mais produtiva, em que nem o avanço da idade, nem a perda dos padrões estéticos juvenis são as características marcadamente evidenciadas nesse envelhecer, mas sim suas limitações corporais.

A pesquisa, em cada história de vida profissional do paciente, deixa claro a relação quase intrínseca, indissociável, da vida humana com o ambiente organizacional. Revela o prazer que os entrevistados tinham para com o trabalho, e, em contrapartida, a necessidade de reconhecimento não obtido pelas horas extras trabalhadas, pelo empenho dedicado.

Com os relatos apresentados, pode-se compreender a doença ocupacional, a angústia e insegurança vivenciadas, a dor e a limitação dos movimentos, busca incessante pela cura e a falta de esperança tão expressivas nas falas de cada paciente investigado.

Ao finalizar este trabalho, é possível entender que grande parte do olhar e do intervir na questão das DORT está fortemente influenciado pelo modelo biologicista, assim como olhar para o envelhecimento se concretiza com vistas ao outro no comparativo à idade biológica, ao corpo que se apresenta com flacidez, diminuição do tônus, dificuldade para mobilização, lentidão dos movimentos, cabelos brancos e rugas.

Deste modo, constata-se que essa temática aqui não se esgota. Entende-se que exis-

tem lacunas que poderão ser preenchidas em estudos posteriores, sobretudo, no que diz respeito ao “se ver” de cada paciente DORT, ao perceber-se parte do envelhecer precocemente e ator sem seu processo de vida.

As principais contribuições deste estudo concentram-se no desvelar das diferentes leituras e abordagens em relação à DORT e do processo de envelhecer no trabalho, contexto onde se inserem, apontando para a necessidade de superação do olhar fragmentado da doença, buscando incorporar a organização das atividades profissionais nas ações de atenção à saúde do trabalhador; na necessidade de avançar as ações de promoção e prevenção da sua saúde, procurando uma intervenção concreta na relação saúde/trabalho, através de ações de vigilância e educação, para que assim possam os trabalhadores alcançar uma longevidade digna, reportando a Bosi (1994) e Beauvoir (1990), sem estar com as mãos vazias, adoecidas, redefinindo assim a vida.

Vale considerar, conforme o observado e demonstrado nos depoimentos, que a uniformidade da assistência aos portadores de DORT é um desafio, assim como a intervenção ativa no ambiente de trabalho com vistas à prevenção de doenças e à readaptação social dos trabalhadores.

Através do envolvimento dos profissionais e da realização de parcerias com sindicatos de profissionais, podem ser fortalecidas ações

de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Sabe-se que o labor exige das pessoas que, por sua vez, enfrentam sofrimentos e medos cotidianamente para permanecerem no mesmo. A precarização do trabalho acarreta efeitos na saúde do trabalhador, aumentando o seu sofrimento. O medo da demissão, a competitividade, horas extras e ganhos pela produtividade, o ultrapassar os limites do corpo em busca de ganhar mais e do reconhecimento, o adoecimento e o descaso com a saúde atrelada com a falta de reconhecimento sobre o corpo e a DORT, a incessante busca para amenizar os efeitos da doença, a falta de esperança, o sentimento de vazio, todas essas questões mencionadas salientam o enfoque biopsicossocial.

Com a pesquisa, vale salientar que a doença, assim também como o processo de envelhecimento, se apresenta em um indivíduo-pessoa que sofre influência dos antepassados, fator genético e hereditário, do meio que desempenha papel fundamental em seu desenvolvimento, da história de vida com seus erros e acertos, perdas e ganhos, do estresse inclusive e, principalmente, da capacidade de adaptação às adversidades da vida e condições de trabalho e luta pela sobrevivência, além da forma de encarar e vivenciar tudo isso. É possível concordar com Lowen (1977) e Souchard (1986), que a doença pode tornar-se um guia no sentido de cura,

estando alerta com os sinais que o corpo oferece, mesmo que a angústia da dor seja grande. Mas, do pranto pode vir o prazer de libertação, conscientização e correção, processo de autoconhecimento e de transformação da energia estagnada em energia viva.

Com base nas referências assinaladas, é possível relacionar como soluções ou alternativas para amenização e prevenção à DORT, situações e condições que não favoreçam a aquisição da doença e, por conseguinte, do envelhecimento funcional. Assim, é necessário se fazer uma correção nos mobiliários; palestras de orientação postural; reeducação de hábitos saudáveis; percepção e conscientização corporal para que ocorra compromisso pessoal com a saúde; realização de atividades lúdicas não competitivas; formação e participação em grupos de apoio, de sensibilização onde a dor seja manifestada e “vista” através do outro; trabalhos corporais de alongamento, massagens, terapias, principalmente com enfoque de uma fisioterapia laboral e gerontóloga; alternativas que mobilizem a sociedade e as empresas a cuidarem do bem precioso que é a saúde, e o trabalhador seja percebido e tratado em sua inteireza.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Rubem. *O retorno e o terno*. Ed. 23.

[130] MEMORIALIDADES, Nº 11, JAN-JUN 2009, P. 95-133.

São Paulo: Editora Papirus, 2003

BERGER, Peter L. e LUCKMANN, Thomas. *A construção Social da Realidade*. 22 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002

BEAUVOIR, S. *A Velhice: uma realidade incomoda*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1990.

BOSI, Ecléa. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. 3 ed. São Paulo: Companhia da Letras, 1994.

CAPRA, Fritjof. *O Ponto de Mutação*. São Paulo: Cultrix, 1982.

CIAMPA, Antonio da Costa. *A Estória do Severino e a História de Severina: um ensaio de psicologia Social*. São Paulo: Brasiliense, 1998.

CODO, Wanderley e SENNE Wilson A. *O que é o corpo (latría)*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1995.

CODO Wanderley e ALMEIDA, Maria Celeste de. *LER - lesões por esforço repetitivo*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1995.

COSTA, Cristina. *Sociologia: introdução à ciência da sociedade*. 2 ed. São Paulo: Ed moderna, 2001.

DEJOURS, Christophe. *A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Oboré Editorial, 1987.

DEJOURS, Christophe, ABDOUCHELI, Elisabeth e JAYET, Christian. *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo: Editora. Atlas, 1994.

DUARTE, Luis Fernando, LEAL, Ondina Fachel e organizadores. *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

GOMES, Álvaro (organizador). *O trabalho do século XXI: considerações para o futuro do trabalho*. 1 ed. S. Paulo: Ed. Anita Garibaldi, 2001.

GONZAGA JR., Luiz. *Palavra de Amor*. Rio de Janeiro: RCA/VICTOR, 1983.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. In: *Almanaque Abril*, Brasil: Editora Abril, 2003

LOWEN, Alexandre. *O corpo em terapia: a abordagem bioenergética*. 3 ed São Paulo: Ed. Summus, 1977.

MELLO FILHO, Julio e colaboradores. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Ed. Artmed, 1992.

OLIVEIRA, Chrysostomo Rocha e colaboradores. *Manual Prático de Ler*. Minas Gerais: Ed. Health

OLIVEIRA, Paulo de Sales. *Vidas Compartilhadas*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.

PAPALÉO NETTO, Matheus. *Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

PEREIRA, Erimilson Roberto. *Fundamentos de Ergonomia e Fisioterapia do Trabalho*. Rio de Janeiro: Ed. Taba Cultural, 2000.

RAMOS, Luiz Roberto. *O País do futuro não pensa no futuro*. **In Gerontologia 3(1):52-54,1995**

SOARES, Carmen Lúcia. *Imagens da Educação no Corpo*. 2ª Ed São Paulo: Editora Autores Associados, 2002.

SOUCHARD, Philippe-Emanuel. *Reeducação Postural Global*. São Paulo: Ed. Ícone, 1986.

SPINK, Mary Jane (org). *O Conhecimento no Cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1995.

ZIMERMAN, Guite I. *A velhice*. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2000

Recebido em julho de 2008
Aprovado em setembro de 2008

IMPLEMENTAÇÃO DO ESTATUTO DO IDOSO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM NOVA CANAÃ – BA¹

José Lúcio Costa Ramos²
Alba Benemérita Alves Vilela³

Resumo. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório que objetiva averiguar o conhecimento dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Nova Canaã – BA acerca do Estatuto do Idoso; identificar as ações realizadas pelos gerentes para a efetivação dos direitos dos idosos e descrever os desafios e as potencialidades dos gerentes na implementação do Estatuto do Idoso nas UBS. A pesquisa é qualitativa, tendo como informantes quatro gerentes de UBS de Nova Canaã–BA. Os dados foram coletados por entrevistas semi-estruturadas, categorizados e analisados mediante a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, de janeiro a abril/2007. Deste processo, emergiram as categorias: o Estatuto como Garantia de Direitos aos Idosos; ação de Aplicabilidade do Estatuto do Idoso na UBS; dificuldades e facilidades na Implementação do Estatuto. Os resultados apontam para uma implementação ainda incipiente das ações previstas nesse docu-

1 Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Gerontologia/Turma 2006/2007 - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB/Jequié

2 Enfermeiro, Especialista em Gerontologia - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB/Jequié.
E-mail: lucio_enf@yahoo.com.br

3 Enfermeira, Docente do Departamento de Saúde – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB/Jequié

mento por parte dos gerentes das UBS de Nova Canaã, fazendo-se necessário um maior empenho desses profissionais na busca pelo conhecimento e efetivação do Estatuto do Idoso, pois somente reconhecendo os direitos do idoso se terá condição de proporcionar-lhes uma nova imagem de si como indivíduos, cujo valor na sociedade é impossível negar ou desconhecer.

Palavras - Chave: Implementação, Estatuto do Idoso, Unidade Básica de Saúde

Abstract. This is a descriptive study, which aims exploratory: ascertain the knowledge of the managers of Basic Health Units (UBS) in Nova Canaã - BA on the Status of the Elderly; identify the shares held by managers for the effectiveness of the rights of the elderly and describe the challenges and potential of the managers in the implementation of the Statute of the Aged at UBS. The research is qualitative, with the four informants managers UBS in Nova Canaã - BA. Data were collected by semi-structured interviews, categorized and analyzed by the technique of the Content Analysis of Bardin, January to April/2007. In this case, the categories emerged: The Statute as Guarantee of Rights for Elderly; Action Applicability of the Statute of the Aged in UBS; difficulty in the implementation of the Statute of the Aged and Ease of Implementation of the Statute of the Aged. The results point to a still incipient implementation of the Statute of the Aged by managers of UBS in Nova Canaã, making it necessary to greater commitment of these professionals in the search for knowledge and effectiveness of the Statute of the Elderly, because only recognizing the rights of the elderly will be condition of the elderly provide a new image of themselves as individuals, whose value in society it is impossible to deny or ignore.

Key Words: Implementation, Statute of Aged, Basic Unit of Health

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população com 60 anos ou mais no País corresponde a 8,6% da população total (cerca de 14 milhões – dados do Censo/2000) e projeções demográficas indicam que este número poderá ultrapassar, nos próximos 25 anos, a marca dos 30 milhões de idosos.(BRASIL, 2006).

Este é o reflexo provocado pela alteração dos índices de fecundidade e mortalidade que estão transformando o “país de jovens” de vinte anos atrás em um país de “cabelos brancos”. As repercussões desse processo, ainda não devidamente avaliados, têm despertado interesses das diferentes áreas do conhecimento, mais intensamente desde o final dos anos oitenta. Embora sejam dominantes as análises que privilegiam as mudanças de ordem somáticas do processo de envelhecimento, algumas vêm trazendo como pano de fundo a tentativa de reconstrução da identidade do idoso, estabelecida sob padrões que, embora questionados, continuam prevalecendo em nosso meio. (D’ALENCAR, 2002).

Nessa perspectiva, têm-se observado medidas governamentais de adequação da legislação brasileira voltada para a terceira idade,

uma vez que esse aumento da população idosa também requer intervenções sociais por meio de políticas públicas, ao invés de intervenções meramente médicas e assistencialistas.

Como primeiro impulso, destaca-se a Constituição de 1988. Em 1994, aprovou-se a Lei nº 8842/94, especificamente voltada à população idosa. Em 1996, o Ministério da Previdência e Assistência Social publicou a Política de Atenção ao Idoso. Em 1999 o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), em conformidade com as Leis 8080/90 e 8842/94 (PRIORE, 2005), criando normas para os direitos sociais dos idosos e garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. (BRASIL, 2006).

Somente em outubro de 2003, depois de sete anos de discussão, foi sancionado o Estatuto do Idoso, entrando em vigor no dia 1º de Janeiro de 2004. Tal documento visa garantir o bem-estar e a qualidade de vida da população idosa, enfatizando o respeito e a satisfação das demandas básicas do idoso brasileiro. Trata dos mais variados aspectos, abrangendo direitos fundamentais (direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, aos alimentos, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, à assistência social, à habitação e ao transporte); medidas de proteção gerais e específicas; atendimento ao idoso (entidades de atendimen-

to, fiscalização das entidades de atendimento, infrações administrativas, apuração administrativa de infração às normas de proteção ao idoso e apuração judicial de irregularidades em entidades de atendimento); acesso à justiça (do Ministério Público e da proteção judicial dos interesses difusos, coletivos e individuais indisponíveis ou homogêneos) e estabelecimento de penas para os crimes mais comuns cometidos contra essas pessoas. (BRASIL, 2006).

Deste modo, faz-se necessário que o idoso tenha seus direitos respeitados e garantidos por todos os segmentos da sociedade, em seu ambiente familiar e em entidades públicas e privadas. Nesse sentido, o setor da saúde merece destaque pela dificuldade que vem enfrentando de desenvolver ações de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde para acompanhar concomitante e eqüitativamente ao crescimento do número de idosos no Brasil. Percebe-se, portanto, a relevância de cuidados voltados para a prevenção de enfermidades e promoção da saúde dos idosos. É neste momento que surgem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como facilitadoras dessa sensibilização da população idosa para buscar o envelhecimento saudável através da promoção da saúde e da prevenção de doenças, mantendo a capacidade funcional pelo maior tempo possível. (FREITAS, 2004).

Para tanto, é preciso que o profissional que atua na UBS esteja atento à mudança do per-

fil populacional em sua área de abrangência e preste uma atenção especial ao idoso, abordando-o com medidas promocionais de proteção específica, de identificação precoce de seus agravos mais freqüentes e sua intervenção, bem como, com medidas de reabilitação voltadas a evitar a sua apartação do convívio familiar e social. (SILVESTRE & COSTA NETO, 2003).

Além disso, é preciso que os idosos dentro das UBS também sejam vistos como cidadãos ativos da sociedade, tenham suas opiniões ouvidas e respeitadas e, principalmente, tenham garantidos seus direitos estabelecidos pelo Estatuto do Idoso, pois uma sociedade fortalecida e consciente busca o respeito mútuo na sua relação com o Estado e com o cidadão para defesa dos seus direitos e realização de suas aspirações e desejos. (BRASIL, 2006).

Diante dessas necessidades, surge o interesse deste estudo em averiguar, do ponto de vista gerencial, como tem sido implementado o Estatuto do Idoso nas UBS do município de Nova Canaã-Bahia, incorporando outros objetivos como averiguar o conhecimento dos gerentes das UBS acerca do Estatuto do Idoso; identificar as ações realizadas pelos gerentes das UBS para a efetivação dos direitos dos idosos e descrever os desafios e as potencialidades dos gerentes na implementação do Estatuto do Idoso nas UBS. Tais reflexões visam sensibilizar os profissionais para uma abordagem e uma assistência mais efetiva aos ido-

sos, assegurando seus direitos enquanto seres humanos. Afinal, a sociedade atual está clamando por um profissional com um compromisso com o paciente como pessoa, e não apenas como uma situação ou mecanismo específico de doença. (REICHEL, 2000).

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa, realizado nas Unidades Básicas de Saúde de Nova Canaã⁴. Em relação aos serviços de saúde, o município dispõe de um hospital público, um laboratório municipal de análises clínicas, um centro de saúde e três Unidades de Saúde da Família, sendo uma na zona urbana e duas na zona rural. Como o enfoque desse estudo são as Unidades Básicas de Saúde, utilizaram-se como informantes os gerentes das Unidades de Saúde da Família e do Centro de Saúde (identificados aleatoriamente como G1, G2, G3 e G4).

Como técnica de coleta de dados utilizou-se a entrevista semi-estruturada e o instrumento de coleta foi elaborado em duas partes, onde a primeira buscava dados pessoais como sexo, idade, profissão e tempo de atuação na UBS e a segunda era composta por questões discursivas também voltadas para o atendi-

4 Tal município foi fundado em 1961 e localiza-se no sul da Bahia, a 490 km da capital, Salvador, fazendo intercâmbio com as cidades de Caatiba, Iguai, Planalto, Ibicui, Itororó e Poções. Possui uma área de 568,6km² e 422m de altitude e uma população estimada em 16.679 habitantes, sendo um contingente de 1886 idosos (acima de 60 anos), correspondendo a 11.3 % da população total.

mento dos objetivos propostos pelo estudo⁵.

Como técnica de análise de dados utilizou-se a Análise de Conteúdo, segundo Bardin (1977), pelo processo de categorização dos dados.

3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os quatro gerentes entrevistados são em sua maioria do sexo feminino (75%), encontram-se na faixa etária de 24 a 57 anos, têm a enfermagem (75%) e a medicina (25%) como profissão, além de atuarem na UBS entre 6 e 14 anos.

A análise dos dados coletados com os gerentes se iniciou por meio de várias leituras dessas entrevistas transcritas, buscando identificar temáticas relevantes com vistas a categorizá-las. Desta forma, emergiram quatro categorias, permitindo uma maior visibilidade do conhecimento dos gerentes acerca do Estatuto do Idoso, bem como suas ações, dificuldades e facilidades de implementação nas Unidades Básicas de Saúde do municí-

⁵ Ressalta-se aqui que este estudo foi realizado sob orientação da Resolução 196/96, que prevê esclarecimentos sobre objetivos e natureza da pesquisa, caráter voluntário da participação e questões éticas observadas (Resolução 196/96), ressaltando a relevância da participação, segurança quanto à identificação e dados fornecidos, e liberdade para recusar-se a participar a qualquer momento.

pio em foco. Essas categorias foram assim classificadas: 1) o Estatuto como Garantia de Direitos dos Idosos; 2) ações de aplicabilidade do Estatuto do Idoso; 3) dificuldades na implementação do Estatuto e 4) facilidades na implementação do Estatuto do Idoso. Dessas categorias, também emergiram subcategorias, que serão descritas a seguir.

CATEGORIA 1: O ESTATUTO COMO GARANTIA DE DIREITOS AOS IDOSOS

De maneira unânime, os gerentes consideram o Estatuto como um documento que define e garante diversos direitos aos idosos.

G1: [...] *A lei 10.741 foi lançada no dia 1º de outubro de 2003, onde o Ministério da Saúde confere [...] todos os direitos legais ao idoso, que na verdade são direitos iguais a qualquer outro ser humano [...].*

G2: *O Estatuto do Idoso [...] tem o objetivo de garantir ao idoso o direito à saúde, ao bem-estar, educação, cultura, esporte, lazer, profissionalização, trabalho, dentre outras coisas que qualquer indivíduo tem.*

G3: *O estatuto garante aos idosos: direito à aposentadoria, acesso à saúde, prioridade nos atendimentos, respeito por parte dos cidadãos, com relação às suas limitações [...].*

G4: *Fala de alguns direitos que os idosos têm.*

Iniciado com a promulgação da Constituição de 1988 e sancionado em outubro de 2003, o Estatuto do Idoso representa realmente um grande avanço para a legislação brasileira. (BRASIL, 2006). Ele garante direitos e estipula deveres para melhorar a vida de pessoas com mais de 60 anos no País. (PRIORE, 2005)

CATEGORIA 2: AÇÕES DE APLICABILIDADE DO ESTATUTO DO IDOSO NA UBS

Nesta categoria destacam-se as “reuniões de capacitação dos funcionários da Unidade sobre o Estatuto do Idoso, a prioridade no atendimento aos idosos, a clareza nas consultas, a distribuição gratuita de medicação prescrita e a criação de Grupos de Convivência” como as ações aplicadas pelos gerentes das UBS de Nova Canaã para efetivar o Estatuto do Idoso na prática.

Como se trata de uma Lei decretada e sancionada pelo Congresso Nacional Brasileiro, o Estatuto do Idoso deve ser cumprido em todas as localidades do País, abrangendo todas as instituições públicas e privadas.

Desse modo, o profissional de saúde precisa estar atento para o cuidado diferenciado a ser prestado para esta parcela de idosos

tão crescente no Brasil, garantindo seus direitos no atendimento de suas necessidades enquanto cidadãos.

SUBCATEGORIA 2.1. REUNIÕES DE CAPACITAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS SOBRE O ESTATUTO DO IDOSO

Uma vez vigorado o Estatuto do Idoso, é preciso que os profissionais de saúde atualizem-se sobre as diversas mudanças e inovações propostas pela lei para as implementarem nos serviços oferecidos pela Unidade de Saúde.

G1: *Primeiro, [...] nós temos reunido e conversado com nossos funcionários [...] porque o ser humano tem que ser tratado como pessoa e não como objeto, [...] principalmente os idosos, que já é uma pessoa carente de afeto, que precisa de cuidados especiais e, muitas vezes por serem sofredos, eles se acostumam ao sofrimento e não dão transparecer realmente o que é que eles sentem e cabe a nós, funcionários da Unidade a conversar e [...] realmente ensinar e passar pra eles tudo o que nós aprendemos.*

Torna-se, portanto, imprescindível a capacitação dos funcionários das instituições de saúde acerca do Estatuto do Idoso para colocá-lo em prática de maneira efetiva. Tal preocupação aparece evidente no discurso do gerente supracitado, denotando a instrução que é fei-

ta aos funcionários da UBS para a garantia dos direitos dos idosos, corroborando com o Título II (Cap. IV, Art. 18) do Estatuto do Idoso que refere que “as instituições de saúde devem atender os critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.” (BRASIL, 2006)

SUBCATEGORIA 2.2. PREFERÊNCIA NO ATENDIMENTO AO IDOSO

Segundo o Estatuto do Idoso (Título I, Art. 3º, parágrafo único) é prioritário ao idoso o “atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviço à população.” (BRASIL, 2006).

De maneira coerente com o Estatuto, vê-se por meio dos diálogos a seguir que os gerentes de UBS de Nova Canaã têm garantida a preferência dos idosos nos atendimentos realizados na Unidade:

G1: *Não colocá-los em filas[...]*

G2: *[...]colocando-os sempre para serem atendidos primeiro.*

Não se pode permitir a permanência de

idosos em filas, pois é notório o fato de que o envelhecimento determina uma série de modificações fisiológicas que limitam as atividades de pessoas idosas, e é neste grupo de pessoas que se apresentam a maioria das enfermidades crônicas e a invalidez. (GOMES & FERREIRA, 1985).

SUBCATEGORIA 2.3. CLAREZA NAS CONSULTAS

Uma vez garantido o direito à preferência na consulta da Unidade, os gerentes entrevistados revelam a clareza na linguagem utilizada no atendimento aos idosos como outra estratégia de implementação do Estatuto do Idoso no município de Nova Canaã.

G1: *[...] Na consulta na Unidade nós conversamos, estimulamos, explicamos pra eles o valor, por exemplo, dos exames complementares, porque a maioria das vezes eles dizem pra gente: ‘não tem necessidade de fazer mais nada, porque eu já estou velho, já estou no fim da vida, isso não interessa’.*

G3: *Na hora da consulta, explico o procedimento, sobre medicação, horários até a compreensão dos idosos [...].*

O Título II (Cap. IV, Art. 15, § 1º) do Estatuto aponta o “atendimento geriátrico e geron-

tológico em ambulatórios” como meio de prevenção e manutenção da saúde do idoso e, por isso, a linguagem a ser utilizada precisa ser clara, objetiva e em bom som para que haja um entendimento por parte do idoso acerca de seu tratamento ou procedimentos solicitados pelo profissional de saúde, pois “ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputável mais favorável” (Título II, Cap. IV, Art. 17). (BRASIL, 2006).

Outras condutas podem ser adotadas pelo profissional para uma melhor interação junto ao paciente /cliente idoso: identificar-se e chamar o idoso pelo nome, personalizando o mais possível a sua assistência; não empregar linguagem infantil; estar disponível para escutar, dar apoio e esclarecer, incentivando-o a tomar suas próprias decisões; responder às perguntas de forma simples, breve, e lentamente, não elevando a voz, a menos que o paciente tenha uma hipoacusia; mostrar otimismo e interesse pelo bem-estar do idoso e sua família, dentre outras. (RUIPEREZ & LLORENTE, 1996).

SUBCATEGORIA 2.4. - DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DE MEDICAÇÃO PRESCRITA

De acordo com o Título II (Cap. IV, Art.15, §2º), “incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medica-

mentos, especialmente os de uso continuado.” (BRASIL, 2006).

G3: *Na consulta [...] distribuo alguns tipos de medicamentos (quando disponíveis na UBS) [...].*

Entretanto, nota-se na fala da gerente que as medicações são entregues aos idosos quando disponíveis na UBS e, para evitar a ausência desses medicamentos, é preciso que a Unidade solicite periodicamente a reposição pelo gestor da Secretaria Municipal de Saúde, uma vez que “a existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente” são itens necessários à realização das ações de Atenção Básica nos municípios (BRASIL, 2006).

SUBCATEGORIA 2.5. - CRIAÇÃO DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA DE IDOSOS

Garantir momentos de lazer ao idoso é um direito estatutário colocado em prática pelos gerentes de UBS's em Nova Canaã, conforme explicitado nesta subcategoria.

G1: *Então, cabe ao médico, ao profissional de saúde [...] criar também Programas de Terceira Idade nas Unidades de Saúde, assim como aqui no nosso PSF que nós já temos*

aquele Grupo da Terceira Idade, onde o idoso brinca, se diverte [...].

G2: *[...] implantamos também um grupo de idosos, no qual eles se sentem importantes e com valor na sociedade.*

O Estatuto recomenda que “é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, (...) ao lazer, (...) e à convivência familiar e comunitária” (Título I, Art. 3º) e por isso, deve-se “viabilizar formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações” (Título I, Art. 3º, parágrafo único). (BRASIL, 2006).

Desse modo, a criação de grupos de convivência para os idosos adscritos às UBS aparece como uma forma positiva encontrada pelos gerentes para promover momentos de entretenimento e lazer para essa parcela da população, permitindo ainda a troca de experiências e o auto-reconhecimento dos idosos enquanto seres humanos com valor na sociedade.

CATEGORIA 3: DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DO ESTATUTO DO IDOSO

Recursos humanos insuficientes da UBS e desrespeito ao idoso foram os desafios

mais evidentes nos discursos dos sujeitos deste estudo.

SUBCATEGORIA 3.1. - RECURSOS HUMANOS INSUFICIENTES DA UBS

É preciso que a Unidade de Saúde tenha profissionais habilitados e em número suficiente para atender às propostas do Estatuto do Idoso. E a ausência de uma equipe ampliada para implementar o Estatuto foi uma dificuldade citada por uma gerente de UBS do município de Nova Canaã.

G2: *As dificuldades são recursos humanos insuficientes [...]*”

Assim, urge a necessidade de ampliação desse quadro de funcionários, das UBS, bem como a capacitação dos mesmos para que se tenham mais profissionais empenhados na efetivação dos direitos dos idosos previstos pelo Estatuto.

SUBCATEGORIA 3.2. - DESRESPEITO AO IDOSO

O desrespeito à pessoa idosa é outro empecilho encontrado pelos gerentes das UBS de Nova Canaã para a implementação do Estatuto, denotando que a família e a própria

sociedade não estão aptas para tratar o idoso com o devido respeito e cuidado.

G1: *Nós encontramos muita dificuldade [...] porque os jovens de hoje não consideram o idoso como ser humano e às vezes os próprios familiares (não o consideram) [...].*

G3: *[...] a maioria das pessoas não respeita os idosos, suas limitações e direitos.*

O envelhecimento dentro da nossa sociedade e o prolongamento da vida da maior parte dos indivíduos não devem ser considerados um problema. Pelo contrário, o fato tem que ser visto como uma vitória do desenvolvimento humano – uma vitória do homem. Cabe, pois, à sociedade criar condições a fim de que o fato de se viver mais tempo também tenha o significado de usufruir de melhor estilo de vida (GOMES & FERREIRA, 1985).

Portanto, é preciso que os gerentes e demais profissionais das UBS's procurem sensibilizar a população acerca do respeito aos direitos dos idosos, alertando para o fato de que “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei (Título 1, Art. 4º). (BRASIL, 2006).

CATEGORIA 4 - FACILIDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DO ESTATUTO DO IDOSO

Algumas facilidades na aplicação prática do Estatuto do Idoso também foram relatadas pelos gerentes das Unidades Básicas de Saúde de Nova Canaã, tais como o interesse de alguns idosos em conhecer o Estatuto; a acesso fácil dos idosos à Unidade possibilitando também o acesso às informações e o elo entre os Agentes Comunitários de Saúde e os idosos da comunidade.

SUBCATEGORIA 4.1. - INTERESSE DOS IDOSOS EM CONHECER O ESTATUTO

Nas Unidades Temáticas em destaque, pode-se observar que o gerente da UBS aponta a busca, o interesse dos idosos em conhecer diversos assuntos relativos à velhice, inclusive o Estatuto do Idoso, como uma facilidade para divulgação e efetivação dessa legislação.

G1: [...] quando nós começamos a trabalhar com os idosos, eles se sentiram gente, se sentiram valorizados. E a cada momento que a gente começa a conversar, faz uma brincadeira, que esclarece a eles as regras e os artigos implantados no Estatuto do Idoso, nós notamos que é uma vida nova e eles têm interesse. [...] Alguns querem saber das coisas

importantes, conhecer o Estatuto para passar para os amigos nas igrejas e no meio social.

Neste sentido, o gerente demonstra uma ação de aplicabilidade do Estatuto, pois está condizente com o Título I (Art. 3º, Parágrafo Único) que aponta que o profissional de saúde deve promover o “estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento”. (BRASIL, 2006)

SUBCATEGORIA 4.2. - ACESSO DO IDOSO À UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A facilidade de acesso do idoso à Unidade é um ponto positivo para a implementação do Estatuto, de acordo com um gerente de UBS de Nova Canaã.

G2: [...] o acesso fácil (do idoso) à Unidade; [...]

Tanto nas consultas quanto nas palestras ou eventos promovidos na Unidade, o profissional pode informar o idoso acerca de diversos assuntos, inclusive sobre a Lei que rege o Estatuto. E quantos mais idosos tiverem acesso à UBS, maior a chance do profissional para divulgar e efetivar na prática o Estatuto do Idoso.

SUBCATEGORIA 4.3 - ELO ENTRE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E IDOSOS

Para atingir os idosos adscritos à Unidade, o gerente de uma UBS em Nova Canaã relata que lança mão do vínculo existente entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os idosos da comunidade, como meio facilitador de divulgar o Estatuto do Idoso.

G2: [...] *os Agentes Comunitários de Saúde como vínculo que liga o idoso à Unidade.*

Dentre as funções do ACS está a de “desenvolver ações nos domicílios de sua área de responsabilidade” e uma dessas funções deve ser: “promover educação em saúde e mobilização comunitária para melhorar a qualidade de vida”. Desse modo, reconhece-se a importância desse profissional como membro da equipe de saúde e co-responsável pela divulgação e esclarecimento acerca do Estatuto para os idosos e demais indivíduos da comunidade, visando a efetivação e respeito aos direitos dos idosos. (COSTA & CARBONE, 2004.

CONCLUSÕES

A priori, deve-se levar em conta que à medida que a população envelhece, aumenta a necessidade de se conhecer, além das ten-

dências demográficas e epidemiológicas, o processo de envelhecimento de uma forma mais abrangente para se compreender suas conseqüências individuais e sociais.

Este estudo buscou contribuir com essa discussão sobre o envelhecimento, trazendo à tona um tema ainda pouco debatido que é a implementação do Estatuto do Idoso por gerentes de Unidades Básicas de Saúde.

A partir da análise dos dados, observou-se que o Estatuto do Idoso encontra-se parcialmente implementado nas Unidades Básicas de Saúde de Nova Canaã e algumas sugestões aos gerentes das UBS e gestores da saúde fazem-se pertinentes no sentido de colaborar para uma maior efetivação e garantia dos direitos dos idosos: sensibilizar e capacitar todos os funcionários da Unidade, alertando para a necessidade do respeito à pessoa idosa e garantia de seus direitos enquanto cidadãos; promover reuniões e palestras em sala de espera para esclarecer à comunidade (idosos e demais indivíduos) acerca do que trata o regimento do Estatuto do Idoso, esclarecendo eventuais dúvidas; implementar Programas de Atenção à Saúde do Idoso nas Unidades de Saúde; orientar familiares e cuidadores sobre uma assistência diferenciada e contínua aos idosos, como direito estatutário; aumentar o número de visitas domiciliares e prestar uma atenção especial ao idoso em seus lares, atentando para

suas reais necessidades e potencialidades; manter à disposição dos funcionários e da Unidade um exemplar do Estatuto do Idoso para eventuais consultas e esclarecimentos; garantir em todas as circunstâncias o atendimento prioritário ao idoso, prestando-lhe uma assistência integral e humanizada; firmar vínculo com alguma Unidade Geriátrica de Referência no Estado, para eventuais acompanhamentos especializados de usuários idosos; implementar o Conselho Municipal do Idoso e denunciar qualquer tipo de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idosos aos órgãos responsáveis.

Além dessas medidas de caráter gerencial/assistencial, é preciso que as sociedades, em especial a de Nova Canaã, também se sensibilizem para as questões pertinentes aos idosos, uma vez que “uma sociedade que se considera civilizada tem o dever iniludível de aprender a resolver os problemas da velhice – sobretudo quando as pessoas idosas constituem, com o seu crescimento, um setor muito importante da população. As dificuldades que enfrentam os idosos devem preocupar a todos os cidadãos.” (GOMES & FERREIRA, 1985)

Somente reconhecendo os direitos da terceira idade se terá condições de proporcionar aos idosos uma nova imagem de si mesmos, como indivíduos cujo valor sócio-econômico e cultural é impossível negar ou desconhecer.

É preciso ter consciência de que o problema das pessoas mais velhas não é uma questão de sua exclusiva competência, convertendo-se em algo que diz respeito a toda sociedade. (GOMES & FERREIRA, 1985).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN L. *Análise de Conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

Brasil. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. 2ª Ed. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. A Política Nacional do Idoso: um Brasil para Todas as Idades. Disponível em <http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env02.htm>. Acesso: 10/09/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília – DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

COSTA EMA & CARBONE MH. *Saúde da Família – Uma Abordagem Interdisciplinar*. Rio de Janeiro – RJ: Rubio, 2004

D'ALENCAR RS. O significado da velhice em comunidades afro-brasileiras. *Kâwé*

pesquisa: Revista Anual do Núcleo de Estudos Afrobaianos Regionais da UESC. Vol. 1 n. 1 Ilhéus - BA: Editus, 2002.

FREITAS EV. *Demografia e Epidemiologia do Envelhecimento.* In Py, L. et al. Tempo de Envelhecer. Rio de Janeiro – RJ: NAU, 2004.

GOMES FA de A & FERREIRA PCA. *Manual de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro – RJ: Editora Brasileira de Medicina, 1985.

PRIORE SE. et al. Políticas sobre envelhecimento e saúde no mundo. São Paulo – SP: Mundo Saúde, 2005.

REICHEL. *Princípios Fundamentais de Assistência ao Idoso.* Assistência ao Idoso. 5 ed. Guanabara Koogan, 2000.

RUIPÉREZ I & LLORENTE P. *Geriatria – Guias Práticos de Enfermagem.* Tradução: Teixeira MTR. Rio de Janeiro – RJ: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 1996.

SILVESTRE JA. & COSTA NETO MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Caderno de Saúde Pública.* Rio de Janeiro – RJ: Editora MS: 2003.

Recebido em 21.7.2008
Aprovado em 08.10.2008

O TRATAMENTO RADIOTERÁPICO PARA O CANCER DO COLO DO ÚTERO: SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES DE MULHERES IDOSAS

Raquel Sant' Anna Couto¹
Dejeane O. S. Barros²

Resumo. O estudo tem como objeto, sentimentos de mulheres idosas com câncer do colo do útero frente ao tratamento de radioterapia. O objetivo foi conhecer os sentimentos dessas mulheres frente ao tratamento radioterápico, tendo como objetivo específico: descrever esses sentimentos. A investigação foi desenvolvida na enfermaria da radioterapia do Hospital de referência para o tratamento do câncer, na cidade de Itabuna, Estado da Bahia. Os sujeitos foram seis idosas com diagnóstico de câncer do colo do útero, internadas na referida instituição. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada, tendo como questões norteadoras: exame preventivo e sua continuidade no tempo, consciência do tratamento, início do tratamento radioterápico, tempo de aplicações, o que sente e pensa sobre o tratamento (aplicações), como tem sido a vida, a partir do tratamento. Os resultados mostraram a realidade vivida pelas mulheres que têm pouca ou nenhuma informação sobre a doença, o diagnóstico tardio, a falta de esclarecimento sobre o tratamento empregado e a saudade pela separação dos familiares. A fé foi o sentimento mais comum entre as entrevistadas, seguido da tristeza e do

1 Enfermeira, Especialista em Gerontologia

2 Enfermeira, Profa. Assistente do Departamento de Ciências da Saúde. UESC, Ilhéus, Bahia

medo. Todos os sentimentos observados vinham em um misto de saudades dos familiares e dos lares.

Palavras-chaves: Sentimentos, Idosas, Câncer do colo do útero, radioterapia.

Abstract. The study has as object, senior women's feelings with cancer of the lap of the uterus front to the radiotherapy treatment. The objective was to know the feelings of those women front to the treatment radiotherapy; as specific objective; to describe those feelings. The investigation was developed in the infirmary of the radiotherapy of the reference Hospital for the treatment of the cancer, in the city of Itabuna, in the state of Bahia. The subjects were six senior with diagnosis of cancer of the lap of the uterus, that you/they were interned in the referred institution. The collection of data was accomplished through semi-structured interview, I tend six subjects toreadors: You always made preventive exam; You always made preventive exam; Why you know he/she is making that treatment; When you began the radiotherapy treatment is how long the you are making the applications; What do you sit down / does he/she think on that treatment? (about the applications). I broke HER then, as it has been your life, later analyzed. The results showed the reality lived by the women that have little or any information on the disease, the late diagnosis, the explanation lack about the employed treatment and the longing for having to be separate from the family. The faith was the most common feeling, followed by the sadness and of the fear. All the observed feelings came in a mixed of the relatives' longings and of the homes.

Keywords: Feelings, Senior, Cancer of the lap of the uterus, radiotherapy.

INTRODUÇÃO

O Câncer é uma doença crônica, cuja sintomatologia aparece após anos de um início silencioso. Portanto, a maioria dos tipos de neoplasias é diagnosticada após a quinta década de vida, razão porque implica em muitas pessoas idosas acometidas por essa doença.

Além disso, a exposição aos agentes carcinogênicos é freqüente, o que torna muito difícil uma prevenção eficaz. Os agentes carcinogênicos são divididos em químicos, farmacológicos, físicos e biológicos e estão relacionados ao câncer de colo de útero. Como exemplos, é possível citar o tabaco (agente químico), dietilestilbestrol (agente farmacológico), radiação ionizante (agente físico) e papilomavírus (agente biológico). Por isso, atualmente, busca-se sua detecção precoce, de modo a garantir a chance de sucesso terapêutico (MURAD E KATZ, 1996).

Com o aumento da expectativa de vida, o número de idosos portadores de câncer vem crescendo progressivamente especialmente com o aumento da freqüência dessa doença, que foi verificada no século XX (BRASIL, 2002).

A agressividade da célula tumoral costuma diminuir com a idade e submetendo-se o idoso a tratamento adequado, a chance de cura é grande. Entretanto, faz-se necessário um preparo especializado da pessoa que

vai submeter-se ao tratamento por parte da equipe multidisciplinar envolvida nesse processo (MURAD e KATZ, 1996).

Nesse sentido, o pudor introjetado culturalmente se reflete de forma mais acentuada na mulher idosa, que se depara com situações em que a exposição do corpo é necessária e rotineira. Desse modo, muitos devem ser os impactos experimentados por essa pessoa, especialmente para quem, ao longo da vida teve pouco ou quase nenhum contato com profissionais de saúde e ambientes hospitalares e que, muitas vezes, pouco conhece de tecnologias quando se deparam com aparelhos grandes e complicados, ou de aplicadores ginecológicos, que costumam ser desconfortáveis.

O diagnóstico do câncer é comum em meu âmbito familiar e, em companhia de uma tia-avó, visitei pela primeira vez um centro de radioterapia, composto por pessoas estranhas e equipado por máquinas imensas em salas frias e sombrias, o que me despertou o interesse em conhecer os sentimentos experimentados por pessoas que enfrentam tais ambientes, em especial as pacientes idosas, que se defrontam com uma situação nova e desconhecida, na qual não há um preparo para enfrentarem experiências tão intensas.

O estudo teve como objeto abordar os sentimentos experimentados por mulheres idosas ao enfrentar o tratamento radioterápico para o câncer do colo do útero, identi-

ficando esses sentimentos e descrevendo-os. Com este estudo, a idéia é contribuir com a equipe multidisciplinar da radioterapia, que poderá agir de modo diferenciado com essa população, oferecendo um tratamento menos traumatizante e mais humanizado.

Este estudo, pois, tem característica exploratória descritiva, qualitativa, o que significa de acordo com Minayo (1998), que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, pois se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Os sujeitos deste estudo foram mulheres idosas com idades entre 60 e 80 anos portadoras de câncer do colo do útero, submetidas ao tratamento radioterápico, independente do estadiamento da doença.

O estudo foi realizado no Centro de Radioterapia e na Enfermaria da Radioterapia, que fazem parte de um hospital filantrópico localizado na cidade de Itabuna-Ba³ o qual é centro de referência em oncologia. Esse Centro de Radioterapia funciona de segunda à sexta-feira, de 8:00 às 20:00 h. A equipe multidisciplinar

3 Itabuna está situada no Sul da Bahia, a 443km da capital, Salvador, com área de 444,8km². Tem aproximadamente 196.456 mil habitantes, sendo 94.192 homens (47,94%) e 102.264 mulheres (52,06%). A população residente na zona urbana é de aproximadamente 190.888(97,16%) e na zona rural é de 5.568 (2,84%).

é composta por um médico radioterapeuta, uma enfermeira, quatro técnicos de enfermagem, oito técnicos em radioterapia, dois físicos médicos, uma biomédica, uma psicóloga, um assistente social, quatro recepcionistas, três funcionários de serviços gerais. A Enfermaria da Radioterapia é composta por cinco técnicos de enfermagem, uma enfermeira na supervisão indireta em cada turno, um funcionário dos serviços gerais em cada turno⁴.

2. OS IMPACTOS DO CÂNCER SOBRE A MULHER IDOSA

2.1. A VELHICE FEMININA

Os idosos brasileiros, em especial as mulheres, formam um segmento populacional cada vez mais visível da sociedade, tanto pela quantidade (a mulher vive mais que o homem, de acordo com as estatísticas demográficas), como pelas conquistas já alcançadas.

A velhice é um processo pessoal, natural, indiscutível e inevitável, para qualquer ser humano, na evolução da vida. Nessa fase sempre ocorrem mudanças biológicas, fisiológicas, psicossociais, econômicas e políticas que compõe o cotidiano das pessoas.

O envelhecimento é causado por alterações moleculares e celulares, que resultam

⁴ Dados levantados por ocasião da pesquisa

em perdas funcionais progressivas dos órgãos e do organismo como um todo. Esse declínio se torna perceptível ao final da fase reprodutiva, muito embora as perdas funcionais do organismo comecem a ocorrer muito antes. O sistema respiratório e o tecido muscular, por exemplo, começam a decair funcionalmente já a partir dos 30 anos. Na verdade, logo depois de se atingir a maturidade reprodutiva, as chances de sobrevivência do indivíduo já começam a diminuir. Essa tendência faz parte do processo de evolução de todos os organismos multicelulares. Assim, o desenvolvimento, a reprodução e o envelhecimento são etapas naturais da vida de cada espécie, que ocorrem de forma seqüencial e interdependentes: o início da senescência é dependente da fase reprodutiva que, por sua vez, é dependente do desenvolvimento.

No entanto, não há uma separação rígida entre as três fases. O crescimento pode continuar mesmo depois que a maturidade reprodutiva é atingida; em humanos, por exemplo, a capacidade reprodutiva é atingida aos 12 anos, mas o crescimento continua até 20 anos, aproximadamente. Nas mulheres, o início da senescência é determinado pelo final da fase reprodutiva, marcado pela menopausa, por volta de 45 anos.

A velocidade de declínio das funções fisiológicas é exponencial, isto é, a ocorrência de perdas funcionais é acelerada com o aumento

da idade. Assim por exemplo, num espaço de 10 anos, ocorrem maiores perdas funcionais entre 60 e 70 anos do que entre 50 e 60 anos. Há, portanto, um efeito cumulativo de alterações funcionais, com degeneração progressiva dos mecanismos que regulam as respostas celulares e orgânicas frente às agressões externas, levando ao desequilíbrio do organismo como um todo. Uma complexa interação de fatores, físicos, ambientais e diferenças no comportamento social, além da carga genética, determinam os limites na duração de vida de todas as espécies animais.

Quando o ser humano envelhece, observa-se uma série de mudanças em sua imagem externa e no seu comportamento; os cabelos tornam-se brancos e quebradiços, a pele enrugam-se, a força muscular desaparece, os movimentos são mais cuidadosos, os reflexos são mais lentos, a memória torna-se falha, conseqüentemente, os contatos com outras pessoas tornam-se mais difíceis.

Não se pode evitar o envelhecimento; no entanto, é possível exercer influência sobre o modo como se envelhece. Envelhecer não significa, necessariamente, redução da capacidade de trabalho, diminuição da atividade, entre outros. Envelhecer pode significar enriquecimento espiritual e uma vida saudável. Nosso organismo precisa, para seu desenvolvimento harmônico, de exercícios, não apenas para satisfazer a vaidade da aparência de

um físico bonito mas, principalmente, para manter a saúde e prolongar a vida.

É importante para os profissionais de saúde que trabalham com a população idosa, compreenderem as alterações fisiológicas normais que ocorrem no envelhecimento. Essas alterações incluem diminuição da elasticidade da pele; diminuição da massa muscular, estrutura e força esquelética; diminuição da função e estrutura dos órgãos; distúrbios dos mecanismos imunes; alteração da função neurológica; e alteração da absorção, distribuição, metabolismo e eliminação de drogas. Além disso, muitos pacientes idosos têm outras doenças crônicas que também podem limitar a tolerância ao tratamento (BRUNNER e SUDDARTH, 1999).

2.2. O CÂNCER E SUA COMPLEXIDADE

O câncer é o crescimento descontrolado, provocado pela proliferação contínua de células anormais com capacidade de invasão e destruição de outros tecidos. Constitui um problema de saúde pública no mundo e no Brasil, constituindo-se na terceira causa de morte em ambos (MURAD e KATZ, 1996).

A urbanização, a industrialização e a maior expectativa de vida da população são os principais fatores que contribuem para o aumento da incidência das doenças crônico-degenerativas, entre elas o câncer, visto que tais

fatores colaboram com o aumento de agentes cancerígenos ambientais ou para uma maior e mais prolongada exposição dos seres humanos a esses agentes (BRASIL, 2002).

Observa-se que o câncer ocorre mais frequentemente em pessoas idosas. A partir dos 55 anos, a incidência da doença cresce em nível exponencial. Isso quer dizer que, quanto mais tempo uma pessoa tem para expor seu material genético a um fator qualquer que possa alterá-lo, maior será a chance de a moléstia manifestar-se.

Para o câncer do colo do útero a modalidade terapêutica mais empregada é a radioterapia, visto que, na maioria dos casos ao diagnóstico já existe um tumor localmente avançado, para o qual a cirurgia ofereceria caráter apenas paliativo, não curativo. (MURAD e KATZ, 1996).

Desse modo, a radioterapia é uma modalidade terapêutica capaz de destruir células tumorais, empregando feixes de radiação ionizante. Uma dose pré-calculada de radiação é aplicada, em um determinado tempo, a um volume de tecido que engloba o tumor, buscando erradicar todas as células tumorais, com o menor dano possível às células normais circunvizinhas, à custa das quais se fará à regeneração da área irradiada. Vale ressaltar que a ação da radioterapia é somente local, não apresentando efeitos terapêuticos sistêmicos (BRASIL, 1999).

O sucesso da radioterapia ocorre

quando se consegue lesar seletivamente as células tumorais, com dano mínimo aos tecidos normais. Segundo Murad e Katz (1996), as radiações ionizantes podem ser depositadas nos tecidos a partir de fontes irradiantes, que estejam distantes (teleterapia) ou em contato com eles (braquiterapia).

A Teleterapia consiste na terapia à distância, ou seja, a fonte emissora de radiação fica a cerca de um metro do paciente. Nesta categoria enquadram-se os feixes de raios-X, de raios gama, elétrons de alta energia e nêutrons. Os principais aparelhos utilizados são:

- Raio X superficial, semi profundo ou de ortovoltagem- São equipamentos de raio X que operam com quilovoltagem entre 10 e 100 KVp e entre 100 e 250 KVp. Trata lesões de pele ou com infiltração até cerca de 3,0 cm de profundidade, como nos casos de hemangiomas e dos carcinomas basocelulares.
- Cobalto 60 – Gera raios gama. Como a fonte é radioativa, a emissão de fótons é contínua, ou seja, a fonte não pára de emitir fótons. Quando a máquina está desligada a fonte permanece guardada numa blindagem adequada que bloqueia a saída dos raios gama. A fonte deverá ser trocada, em média, de 8 em 8 anos.
- Aceleradores lineares – Esses aparelhos usam microondas para acelerar

elétrons a grandes velocidades em um tubo com vácuo. Podem gerar fótons de energia muito maior que os de cobalto 60. Fótons de alta energia liberam menos dose na pele e nos tecidos sadios do paciente. Entretanto, os aceleradores lineares requerem potencial elétrico bastante estável, mais manutenção e pessoal mais habilitado para seu funcionamento. O tratamento com elétrons é adequado quando o órgão alvo é superficial, com estruturas radiosensíveis ao seu redor, como por exemplo, os linfonodos cervicais que têm a medula espinhal logo atrás e lesões infiltrativas de pele (BRASIL, 2002).

- Na teleterapia convencional, a simulação utiliza os raios-X e a fluoroscopia, produzidos por um aparelho chamado simulador, identificando o volume-alvo pelas referências ósseas e fornecendo ao radioterapeuta dados para delimitação dos campos de irradiação antes de iniciar o tratamento (BRASIL, 1999).

A braquiterapia é a terapia de curta distância, na qual uma fonte encapsulada ou um grupo destas fontes são utilizados para liberação de radiação β ou γ , a uma distância de poucos centímetros do volume tumoral. Ela pode ser dividida em:

- Superficial: a fonte é colocada sobre a

superfície do tumor ou sobre a pele.

- Intracavitária: a fonte é introduzida em cavidades do organismo (ex: traquéia, esôfago, vagina e reto).
- Intralumial: a fonte de radiação é conduzida rapidamente dentro do lúmen ou na luz de certas cavidades do corpo, tal como árvore brônquica par câncer de pulmão.
- Intersticial: é utilizada na forma de implantes temporários ou permanentes, através de agulhas ou tubos de material plásticos que passam através do tumor.

Atualmente, podemos dividir a braquiterapia em baixa taxa de dose (LDR) e alta taxa de dose (HDR). Na técnica manual utiliza-se césio 137, rádio e cobalto, dependendo da região do Brasil. A braquiterapia de alta taxa permite o tratamento de forma ambulatorial com vantagens operacionais e de proteção radiológica (SALVAJOLI et al, 1999).

Como a radioterapia é um método de tratamento local, pode ser indicada de forma exclusiva ou associada aos outros métodos terapêuticos. Em combinação com a cirurgia, poderá ser pré, per ou pós-operatório. Também pode ser indicada, durante ou logo após a quimioterapia.

A radioterapia pode ser curativa, quando se busca a cura total do tumor, pela radioterapia exclusivamente. Remissiva (pré-operató-

ria ou prévia), quando o objetivo é apenas a redução tumoral; profilática (pós-operatória ou adjuvante) quando se trata a doença em fase subclínica, isto é, não há volume tumoral presente, mas possível célula neoplásica dispersa; paliativa, quando se busca a remissão de sintomas, tais como dor intensa, sangramento e compressão de órgãos; e ablativa, quando se administra a radiação para suprimir a função de um órgão, como, por exemplo, no ovário para obter a castração actina (BRASIL, 2002).

A radioterapia moderna, através da introdução de novos equipamentos gerando diferentes energias, de maior precisão, associada com a melhoria das imagens e a métodos que permitem uma integração das mesmas, proporcionou ao radioterapeuta diminuir a quantidade e a intensidade dos efeitos colaterais, que ocorriam antes do advento desses recursos (SALVAJOLI et al, 1999).

Como consequência da radioterapia, o paciente idoso pode ter uma recuperação mais lenta dos tecidos normais e sofrer efeitos adversos mais graves, como mucosite, náuseas, vômitos, mielossupressão e radiodermite (PELLIZZON, 2002).

O diagnóstico de câncer, a necessidade de tratamento ou a descoberta de recidivas ou metástases trazem consigo uma complexidade de emoções e reações, tanto nos pacientes como nos familiares. Choque, negação, raiva, instabilidade emocional, são freqüentemente

acompanhados por distúrbios do sono, falta de concentração e apatia.

O significado do câncer é muito diferente em idades diferentes e varia muito, dependendo do momento de vida do paciente em que ocorreu o câncer. Para uma pessoa idosa, o diagnóstico de câncer geralmente significa medo de tornar-se dependente; para uma pessoa mais jovem, o câncer significa ameaça a sua carreira, à sexualidade e constituição de família (MURAD e KATZ, 1996).

Cada tratamento provoca reações psicológicas peculiares que precisam ser conhecidas a fim de oferecer ao paciente suporte e orientação adequados. Os pacientes expostos à radioterapia ficam com medo de sentimento de abandono na sala de radioterapia, desconforto de posicionamento, receio da imobilização e ansiedade, provocada pelas marcações na pele.

Portanto, é comum aos pacientes submetidos à radioterapia manifestarem sentimentos de raiva, ansiedade e depressão em níveis diferentes, dependendo do estágio do tratamento em que se encontram, e dependendo da própria personalidade enquanto pessoa. (MURAD e KATZ, 1996).

3. OS IMPACTOS DO CANCER SOBRE A MULHER IDOSA

3.1. O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA MULHER IDOSA

Embora o câncer seja uma doença que ataca tanto jovens quanto idosos, basicamente é uma doença da velhice (ROSENFELD, 2002, p. 39) Apesar da probabilidade ser dez vezes maior de um idoso desenvolver um câncer em relação aos mais jovens, não se pode desconsiderar que os idosos não se submetem a exames médicos com a mesma frequência com que os jovens o fazem. Além disso, é preciso levar em conta outras doenças pré-existentes, a exemplo de dificuldades respiratórias, diabetes, artrites, problemas cardíacos, inflamações crônicas, que vão dificultar ainda mais o tratamento e a cura do câncer, em pessoas com mais idade.

Afirma Rosenfeld (2002, p.40) que

em muitas pessoas de mais idade o surgimento de um câncer é adversamente afetado por uma combinação de fatores sociais, psicológicos, educacionais, financeiros e culturais. Os mais velhos nem sempre estão bem informados sobre os como, os porquês e os ondes do diagnóstico e da terapia do câncer, uma vez que boa parte do material informativo em questão não é dirigida a eles.

O câncer do colo do útero é o tumor mais freqüente em mulheres brasileiras, juntamente com o câncer de mama, tendo uma incidência de aproximadamente 20% em relação a todas as outras neoplasias malignas. Estima-se a ocorrência de 18.000 a 22.000 novos casos anuais desse carcinoma em todo o País, para os próximos anos, com uma expectativa anual média de óbitos de 5.400 a 6.600 (MURAD e KATZ, 1996).

Vários fatores de riscos já foram identificados, a maioria correlacionada com a atividade sexual, incluindo relação sexual em idade precoce (menos de 14 anos), múltiplos parceiros sexuais, gravidez precoce, nuliparidade, exposição ao HPV (SALVAJOLI et al, 1999), além do tabagismo e falta de acesso à informação e realização do Papanicolau. Esses fatores vêm sendo implicados na patogênese do carcinoma cervical, todos eles mais facilmente encontrados na população pobre, desinformada e desassistida. Além disso, a mulher idosa nem sempre consulta um ginecologista após a menopausa, imaginando que, finda a menstruação, finalizarão os problemas.

Das seis idosas entrevistadas e observadas nesta pesquisa, apenas uma possuía renda de dois salários mínimos, as outras cinco vivem com um salário mínimo, ou menos. Além disso, todas são analfabetas, ou sabem apenas assinar o nome. Esta situação corrobora a idéia generalizada de que o cân-

cer do colo do útero é endêmico nas regiões pobres do País. Levando-se em conta que um dos fatores de risco se encontra na dieta alimentar, essas mulheres estarão mais expostas aos riscos do câncer, em especial pela pobreza e deficiência dos alimentos ingeridos. Como afirma Rosenfeld (2002, p. 42)

Entre as pessoas que não comem frutas, verduras e legumes, a incidência da maioria dos tipos de câncer – pulmão, laringe, cavidade oral, esôfago, estômago, cólon, reto, bexiga, pâncreas, cérvix e ovário – é duas vezes mais alta que nas que ingerem esses alimentos em maiores quantidades.

A falta de instrução da população feminina idosa e mais carente vem acompanhada com o diagnóstico tardio, pois na zona rural o acesso ao serviço de saúde é difícil, além do despreparo dos profissionais e de instalações para lidarem com a problemática do câncer.

Das seis mulheres estudadas, apenas uma havia realizado o exame papanicolau há menos de dois anos. A grande maioria das mulheres só procura o serviço de saúde para realizar o tal exame quando iniciaram os sintomas. Fato lastimável, uma vez que o tempo de evolução entre uma lesão intra-epitelial e um câncer invasor é de três meses a dez anos, e o início da doença é insidioso, só apresentando sintomas nos estágios mais avançados. (MURAD e KATZ, 1996).

Analisando as idosas entrevistadas nos deparamos com uma gama de sentimentos que são semelhantes. A tristeza, a fé e o medo. Frente ao tratamento radioterápico duas das seis idosas estudadas disseram ter tristeza, três terem fé e uma confessou ter medo. Os três sentimentos estavam acompanhados da saudade, que consideramos como o sentimento comum a todas as idosas.

3.2. Os “SENTIMENTOS” DAS MULHERES IDOSAS EM TRATAMENTO RADIOTERÁPICO DE COLO DE ÚTERO

De acordo com FERREIRA (1978), sentimento é substantivo masculino, que significa *sensibilidade, capacidade para sentir, perceber, apreciar, afeto, afeição, entusiasmo, emoção, desgosto*; mas também significa *conjunto das qualidades morais do indivíduo*.

Compreender ou conhecer os sentimentos que mantêm as mulheres idosas em tratamento radioterápico significa compreender a forma como as pessoas enfrentam um acontecimento. Isto vai depender de vários fatores e, dentre estes, cabe destacar, de acordo com Milagros (2002, p. 9):

- Antecipação do acontecimento;
- Compreensão do acontecimento e interpretação subjetiva do mesmo;
- Os fatores de personalidade e a capaci-

dade de adaptação do indivíduo a novas situações;

- apoio social e emocional que recebe a pessoa.
- Saúde física e recursos físicos com os quais conta para enfrentar o estresse.

Alguns dos fatores assinalados, de acordo com a autora, podem sofrer diminuição, em especial a saúde física e o apoio social e, portanto, afetam a capacidade das pessoas, em especial as idosas, para enfrentar os acontecimentos.

Nas entrevistas realizadas com as idosas da pesquisa, pode-se antecipar que a saúde física está comprometida, em especial por se tratar de uma doença temida pela maioria da população, doença para elas desconhecida, e em torno da qual alimentam preconceitos e criam mitos. Mas é possível considerar que o apoio social ainda existe, pois essas idosas têm suas famílias e convivem com filhos, esposos, netos - ... *Aqui deitada pensando na doença; queria estar em casa com minha família. Estou com saudade dos meus filhos e dos meus netos, de 16 e de 13 anos (A.A.S).*

Mesmo com o apoio social, e aqui nos referimos principalmente ao apoio familiar, que certamente influencia na amenização do sofrimento, essas idosas manifestaram sentimentos de tristeza, de solidão, de medo, nessa fase do internamento para tratamento.

A tristeza é experimentada já no momento

do diagnóstico. Ainda hoje o câncer é encarado de longe, rodeado de preconceitos e mitos. A falta de informação reforça as dúvidas sobre o tratamento radioterápico. De outro lado, os cuidadores e pessoas que as assistem nas unidades hospitalares também carregam seus preconceitos e os manifestam.

Foi possível observar, durante a pesquisa, o sentimento de exclusão enfrentado pelas pacientes idosas, já no local onde ocorre a internação. A hierarquização espacial da enfermaria é um fato que chama a atenção. A enfermaria fica no final de um corredor escuro e separado do resto do hospital por uma divisória, que sempre está fechada. Esse fechamento pode traduzir para as idosas uma idéia de que devem ficar escondidas, de que não devem ser vistas por outras pessoas, e de que delas estaria exalando cheiros que outras pessoas não suportam.

Em uma das visitas feitas, presenciamos reclamação de servidores da saúde que encontravam a divisória aberta, manifestando indignação pelo odor oriundo da enfermaria. Ora, se o ambiente é reflexo da nossa qualidade de vida, cuidar da saúde em um ambiente escuro, isolado, e com desagradável odor é um paradoxo merecedor de preocupação.

Uma das entrevistadas relatou medo frente ao tratamento radioterápico. Confessou medo de ficar sozinha na sala durante a aplicação. O medo da solidão vem acompanhado do medo do desconhecido, uma vez que algu-

mas mulheres iniciam o tratamento sem estabelecer um diálogo com o médico para esclarecerem dúvidas e desmistificar a doença e o tratamento. - *Um pouco de medo ao ficar sozinha na sala de radioterapia, mas sinto alívio por estar fazendo este tratamento.*(MSJN); - *Peço a Deus pela saúde. [sinto] tristeza, muita luta e dor ao saber do problema* (NNC).

A nossa cultura tem reforçado o comportamento de muitos profissionais da saúde, quando negligenciam ou diminuem a importância dos sentimentos experimentados por pessoas em tratamento. As pessoas que estão com câncer podem não apenas mascarar a raiva, pela forma como são tratadas, como também encobrir e negar a depressão e tristeza que trazem ou é construída durante o isolamento para o tratamento. Como essas mulheres são de outra cidade, durante o tratamento elas se afastam das suas casas, dos seus relacionamentos, do seu cotidiano, ainda que seja garantido, pela unidade hospitalar, o direito a acompanhante. É preciso observar, no entanto, que essa idosa não conta com o seu acompanhante durante o tempo todo, porque a unidade, e o próprio tratamento, exigem regras para esse acompanhamento. - *Tristeza* (chorou no momento desta conversa); *tenho saudade do marido, da minha rocinha, dos filhos e dos netos....(IPS)*.

Esse sentimento de medo, inclusive da doença, que as idosas dizem experimentar, é muitas vezes escondido da própria família,

para não sobrecarregá-la, dizem. Isto faz com que essa idosa se sinta sozinha, aumentando a sensação de medo. Ao esconder sua emoção “inconveniente”, a idosa se torna cada vez mais desligada emocionalmente, e o medo aumenta, ao invés de diminuir com a ajuda de uma pessoa querida (SIMONTON, 1990).

Três das entrevistadas, demonstram fé como sentimento frente ao tratamento. Destas, apenas uma não sabia o motivo da internação, desconhecendo o diagnóstico. As outras duas sabiam o diagnóstico, mas falavam o nome da doença baixinho, ou colocavam apelidos do tipo “doença braba”. - a) *Muita fé em Deus e rezo para ficar logo boa, curada e voltar logo para casa. (JSO); b) Fé em Deus, ficar boa logo sair daqui, ir para casa. Estou com saudades dos filhos e dos netos (LSS).*

Além disso, também manifestam acreditar no tratamento, a exemplo do depoimento de IPS: *... Melhorou muito desde quando entrei aqui no hospital, estou tomando remédio, estou sendo bem tratada, gosto de todo o pessoal que trabalha aqui.*

A mulher idosa possui um universo peculiar. Cada uma delas traz uma história, um modo de vida, lembranças, esperanças, valores, preceitos e sentimentos. Corroborando o que Sant’Anna (apud SIMONTON, 1990, p.43) enfatiza, é possível destacar que a mulher idosa

possui uma história repleta de imagens de

vergonhas. Vergonha de ter sido afetada por uma doença, tradicionalmente, considerada inglória, relegada aos bastidores da cultura. Vergonha por abrigar um mal marcado pela imagem da corrosão, do desregramento orgânico ou do castigo divino. Vergonha que tende a transformar o doente no único responsável por seus sofrimentos.

Lidar com o câncer é complexo e lidar com idosa com câncer é muito mais. Nesse caso, o cuidado deve vir repleto de ternura, sinceridade e respeito por essas mulheres, que já enfrentaram uma vida inteira de lutas e que, no momento em que deveriam ter paz e alegrias, deparam-se com um diagnóstico que irá exigir delas força e garra.

O câncer é a doença mais temida da nossa cultura atualmente. O fato de estar associado à morte talvez seja a razão principal desse medo. Para os pacientes cancerosos, o medo se revela em visões de uma morte longa e dolorosa, que acabará por arruinar a família emocionalmente. Muitos dos pacientes ficam obcecados por esse medo e com frequência o reprimem. Esses medos são às vezes exagerados pela herança que o câncer carrega. Muitas pessoas ainda crêem que o câncer é incurável.

Talvez o câncer cause tanto medo porque ainda não compreendemos sua natureza nem podemos predizer sua evolução; e isso gera insegurança. Por causa do medo que rodeia o portador de câncer, muitas pessoas não per-

mitiam, e ainda não permitem, que os outros saibam que estão doentes.

È natural que o paciente canceroso e sua família sintam um certo medo. Porém, é pior quando não o enfrentam. A tentativa de esconder um sentimento tão poderoso e real quanto o medo leva a uma sensação de alienação em relação às outras pessoas. È importante lembrar que o medo é uma reação natural à incerteza.

O medo nunca é fácil de ser resolvido, pois nos faz lembrar da nossa vulnerabilidade. Queremos enfrentar o medo porque acreditamos que isso nos fará fortes e invulneráveis. No entanto, todos nós somos vulneráveis. Isto quer dizer que durante toda a nossa vida teremos que lidar com o medo. A partir do momento em que aceitamos nossos medos como naturais, podemos aprender a conviver com eles (SIMONTON, 1990).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de câncer, em qualquer fase da vida, vem acompanhado de dúvidas e incertezas. Compreender que cada ser humano é único melhora o enfrentamento desse diagnóstico, transformando-o em um fato, não em uma sentença.

As idosas, devido aos costumes adquiridos, assumem uma postura silenciosa e recatada. As idosas envergonham-se de ir ao

médico mostrar “as partes” e isso resulta na procura tardia por serviços de saúde. A vergonha também as faz calar frente aos sintomas, retardando ainda mais o diagnóstico. Muitas dessas pacientes assumem o papel de ouvintes e esperam que os profissionais de saúde as informem sobre o que querem saber.

Durante nossa permanência no ambiente de coleta dos dados, foi possível observar que parte da equipe multiprofissional de saúde não dispensava tempo suficiente para o diálogo com as idosas internadas para tratamento e, assim, percebemos que tais pacientes calavam-se ainda mais, guardando para elas seus medos e incertezas.

O desenvolvimento deste estudo mostra os sentimentos observados pela mulher idosa frente ao tratamento radioterápico. Constatamos que o medo, a tristeza e a fé são os sentimentos mais comuns. Com base nesse conhecimento acerca desses sentimentos, os profissionais de saúde podem traçar seu plano assistencial de forma direcionada às carências sentimentais enfrentadas pela mulher idosa com câncer do colo do útero, tendo assim um tratamento de excelência.

Como contribuição, gostaríamos de propor uma assistência de saúde oncológica humanizada, baseada no diálogo, compaixão, respeito e cumplicidade entre pacientes e profissionais de saúde. A sentença de câncer pode ser determinada a qualquer um; ninguém está imune

à oncogênese. A assistência humanizada possibilita que cada profissional se coloque no lugar do outro, do doente. Manter uma divisória de isolamento para amenizar o odor emanado pelo colo uterino canceroso é não saber que o INCA previu para o ano de 2005, 500.000 novos casos de câncer diagnosticados no Brasil.

De outro lado, oferecer aos profissionais da saúde, continuamente, uma educação continuada, atualizando conhecimentos, discutindo os problemas cotidianos da população, e das organizações assistenciais, os direitos e deveres do cidadão, pode significar mudança substancial de comportamento e de atitudes frente ao outro, em especial quando esse outro é doente e depende do tratamento público, mantido pela sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERGER, L.M e D. *Pessoas Idosas-Uma abordagem global*.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Ações de enfermagem para o controle do câncer*. 2ª edição. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. 3ª edição. Rio de Janeiro: INCA, 1999.

BRUNNER E SUDDARTH. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgico*. 8ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara koogan S.A. Volume 1. 1999.

MILAGROS, Martin. *Envejecimiento y Cambios Psicológicos*. Disponible en www.psiconet.com (acesible en 05.06.2002).

MINAYO, M.C. de S. *O desafio do Conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1998.

MURAD, A. M; KATZ, A. *Oncologia: bases clínicas do tratamento*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 1996.

PELLIZZON, A (Org.). *Rotinas e condutas em Radioterapia*. 2ª ed.. São Paulo: Lemar, 2002.

FERREIRA, Q. B. de H. Dicionário.

ROSENFELD, Isadore. *Viva Agora, Envelheça Depois – maneiras comprovadas de desacelerar o tempo*. São Paulo: UNESP/SENAC. 2002.

SALVAJOLI, J. V; SOUHAMI, L; FARIA, S. L. *Radioterapia e oncologia*. Rio de Janeiro: Editora MEDSI. 1999.

SIMONTON, S. M. *A família e a cura*. 2ª ed.. São Paulo: Summus, 1990.

Recebido em março 2008
Aprovado em agosto 2008

A ATIVIDADE FÍSICA NA VELHICE: A OPÇÃO PELA HIDROGINÁSTICA E OS BENEFÍCIOS DECORRENTES

Nayra de Melo Silva¹
Elma Pio Mororó José²

Resumo. No trabalho em questão procurou-se discutir as mudanças que ocorrem como consequência do envelhecimento, sejam elas na imagem externa, na pele, no comportamento, nos movimentos e na memória e a importância da atividade física, com ênfase na hidroginástica, considerada atividade física ideal para pessoas dessa faixa etária, em especial pelas melhorias que proporciona nos aspectos biopsicossociais. O estudo tem como objetivo caracterizar os efeitos da prática regular de exercícios físicos de baixo impacto e a satisfação com a vida em mulheres da terceira idade. Para tanto, foram selecionadas cinco mulheres que freqüentam aulas de hidroginástica regularmente e, por meio de entrevistas semi-estruturadas, buscou-se conhecer os motivos que as levaram a procurar essa atividade física. Os resultados obtidos deram conta de que a procura tem como motivo principal a orientação médica, a preocupação com a estética e a curiosidade. A partir dessas entrevistas, conclui-se que essas mulheres praticam a hidroginástica como forma de obter uma melhor qualidade de vida, e sentem-se satisfeitas com os resultados adquiridos.

1 Professora de Educação Física, Especialista em Gerontologia Social. Itabuna, Bahia, 2006.

2 Professora Assistente, Diretora do Depto. de Saúde da UESC. Ilhéus, Bahia

Palavras-chave: envelhecimento, hidroginástica, atividade física, terceira idade.

Abstract. In the work in question it was looked to argue the changes that occur as consequence of the aging, are they in the external image, the skin, the behavior, the movements and the memory and the importance of the physical activity, with emphasis in the hidroginástica, considered ideal physical activity for people of this etária band, in special for the improvements that it provides in the biopsicossociais aspects. The study it has as objective to characterize the effect of practical regular of physical exercises of the low impact and satisfaction with the life in women of the third age. For in such a way, five women had been selected who frequent lessons of hidroginástica e regularly, for by means of half-structuralized interviews, searched to know the reasons had taken that to look them this physical activity. The gotten results had given account of that the search has as main reason the medical orientation, the concern with aesthetic and the curiosity. From these interviews, one concludes that these women practice the hidroginástica as form to get one better quality of life, and feel themselves satisfied with the acquired results.

Key words: aging, hidroginástica, physical activity, third age.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento pode abranger o acúmulo de experiências, conhecimentos e habilidades, inclusive físicas. Essas experiências tendem a melhorar o potencial

individual para a tomada de decisões benéficas a cada pessoa, inclusive na saúde. Investimentos em atividade física podem produzir significativos impactos na saúde da população mais velha, com reflexos sobre a redução da morbidade e mortalidade. Nos dias atuais, as pessoas procuram algo além de exercícios como caminhada, corrida e natação, e neste sentido é que as academias introduziram métodos profissionais de condicionamento físico e manutenção das qualidades físicas como capacidade aeróbica, força, resistência física e orgânica, flexibilidade e coordenação motora.

O que se percebe é que os músculos sustentam as articulações e melhoram a postura. Além disso, os efeitos das atividades físicas sobre as tensões do dia-a-dia são muito benéficos, pois tranquilizam a mente e descontraem o corpo, contribuindo para toda a saúde.

O envelhecimento torna perceptível uma série de mudanças na imagem externa e no comportamento dos indivíduos; a força muscular diminui, os movimentos são mais cuidadosos, os reflexos são mais lentos, a memória vai se tornando menos vigorosa, os contatos com outras pessoas vão-se tornando mais reduzidos.

2. Os BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA PARA AS PESSOAS IDOSAS

A atividade física feita de forma orientada, estimula o coração, pulmões, músculos e também contribui para o bem-estar psicológico. Neste ponto, os idosos também são beneficiados, pois precisam ter a capacidade de se renovar constantemente, estimulando a aprendizagem, o raciocínio, a alegria e o prazer de viver, o que sem sombra de dúvida, prolonga a vida (COSTA, 1992)

Embora não se possa evitar o envelhecimento, é possível exercer influência sobre o modo como se envelhece. Envelhecer, portanto, pode significar enriquecimento espiritual e uma vida saudável. Nosso organismo precisa, para um desenvolvimento equilibrado, de exercícios, não apenas para satisfazer a vaidade da aparência de um físico bonito mas, principalmente, para manter a saúde e prolongar a vida.

Se o exercício beneficia o corpo, pode fazer maravilhas à mente, diz Bonachela (2001, p. 65). Com a prática regular de atividades físicas, o indivíduo na maturidade poderá alcançar benefícios do tipo: frequência cardíaca mais baixa, quando o coração passa a bombear o sangue com menor esforço e número de batimentos; aumento do CO₂ máximo – os pulmões absorvem maior quantidade de oxigênio, distribuindo-o ao organismo e proporcionando mais energia; músculos mais fortes e resistentes, pois o treinamento faz aumen-

tar a massa muscular, a força e a resistência; aumento da flexibilidade e amplitude articular, para melhorar a movimentação nas articulações, deixando-as mais livres, proporcionando bem-estar físico e psíquico e aliviando as tensões do dia-a-dia.

Além desses benefícios, esse autor fala, ainda, dos efeitos dos exercícios aquáticos no sistema nervoso central: aumento da performance psicomotora; melhora da coordenação motora; aumento da qualidade e precisão nos movimentos. Já no sistema músculo-esquelético e articular, causam aumento da massa muscular, força, resistência, flexibilidade e densidade óssea; melhora no deslocamento e equilíbrio, durante o ato de andar; diminuição da frequência de quedas, das dores articulares e das dores na coluna vertebral. No sistema cardiovascular e respiratório observa-se aumento da potência aeróbica, da vascularização do miocárdio, do consumo máximo de oxigênio além de normalizar a pressão arterial, diminuir a fadiga e fortalecer a musculatura do coração.

É de suma importância salientar que as atividades físicas podem ser um meio de o idoso manter seu organismo ativo, em bom funcionamento biológico e em equilíbrio com as relações afetivas e sociais. Os profissionais de educação física devem valorizar os programas de conservação da saúde e de atividades físicas direcionadas aos idosos, a fim de ge-

rar melhora na funcionalidade de seu organismo e, assim, contribuir para sua socialização e o seu bem-estar .

Sabe-se que os idosos praticantes de atividades físicas, além de se sentirem bem, têm mais disposição dentro e fora da família, são menos dependentes e (re) conhecem melhor o seu corpo, ultrapassando limites e barreiras que, muitas vezes, lhe são impostas.

O exercício físico na terceira idade pode proporcionar uma melhor qualidade de vida, pois mantém e melhora as atividades de vida diárias como: tomar banho, fazer compras ou dirigir. Uma pessoa sedentária pode começar com 15 ou 20 minutos diários de caminhada, o que já surte efeitos positivos.

Nesse contexto é que o exercício físico apresenta-se como possibilidade de aumentar os sentimentos de bem-estar e satisfação com a vida, o que contribui para melhor qualidade de vida no período de envelhecimento³. Em segundo, tem realce o fato de que o aumento no número de pessoas fisicamente ativas pode ter um forte impacto na redução de despesas com

³ É importante ressaltar que quando se fala de idosos, não se pode classificar o envelhecimento apenas pela idade cronológica e sim pela idade funcional dos diferentes órgãos e sistemas. Portanto, o grau do envelhecimento dos órgãos varia entre indivíduos idosos saudáveis ou não, sedentários ou ativos, de acordo com a diferença no estilo de vida. Exames médicos são importantes para definir a idade funcional do organismo (colesterol, triglicérides, densitometria óssea, eletrocardiograma de esforço).

a saúde no país. Em terceiro lugar, a saúde e a aptidão na velhice tornam o idoso mais capaz de envolver-se com sua família, com os amigos e com a comunidade, e de interagir com pessoas que são importantes para ele, de forma independente e bem sucedida.

Os indivíduos idosos ativos que se exercitam regularmente, têm diminuídos os efeitos do processo de envelhecimento, retardando-os consideravelmente. Com a idade, necessita-se de atividade física moderada como um meio preventivo de doenças e do envelhecimento não saudável.

Dentro deste contexto, salientam-se os benefícios trazidos pela prática regular de atividade física, mesmo quando iniciada em idade avançada. As adaptações ocorridas nas pessoas submetidas a um programa de atividade física são semelhantes às aquelas ocorridas em indivíduos jovens. Portanto, um programa de exercício adequado contribui para uma melhoria da qualidade de vida em qualquer idade.

A escolha do exercício ideal, entretanto, nem sempre é tarefa fácil. Mas a hidroginástica vem contando com total aval de médicos e especialistas, para quem não há contra-indicação e os exercícios podem ser feitos em qualquer idade. Mas é principalmente entre os que já passaram dos 40 anos que os benefícios são mais visíveis. A utilização da água como agente terapêutico é conhecida desde a antiguidade por diversas civilizações. Os

egípcios já construíram banheiras e os gregos conheciam chuveiros; os romanos usavam-na com finalidades curativas e recreacionais e elevaram o banho ao mais alto grau de refinamento (BONACHELA, 2001).

O exercício na água, conhecido como hidrogenástica, aquaginástica, ginástica aquática, aquaeróbica, fisioaquática, hidroexercício e “*aquamotion*” se expandiu por diferentes países e com objetivos distintos.

(...) na Alemanha a hidrogenástica surgiu para atender, inicialmente, a um grupo de pessoas de idade avançada que necessitavam de uma atividade física segura, que não causasse riscos e danos às articulações e que oportunizasse bem estar físico e mental. (BONACHELA e NOGUEIRA 1995, p. 19/31).

No Brasil, de acordo com Mazo, Lopes e Benedetti (2001, p. 171, apud KRUEL, 1994), a hidrogenástica só começou a ser praticada nos anos 70 e se desenvolveu inicialmente na região Sudeste. Sua expansão vai ocorrer na década de 90 e hoje tem um número significativo de praticantes. Desenvolvida inicialmente em Spas, aos poucos foi ganhando credibilidade e maior espaço nas academias de natação, clubes e universidades.

Trata-se de, segundo Krueel (1994), atividade alternativa de condicionamento físico, constituída de exercícios aquáticos específi-

cos, baseados no aproveitamento da resistência da água, como sobrecarga. Pode ser praticada por qualquer pessoa, independente de idade, sexo, nível de condicionamento físico ou de experiências anteriores com o meio líquido (KRUEL, 1994). Sova (1998) relata que a hidrogenástica é uma excelente atividade física para os idosos, mesmo para aqueles que não desenvolvem uma atividade física há muito tempo. O importante é estar ciente de que uma velhice tranqüila é o somatório de tudo quanto beneficie o organismo, a exemplo de exercícios físicos, alimentação saudável, espaço para o lazer, bom relacionamento familiar.

A lista de vantagens é extensa. A hidrogenástica trabalha a flexibilidade e a coordenação motora, favorece o sistema cardio-respiratório e dá mais qualidade ao sono. Além disso, os exercícios podem levar ao fim daquela eterna briga com a balança, desde que combinada com uma dieta alimentar adequada.

A piscina para o trabalho com a terceira idade, deve obter plano de acesso adequado, como degraus, rampas, barras de apoio ao redor das paredes das bordas, preferencialmente um piso antiderrapante, água bem tratada, profundidade crescente (não ocorrendo quedas bruscas) e variação de temperatura entre 28° a 30° C. É importante considerar que, antes de incluir o idoso nas aulas de hidrogenástica é necessário que o educador físico tenha em mãos uma avaliação médica,

para uma maior segurança do programa da atividade e do idoso, a fim de verificar a real capacidade funcional do aluno e de possível existência de problemas físicos.

As atividades físicas podem ser praticadas por quaisquer pessoas de diferentes níveis de capacidade física e de habilidades motoras, independentemente de sexo ou idade. O importante é que sejam adaptadas às capacidades de cada faixa etária e de cada condição física e psicológica, respeitando-se a plasticidade de cada ser humano e a heterogeneidade do envelhecimento e do desenvolvimento.

Em relação à quantidade de atividade física necessária para promover melhorias na saúde dos idosos e dos indivíduos em geral, vários autores Matsudo, (2001); Allsen, Harrison e Vance, (2001) propõem que, quanto maior a quantidade de atividades realizada durante a semana, tanto maior serão os benefícios para aqueles que as praticam. Esses autores sugerem que é necessário um mínimo de três vezes por semana, com um mínimo de trinta minutos por sessão, para se alcançar efeitos fisiológicos positivos. Entretanto, há que se pensar também em questões tais como a intensidade do exercício (leves, moderados ou intensos) e que existem variáveis psicológicas relacionadas à prática de atividades físicas, para se definir com segurança a quantidade e o tipo de atividade física a prescrever.

Sabe-se que o exercício adequado pode

adiar ou mesmo retardar as alterações associadas à idade nos sistemas músculo-esquelético, respiratório, cardiovascular e nervoso central; com isso, considera-se importante o conhecimento sobre a população em que irá desenvolver o trabalho (idoso), para poder prescrever os exercícios adequados atendendo às necessidades morfológicas, orgânicas e emocionais do grupo, assim colhendo bons resultados, tornando a atividade mais produtiva e lúdica para a terceira idade.

Existem atividades físicas de alta intensidade que buscam o melhor rendimento ou desempenho. Já as atividades físicas de baixa e moderada intensidade possuem o objetivo de manutenção das capacidades físicas. Ao contrário das primeiras, que implicam grande investimento físico e psicológico, e eventualmente podem provocar desgastes e comprometimentos de estruturas físicas, estas apresentam baixo risco para comprometimentos musculares ou articulares.

Sova (1998) afirma que se a aptidão aeróbica inicial é baixa, ela pode ser melhorada por uma baixa intensidade de treinamento. Um indivíduo de 55 anos, por exemplo, terá maior ganho se puder ser mantida uma frequência cardíaca em torno de 130 – 140 batimentos por minuto (bpm), entre 70 e 75% da capacidade máxima. Porém, é também proveitoso, mesmo que com ganhos mais lentos, o treinamento com frequências variando en-

tre 110 – 120 bpm, entre 55 e 65% da capacidade máxima. Isso torna de grande relevância conhecer a idade de cada idoso para uma melhor observação da sua frequência cardíaca, ou seja, é contra-indicado o tratamento generalista que despreza a heterogeneidade existente entre os idosos.

Certas precauções podem incrementar a segurança do exercício para o sujeito idoso. A visão, a audição e o equilíbrio já são menos eficientes. O idoso deve, assim, evitar esportes em que haja risco de colisões com oponentes ou com obstáculos. Se há um histórico de quedas, cuidados especiais são necessários para a realização de atividades que requeiram um bom equilíbrio (escaladas, ciclismo, corridas ou caminhadas). Em idosos submetidos à medicação hipotensiva, há o perigo de repentina perda de consciência, quando em pé, no final de uma série de exercícios, particularmente sob altas temperaturas, ou se as veias estão com os tônus diminuídos e relaxados depois de um período na piscina (IBID, 1998).

Pensava-se que a intensidade das atividades físicas deveria ser relativamente alta para assegurar que benefícios pudessem ser alcançados por idosos (FARIA JÚNIOR, 1997). Hoje se compreende que, para as pessoas mais velhas, já há vantagens para a saúde mesmo com um modesto aumento de atividade física regular. Assim, a dose recomendada de exercícios deve deixar o praticante le-

vemente cansado no dia seguinte, e não mais que isso. O processo de recuperação ocorre lentamente e um treinamento mais vigoroso deve ser realizado em dias alternados.

Exercícios de baixa intensidade, como, por exemplo, caminhadas, oferecem estímulos de treinamento e diminuem os riscos de deslizamentos e escorregões, bem como diminuem o impacto sobre os membros inferiores. A hidroginástica envolve exercícios variados realizados dentro da água, podendo ser desde alongamentos até exercícios aeróbicos, que promovem grande dispêndio de energia, mas sem sobrecarregar as articulações de base e o eixo do movimento. A força de flutuação determinada pela densidade da água pode fazer com que uma pessoa, submersa até os ombros, perca aparentemente até 90% de seu peso normal, fazendo com que o corpo ganhe estabilidade e equilíbrio. (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2001).

A hidroginástica pode apresentar vantagens para as pessoas com mais idade em relação aos exercícios em terra. A água age como relaxante, promove uma resistência muitas vezes maior que a do ar e, por isso, os movimentos são mais lentos.

Portanto, isso é uma vantagem, já que atua como sobrecarga, trabalhando os músculos de maneira eficaz. Nesse sentido, Rocha (1994) e Sova (1998) sugerem que, em face de tais características, essa modalidade de exercícios tem sido especialmente indicada para idosos.

A flexibilidade pode ser conservada por suaves movimentos levados em toda a amplitude das principais articulações. Se existe fraqueza muscular ou alguma patologia como a artrite, tais movimentos devem ser tentados em água aquecida. A flutuabilidade gerada pelo empuxo da água, que sustenta o peso corporal, e o aquecimento da água incrementa a flexibilidade imediata das articulações.

A exploração da hidroginástica pelos idosos portadores de perdas em capacidades funcionais permite-lhes atingir certo nível de aptidão músculo esquelética que favorece o desempenho das atividades instrumentais e das atividades básicas de vida diária. Além disso, como afirma Kucera (1984), um grupo realizando atividades físicas cria um meio social terapeuticamente eficaz, pois os exercícios em grupo reúnem dois elementos que influem sobre o comportamento humano: a participação em grupo e a movimentação do corpo.

Barbosa (2001) afirma que os objetivos de um programa de atividade física, como hidroginástica para a terceira idade, devem conter exercícios diretamente relacionados com as modificações mais importantes e que são decorrentes do processo de envelhecimento tais como: promoção de atividades recreativas (para a produção de endorfina e andrógeno, responsáveis pela sensação de bem-estar e recuperação da auto-estima); atividades de socialização (em grupo, com caráter lúdico);

atividades moderadas e progressivas (preparando gradativamente o organismo para suportar estímulos cada vez mais fortes); atividades de força, com carga (principalmente para os músculos responsáveis por sustentação/postura, evitando cargas muito fortes e contrações isométricas); atividades de resistência (com vista à redução das restrições no rendimento pessoal); exercícios de alongamento (ganho de flexibilidade e de mobilidade) e atividades de relaxamento (diminuindo tensões musculares e mentais).

3.0. AS MULHERES IDOSAS E A BUSCA PELA QUALIDADE DE VIDA: O CONTEXTO DA PESQUISA NA HIDROGINÁSTICA

Como o envelhecimento humano é um processo contínuo, durante o qual ocorre declínio das funções fisiológicas, o início de um programa de exercícios pode interferir positivamente, promovendo uma melhoria das capacidades físicas, da produtividade e da auto-estima do idoso. Estudos têm demonstrado que exercícios no solo oferecem muitos benefícios mas, quase sempre, são acompanhados de sobrecargas articulares, que acarretam dores em indivíduos de idade mais avançada.

A hidroginástica se apresenta diferenciada em relação a outras atividades devido às propriedades que o meio aquático oferece, auxiliando na movimentação das articulações, na

flexibilidade, na diminuição do impacto, entre outros, permitindo que se alcancem todos os benefícios dos exercícios em solo, com a vantagem de atenuar os efeitos colaterais. A unicidade da água está principalmente no seu empuxe, que alivia o estresse sobre as articulações sustentadoras de peso e permite que se realize movimento em força gravitacional reduzida. Dessa forma, as atividades que não sustentam peso podem ser iniciadas antes mesmo de serem possíveis no solo.

Os exercícios terapêuticos na água estão relacionados ao alívio de dor e espasmos musculares, manutenção ou aumento da amplitude de movimento das articulações, fortalecimento dos músculos enfraquecidos e aumento na sua tolerância aos exercícios, reeducação dos músculos paralisados, melhoria da circulação, encorajamento das atividades funcionais, manutenção e melhoria do equilíbrio, coordenação e postura.

Assim, avaliar os impactos que a hidroginástica exerce sobre o envelhecimento representa, portanto, avaliar a possibilidade do indivíduo ter uma expectativa de vida maior e retardar os efeitos do envelhecimento por conta de uma atividade física que representa menor impacto nas articulações. É preciso lembrar que nunca é tarde para se iniciar um programa de atividade física. O idoso pode beneficiar-se com a prática de exercícios até mais que os jovens. Os efeitos fisiológicos dos exer-

cícios combinados com aqueles que são causados pelo calor da água são uma das vantagens da atividade nesse meio. O resultado da imersão na água é semelhante em adultos e crianças e está relacionado à temperatura do corpo, à circulação e à intensidade dos exercícios, com variações permitidas dependendo do tamanho da pessoa e da sua necessidade.

Este trabalho foi desenvolvido tendo-se como foco a questão da relação entre a prática de atividades físicas de baixo impacto, as crenças de auto-eficácia física e intelectual e a satisfação com a vida em mulheres na meia-idade e idosas, participantes de um programa regular de hidroginástica.

As informações foram obtidas através de entrevistas realizadas com cinco mulheres residentes na cidade de Itabuna, Bahia, com idades entre 60 e 75 anos, freqüentadoras de Academia situada no centro da cidade. Nesta, as aulas de hidroginástica têm duração de 50 minutos e acontecem quatro vezes por semana. O período do estudo teve início em setembro e foi finalizado em dezembro de 2004. Este trabalho foi desenvolvido tendo-se como foco a entrevista. As participantes foram escolhidas aleatoriamente entre as hidroginastas do horário das 15:30h às 16:20h.

As entrevistas foram feitas unanimemente com mulheres, isso porque elas desenvolvem antes que os homens uma preocupação com a saúde, qualidade de vida e bem-estar

psicológico. Essas mulheres são geralmente de classe média e tem pelo menos o segundo grau completo, são casadas (apenas uma é solteira), têm idade média de 64,8 anos, com profissões que variam de funcionárias pública aposentada, professora, comerciante e do lar, com renda mensal média variável entre três e dez salários mínimos.

No contexto brasileiro, as mulheres de meia-idade e idosas formam um segmento que aparece cada vez mais conquistando espaço e criando novas demandas sobre as instituições sociais. Parte delas tende a frequentar grupos de convivência, programas educacionais e programas de lazer em que realizam atividades físicas, recreativas e sociais. Uma vez que as mulheres têm taxas mais altas de morbidade e frequentemente demonstram doenças como artrite e hipertensão, a participação em atividades físicas pode ser um meio para que elas vivam com mais qualidade esse período do ciclo vital e que envelheçam melhor (NERI, 2001b).

É preciso entender que esta mudança não aleatória já vem sendo desejada há muito tempo. Todavia, não foram as mulheres as primeiras a correrem em busca de novas formas de vida, seja pelo que faziam ou fazem dentro do seu lar, seja por falta de oportunidade, trabalho dobrado (fora de casa e ainda dentro de casa), porém o tempo hoje é outro e elas são as que mais gostam de si, desde a

aparência até a forma mais simples de aparecer. A mente do ser humano governa o corpo e não é diferente com as mulheres.

Faria Júnior (1997) acrescenta que existem mais mulheres idosas do que homens participando de programas supervisionados de atividade física, embora exista uma proporção comparável de homens e mulheres na população adulta e na fase inicial da velhice. Talvez essa diferença em participação deva-se ao fato de que, nessas idades, a maioria dos homens ainda trabalha, ao passo que entre as mulheres predominam donas-de-casa e trabalhadoras informais. Além disso, as mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os homens e tendem a se cuidar mais do que eles.

É importante compreender que, em qualquer momento do ciclo vital e em qualquer sociedade, qualidade de vida é um fenômeno de várias faces e, assim, é melhor descrito por intermédio de um constructo multidimensional. A avaliação das características de seus vários domínios tem como referência critérios biológicos, sociais e psicológicos aplicados às relações atuais, passadas e prospectivas de indivíduos, grupos humanos e sociedades com o ambiente físico e social. Nessa avaliação, são também levados em conta valores individuais e sociais a respeito do que é normal e do que é tido como desejável ou ideal quanto ao bem-estar objetivo e subjetivo.

Ao analisarmos os depoimentos das nos-

sas entrevistadas, vamos nos deter primeiramente na definição de idoso para o próprio idoso. Fato marcante nos depoimentos é que o idoso na maioria das vezes não se vê como idoso. Ou seja, não se sente velho.

Três das cinco entrevistadas, caracterizaram o idoso como alguém experiente, que vive uma bela fase da vida: *...quanto mais a gente vive mais a gente aprende...é a pessoa que viveu muito e sabe viver (GFB 68 anos); ...é uma pessoa que está passando por fase mais experiente... (SSC 60 anos); ...idoso pra mim é uma experiência de vida, porque é conhecimento, é uma vivência que você já teve mais e mais experiência no presente... (CDS 63 anos).*

Outra entrevistada vê o idoso como alguém dependente dos outros. *É uma pessoa mais ou menos dependente...tem as suas dependências (MG 62 anos).* Uma outra acha uma fase admirável e que precisa de certos cuidados com a saúde e a mente: *Eu admiro muito o idoso; é uma fase bela, eu acho (MAFA, 71 anos)*

Essas mulheres entendem que a velhice de suas mães e suas avós foi o período mais sombrio de suas vidas. Contudo, acreditam que os modelos antigos de envelhecimento não vigoram mais na atualidade. No mundo contemporâneo, a conquista da liberdade feminina é, para elas, um fato irreversível e redefine o que é envelhecer. Pela primeira vez é aberto um espaço para as mulheres de mais idade criarem novas regras e estilos de vida. É esse es-

paço que elas se apressam em ocupar. Nas artes, na literatura, no lazer e principalmente na atividade física. (DEBERT, 1999)

É importante analisar que as motivações das idosas para a preferência pela hidroginástica como atividade física giram em torno de:

1) **necessidade de firmeza do corpo e o incentivo das amigas** - *É bom para a saúde, agente conhece mais gente, a gente se sente com o corpo melhor, é uma atividade que eu acho ideal, é uma coisa assim que melhora a nossa mente e o nosso corpo, a gente também aprende muita coisa boa, (...) a pessoa fica com o corpo mais leve.* E continua a fazer a atividade pela preocupação com a saúde e pela vida social resgatada, tendo como principal mudança na sua vida diária a relação de convívio com outras pessoas. Com o envelhecimento acontecem alterações gradativas no domínio físico, psicológico e social. É a dita idade das mudanças. Segundo Rocha (1994) as alterações das capacidades físicas, anatomo-fisiológicas, psicossocial e cognitiva são comuns e evoluem progressivamente, no processo de envelhecimento. Todavia, podem ser proteladas e eliminadas com a prática da atividade física, como a hidroginástica. Além do mais, sua aplicabilidade deve ser moderada, progressiva e com exercícios adequados, atendendo às necessidades individuais e do grupo de idosos;

2) **orientação médica** - (...) *tinha pressão alta, sentia muitas dores nas pernas, na cabeça, tontura. (...) a minha pressão já não sobe tanto, com o regime de boca e a hidroginástica eu descobrir outra forma de vida, sou mais alegre, tomo menos medicação e não fico a queixar da vida. Continuam a praticar a atividade por se sentirem muito bem de saúde: Bem, eu estou me sentindo fisicamente bem (...).*

As mudanças apresentadas nas suas vidas diárias são respectivamente, entrosamento social, perda de peso, e conquista de novas amizades. *Porque como eu estava sem trabalhar, to sem trabalhar já há algum tempo, então meu convívio era mais familiar, então hoje eu tenho um convívio maior com o grupo da hidroginástica. A parte social principalmente, quando tem aquelas comemorações nos aniversários... .* A atividade física possibilita a convivência entre as pessoas e facilita a formação de grupos. Existe um aspecto sócio-afetivo já citado anteriormente por Erikson (1998), que possibilita o aumento da auto-estima, reintegração e sociabilização. Kucera (1984) observa que um grupo realizando atividades físicas cria um meio social terapeuticamente eficaz. Além disso, ainda contribuem para ampliar o quadro de amizades, gerar afetos positivos e melhor saúde percebida (ERIKSON, 1998). Espaços de convivência tornam-se locais privilegiados por mulheres em busca de lazer, informação,

convivência e participação social além da busca da cura. Essa procura tende a aumentar, graças à influência da disseminação da idéia de que permanecer ativo é ponto para a saúde física e mental na velhice.

3) **a curiosidade** - *Olha, eu fui fazer hidroginástica, é... eu sempre tive vontade de fazer hidroginástica, mais eu sempre me envolvia com outros exercícios, depois uma amiga minha me falou, "eu fiz hidroginástica (...). E eu por curiosidade, eu digo olha, eu vou fazer porque eu já fiz todos os exercícios e na água eu amo a água eu gosto de praia e água térmica também aí eu fiquei motivada pra exercitar as pernas, pra se locomover mesmo, pra se motivar mesmo.* A entrevistada continua a fazer a atividade como forma de prevenir problemas de saúde futuros. Sentir-se mais relaxada e passar a dormir melhor foram as principais mudanças na vida diária. Para se ter uma vida com qualidade, a prática de exercícios físicos regularmente é indispensável. Durante o trabalho, foram expostos os benefícios atrelados à atividade física, dentre os quais os benefícios psicológicos, com melhora na auto-estima e melhor auto-imagem corporal. Como foi verificado nesses depoimentos, a prática do exercício físico reduz os estados de estresse, depressão e ansiedade dessas mulheres de meia idade, especialmente porque, como afirma Bonachela (1994) a hidroginástica oferece benefícios morfológicos,

orgânicos e psicossociais, no idoso, proporcionando-lhe uma melhor qualidade de vida, tendo por conseqüência, a longevidade.

A atividade física pode recuperar as vivências corporais cotidianas que fazem parte da vida das pessoas, favorecendo a qualidade de vida e o bem-estar, sentimentos de independência, utilidade, mais esperança e vontade de viver, elevação da auto-estima, mais vitalidade e disposição, tornando-as mais saudáveis, mais sociáveis e felizes.

Segundo Oliveira (1999), os mais extensivamente estudados são os sistemas cardiovascular e ósseo, ambos afetados pelo processo de envelhecimento e pelas mudanças hormonais pós-menopausa. Estas incluem a osteoporose e as fraturas comuns dela decorrentes. Do ponto de vista psicossocial, a meia-idade é uma fase de transição de papéis e expectativas que se refletem na personalidade. Depois de diminuírem as obrigações ligadas à criação dos filhos, homens e mulheres podem equilibrar suas personalidades expressando características que anteriormente haviam sido suprimidas. As mulheres tornam-se mais assertivas e os homens tornam-se emocionalmente mais expressivos.

Para Erikson (1998), a meia-idade é a fase da resolução do conflito geratividade *versus* estagnação. Neste estágio, o foco está na educação e no cuidado das novas gerações. Há o confronto da pessoa com os deveres de

cuidador e uma crescente variedade de obrigações e responsabilidades, interesses e celebrações. A pessoa também pode envolver-se em diversas atividades na comunidade. Certa estagnação pode proporcionar um descanso que leva a maior criatividade no futuro; porém a estagnação excessiva pode levar à invalidez física ou psicológica. Nessa fase, a maturidade é um mecanismo regulador do desenvolvimento psicossocial.

Reconhecer as diferentes experiências do curso de vida, dar informações às mulheres sobre a meia-idade e a velhice, e estimular a prática de atividades físicas parecem ser boas alternativas para promover a sua saúde física e mental.

É crescente o número de mulheres que freqüentam academias e instituições sociais, em busca da prática da hidroginástica, indicada por amigas, por orientação médica ou até mesmo por vontade própria.

Como pode ser desenvolvida por pessoas de qualquer idade, a facilidade em praticar essa atividade tem feito com que um número de pessoas considerável eleja a hidroginástica como uma opção para melhorar sua qualidade de vida, além das facilidades de seu exercício.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BONACHELA, V. N. *Hidro Localizada*. 1º ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2001.

_____. *Manual Básico da Hidroginástica*. Rio de Janeiro: SPRINT. 1994.

CAMPION, M. R. *Hidroterapia: Princípios e Práticas*. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2000.

COSTA, Z. W. *Importância dos grupos de Terceira idade*. Blumenau: URB, 1992.

DEBERT, G.G. *A Reinvenção da Velhice*. São Paulo: Edusp, 1999.

ERIKSON, E. H. *O Ciclo de Vida Completo*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1998.

FARIA JÚNIOR, A. G. *Atividades físicas para a terceira idade*. Brasília: SESI-DN, 1997.

KRUEL, L. F. M. *Peso Hidrostático e Frequência Cardíaca em Pessoas submetidas a diferentes profundidades de água*. Santa Maria UFSM/CEFID. 1994. (Dissertação de Mestrado).

KUCERA, M. *Ginástica em grupo*. São Paulo: Manole, 1984.

MANIDI, M.J.; MICHEL, J. *Atividade física para adultos com mais de 55 anos*. São Paulo: MANOLE, 2001.

MATSUDO, S. M. M. *Envelhecimento e Atividade Física*. Londrina: Midiograf, 2001.

MAZO, G. Z. LOPES, M. A. BENEDETTI, T. B. *A Atividade Física e o Idoso: Concepção Gerontológica*. Porto Alegre: Sulina. 2001.

NERI, A. L. *Velhice e Qualidade de Vida na Mulher*. Campinas: Papirus. 2001 (a) Coleção Vivacidade.

_____. (Org.) *Maturidade e Velhice*. Campinas: Papirus. 2001 (b). Coleção Vivacidade.

OLIVEIRA, M. C. F. A. Menopausa, Reposição Hormonal e a Construção Social da Idade Madura. In: NERI A. L. (Org) *Velhice e Sociedade*. Campinas: Papirus, 1999

ROCHA, J.C.C. *Hidroginástica teoria e prática*. 2^a ed. Rio de Janeiro: Sprint, 1994.

SOVA, R. *Hidroginástica na Terceira Idade*. São Paulo: Manole. 1998.

Recebido em agosto de 2008
Aprovado em novembro de 2008

ACESSO E ACOMODAÇÃO DO IDOSO NOS TRANSPORTES COLETIVOS SOB O OLHAR DA FISIOTERAPIA: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A SAÚDE

Matheus Silva d' Alencar¹

Edméia Campos Meira²

Resumo. O acelerado processo de envelhecimento no Brasil traz desafios para governantes, sociedade e diferentes áreas do conhecimento. Uma dessas áreas, é a Fisioterapia, que desponta como aliada na promoção da autonomia e independência de pessoas, particularmente idosas, na sua vida diária. Conhecer as condições de acesso e acomodação dos idosos nos transportes coletivos, observar os aspectos ambientais vinculados ao transporte e averiguar a opinião do usuário idoso acerca do serviço oferecido foram as motivações deste estudo. Trata-se de estudo de natureza quanti-qualitativa, com dez informantes idosas, participantes do Grupo de Convivência da Igreja Maria Goretti, no Bairro da Mangabinha, em Itabuna-Ba. O estudo foi realizado nos lares das entrevistadas, em pontos de ônibus e interior desses veículos. Utilizou-se como instrumentos de coleta de dados formulário para registro das entrevistas, máquina fotográfica, além de observação participante, aplicando-se as recomendações dos princípios éticos de pesquisa em seres humanos.

1 Fisioterapeuta, Especialista em Gerontologia e Professor da UESB, Jequié, Bahia

2 Enfermeira, Professora Assistente. Universidade do Sudoeste da Bahia. Jequié, Bahia

Através da análise de conteúdo de Bardin, constatou-se que dos vários problemas percebidos estão: o não atendimento das necessidades das idosas para locomoção; as condições de acesso e acomodação; necessidade de melhoria dos serviços de transportes. Além de sinalizarem a necessidade de trabalhos conjuntos das diferentes áreas do conhecimento a exemplo da engenharia e arquitetura, as idosas também sinalizaram para a Fisioterapia a necessidade de atividades educativas e de orientação às pessoas idosas quanto à melhor forma de acessibilidade e acomodação aos veículos de uso coletivo, visando amenizar os danos causados aos usuários do transporte coletivo, lamentavelmente inadequados para qualquer dificuldade física.

Palavras-chave: Envelhecimento, Fisioterapia, Idoso, Transporte Coletivo.

Abstract. The sped up process of aging in Brazil brings challenges for governing, society and different areas of the knowledge. One of these areas, is the Fisioterapia, that blunts as allied in the promotion of the autonomy and independence of people, particularly aged, in its daily life. To know the conditions of access and room of the aged ones in the collective transports, to observe the entailed ambient aspects to the transport and to inquire the opinion of the aged user concerning the offered service had been the motivations of this study. One is about study of quanti-qualitative nature, with ten aged, participant informers of the Group of Convivência of the Church Goretti Maria, in the Quarter of the Mangabinha, Itabuna-Ba. The study it was carried through in the homes of the interviewed ones, in points of bus and interior of these vehicles. It was used as instruments of collection of data form for register of the interviews, photographic machine,

beyond participant comment, applying the recommendations of the ethical principles of research in human beings. Through the analysis of content of Bardin, one evidenced that of some problems perceived for the aged ones they are: not the attendance of the necessities of the aged ones for locomotion; the conditions of access and room; necessity of improvement of the services of transports. Beyond signaling the necessity of joint works of the different areas of the knowledge the example of engineering and architecture, the aged ones had also signaled for the Fisioterapia the necessity of educative activities and orientation to the aged people how much to the best form of accessibility and room to the vehicles of collective use, aiming at to brighten up the actual damages to the users of the collective transport, lamentably inadequate for any physical difficulty.

Key words: Aging, Fisioterapia, Aged, Collective Transport.

INTRODUÇÃO

Uma das principais preocupações de governantes e sociedade diz respeito à utilização dos transportes coletivos. Sua história se confunde com a da humanidade. Transportar é o ato de mover pessoas ou bens de um lugar para outro. Sem o transporte não haveria comércio; Sem o comércio não haveria cidades. As cidades são tradicionalmente os centros da civilização. Desse modo, o transporte contribuiu para tornar a civiliza-

ção possível.³ Ao longo da história, os transportes foram extremamente lentos e difíceis. Os povos viajavam à pé, transportando seus bens nas costas ou na cabeça. Os primeiros veículos com rodas surgiram perto do final da era pré-histórica; a roda foi inventada por volta de 3500 a.C; a invenção provavelmente teve início na Mesopotâmia, região do Oriente Médio, e tornou-se o mais usado meio de transporte da Antiguidade, juntamente com os barcos à vela. Os gregos e os romanos, cada qual em suas épocas, tornaram-se potências devido ao seus avançados sistemas de transportes.

A Idade Média veio acompanhada por grandes revoluções nos transportes. O aumento da velocidade dos veículos puxados a cavalo encorajou um uso maior de carroções para transporte de passageiros. Porém, devido ao fato de sacolejar bastante, os fabricantes de carroças tentaram corrigir esse problema construindo veículos com sistemas de suspensão, proporcionando certo amortecimento.

No início do século XX, os veículos motorizados revolucionaram o transporte. Navios transoceânicos, grandes dirigíveis, bondes elétricos, locomotivas a vapor e os primeiros automóveis produzidos em série transportavam pessoas mais rapidamente e a maiores distâncias do que em qualquer época ante-

3 Enciclopédia Delta Universal, Vol. 14, 1987.

rior. A maioria das formas atuais de transporte público consolidou-se na década de 1930. Antes, o transporte de passageiros era relativamente incomum. O desenvolvimento do transporte motorizado alterou essa situação drasticamente. Hoje, o transporte de passageiros é parte essencial da vida diária. Todos precisam se deslocar, seja para pequenas ou longas distâncias.

O ônibus, essencial no cotidiano, foi o meio de transporte coletivo escolhido para fazer parte deste estudo, pela maior facilidade de acesso aos idosos informantes da pesquisa, e pela frequência com que eles o utilizam. Atualmente, o idoso é amparado legalmente pelo Estatuto do Idoso, que regulamenta direitos e deveres dos órgãos responsáveis por variados tipos de serviços (Lei 10.741/03). De acordo com o Art. 44 dessa Lei, “aos maiores de sessenta anos fica assegurada a gratuidade nos transportes coletivos públicos, urbanos e semi-urbanos”. (BRASIL, 2003).

Os idosos, por apresentarem maior probabilidade de limitações funcionais, têm nos transportes coletivos um aliado, principalmente quando precisam de deslocamentos para consultas médicas, exames, compras, passeios, e o direito ao passe livre facilitou a vida dessa parcela da população. Entretanto, seria reducionista apenas relacionar o direito do idoso aos transportes coletivos sem observar como se dá o acesso e a acomodação

dessas pessoas. É nesse momento que se faz importante a compreensão do que seja Ergonomia. Trata-se de termo surgido durante a Segunda Guerra Mundial, como uma necessidade de favorecer o bem-estar do ser humano em seus diversos ambientes. Porto (1994, p. 23) considera que a Ergonomia

é o estudo do relacionamento entre o homem e seu trabalho, o equipamento (maquinário), ambiente e aplicação dos conhecimentos de anatomia, engenharia, fisiologia, sociologia e psicologia na solução dos problemas surgidos deste relacionamento.

Etmologicamente, a palavra Ergonomia deriva do grego *érgon*, que significa trabalho, e *nomos*, leis ou regras; podendo conceituá-la como as leis que regem o trabalho. Contudo, não é apenas ao trabalho que a Ergonomia é associada, e sim à relação do homem com o ambiente físico que ele frequenta. Por conta disso, é importante analisar o ambiente, pois fatores interdependentes, como temperatura, espaço físico, iluminação, ventilação e ruídos podem influenciar diretamente na qualidade de vida do indivíduo.

2. A FISIOTERAPIA COMO ALIADA DE UMA VELHICE SAUDÁVEL

A população idosa, na sua maioria, já sofre com as conseqüências impostas pelo processo

de envelhecimento, e cada vez mais as doenças crônicas não-transmissíveis interferem na sua capacidade funcional. Para seu conforto, o parágrafo 2º. do Art. 44, do Estatuto do Idoso reserva dez por cento dos assentos em transporte coletivo para os idosos, e esses assentos devem ser identificados para que, de direito, e de fato, os idosos sejam seus usuários.

Apesar do importante papel que a lei abriu para a pessoa idosa, a sociedade é conhecedora dos desafios que isso representa para todos, independente da idade. Além da gratuidade, os idosos precisam de conforto e segurança na sua locomoção. Isso inclui fatores como dimensões de uma poltrona e distância entre elas, altura entre degraus, presença de barras paralelas nas escadas, largura das catracas, espaço interno destinado à população idosa que tem direito à gratuidade.

É que, em termos de preocupação com a saúde da população idosa, é necessário uma boa acomodação, com poltronas confortáveis, que mantenham a coluna na posição ereta, com conforto para a região cervical e a região lombar da coluna bem apoiada sobre os ossos do quadril, os pés bem firmes no chão e os joelhos e cotovelos à 90º, apoio para membros superiores, para que o idoso se sinta mais seguro no caso de uma freada brusca, por exemplo, além de pisos antiderrapantes, boa ventilação e iluminação local, tudo isso para não provocar excessivo gasto energético ao idoso.

Serrano (1990, p. 68) afirma que:

para ficar com o pescoço relaxado, é preciso manter a postura ereta, com a região lombar protegida pelo encosto da cadeira (...) a cadeira, com regulagem de altura, deve permitir que o usuário apóie os pés inteiros no chão. De acordo com a estatura média do brasileiro, essa altura varia de 42 a 55 cm.

A todo instante, utilizamos a fisioterapia para realizar nossas atividades, seja para nos abaixar, pegar um objeto no alto de uma prateleira, sentar, levantar, respirar, escrever, ou digitar. Resta saber se da maneira correta.

Nos transportes coletivos não é diferente. Qual a forma correta de subir para o ônibus, de descer do ônibus, de sentar nas poltronas, de levantar, e como se comportar diante de uma freada brusca?

É importante o conhecimento de que o corpo é formado por articulações móveis, semimóveis e imóveis. As móveis são aquelas que permitem uma grande amplitude de movimento, como o joelho, cotovelo, ombro e quadril. As articulações semimóveis são as que permitem pouca amplitude de movimento, como as articulações formadas pelas vértebras da coluna. As imóveis são as que não apresentam movimentos, como as dos ossos do crânio. Sendo as móveis as que permitem uma maior amplitude, elas são as mais

apropriadas a realizar movimentos mais complexos.

Para subir no ônibus são necessários movimentos de flexão e extensão de quadril, flexão e extensão de joelho, e dorsi-flexão e flexão plantar de tornozelo. É necessário que a musculatura dos membros superiores trabalhe, para segurar nas barras paralelas localizadas nas portas dos ônibus. Para sentar, as articulações dos membros inferiores também atuam e é importante apoiar a planta dos pés no chão e manter os joelhos e quadril à 90°; porém, as pessoas devem estar sempre atentas, em casos de freadas mais intensas. Os membros superiores devem permanecer descansados nos apoios laterais, com cotovelos também à 90°. Para Sobrinho (1990, p. 16), “o braço deve ficar pendido na vertical, formando um ângulo reto com o antebraço”. É importante que não haja excesso de trabalho dos músculos do pescoço e do tronco, principalmente da coluna; as vértebras da coluna formam articulações que pouco se movem, e um movimento mais brusco pode gerar dor.

É cada vez mais evidente que a atenção e a atuação da fisioterapia junto à população idosa não deve preconizar apenas a detecção de doenças, mas a identificação de incapacidades e suas causas, nem sempre relacionadas com as doenças presentes. Esta preocupação se reveste de crucial importância, ao considerarmos que a perda gradativa das funções

leva à limitação nas atividades de vida diária (AVD's), que afetam indubitavelmente a qualidade de vida. O aumento de incapacidades (principalmente as motoras) é causa freqüente de institucionalização precoce de idosos. Vale a pena lembrar que a Organização Mundial da Saúde (OMS), já em 1982, preconizava, como meta para os vinte-trinta anos seguintes, que a maioria dos idosos pudesse viver na comunidade durante a maior parte de suas vidas, integrada a ela e interagindo com dignidade e nível adequado de qualidade de vida.

Não se tem dúvidas da necessidade da prevenção, especialmente naqueles idosos em que a condição geral patológica tem alterado de forma significativa a sua independência. Não só é importante a promoção de fatores que possibilitem o retardo do envelhecimento patológico, mas que evitem fatores capazes de estimular a perda da capacidade ou da independência. É importante ressaltar que sempre existe um exercício ou atividade física capaz de beneficiar o paciente idoso, dependendo, porém, das condições físicas do próprio indivíduo e do seu grau de resistência à fadiga, cabendo ao fisioterapeuta saber adaptar e escolher as melhores técnicas, a forma correta de administrá-las, a duração das mesmas.

A importância da promoção da saúde através da educação vai se tornando cada vez mais necessária. São ações planejadas especificamente para orientar as pessoas sobre a

saúde, de modo que elas possam adotar mudanças voluntárias em seus comportamentos, optando por hábitos de vida mais saudáveis.

A maioria das pessoas que são consideradas idosas, ao contrário do que muitos pensam, possuem plasticidade, poder de reversibilidade e capacidade de modificação do processo que as afetam. O desempenho de um indivíduo, em qualquer atividade, pode ser melhorado independente da idade e com relativamente poucos recursos. O fisioterapeuta trabalha com pessoas idosas em diversas situações, desde indivíduos idosos saudáveis, em programas que visam a promoção da saúde e a prevenção das deficiências, ao tratamento de pacientes idosos internados, asilados ou em serviços de ambulatório, além de poder prestar serviços em seus domicílios ou em instituições comunitárias. Seu trabalho pode abranger o exame da pessoa, seu tratamento, ensino, orientações e assistência legal.

3. O IMPACTO DO USO DOS ÔNIBUS NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO .

Por se tratar de um estudo quanti-qualitativo, os resultados obtidos foram analisados e interpretados com base na análise de conteúdo, de Bardin (1979). Trata-se de uma das mais antigas técnicas de pesquisa que, de acordo com o autor (*idem*, p. 42), é constituída por

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Nela, é possível relacionar todas as variáveis encontradas na pesquisa e nisso poder associar as referências utilizadas com o que encontramos na realidade.

Na pesquisa, observou-se que 80% das idosas são donas de casa, o que traduz envolvimento diuturno com as chamadas AVD's. Um percentual de 90% tem renda familiar de até 3 salários-mínimos, 80% mora com outros membros da família, e 70% não necessita de companhia para utilizar o ônibus urbano. Isso mostra que, de algum modo, são idosos independentes e capazes de realizar essa atividade. Apesar dessa independência, cerca de 90% apresentam algum tipo de patologia, como hipertensão arterial (60%), diabetes (30%) e doenças osteoarticulares como Osteoartrose (40%) e Osteoporose (10%). Essas últimas merecem atenção por parte do idoso e de toda a família. A Osteoartrose, principalmente em joelhos, coluna e membros superiores, pode prejudicar o acesso do idoso aos transportes coletivos em casos, por exemplo, de degraus altos; a Osteoporose pode facili-

tar o surgimento de uma fratura, em caso de desequilíbrio e consequente queda. A fisioterapia é um excelente recurso preventivo e de reabilitação que minimiza os efeitos indesejáveis causados por essas doenças crônicas não-transmissíveis.

Quanto à relação do idoso com o ônibus urbano, a pesquisa permitiu constatar que o início da tarde e o início da manhã são os períodos em que os informantes mais usam ônibus (40 e 30%, respectivamente), e que pelo menos 50% deles o utilizam uma vez por semana, em média. O direito à gratuidade aos idosos é muito útil, porém, em períodos mais intensos em número de passageiros, como no início da manhã, as vagas destinadas às pessoas idosas podem estar ocupadas por gestantes, mães com crianças de colo e deficientes físicos, que têm o mesmo direito, o que faz com que o idoso tenha que pagar para utilizar o serviço, esperar o próximo ônibus ou ir em pé.

O idoso corre riscos maiores de sofrer acidentes, devido, dentre outros fatores, à redução dos reflexos e da força muscular, e da instabilidade postural. Embora 90% das entrevistadas nunca tenham sofrido acidentes em ônibus e 80% afirmem estarem satisfeitas com os serviços dos transportes públicos, as queixas quanto ao desconforto, as imagens de idosas subindo e descendo do transporte com muita dificuldade pela altura do degrau, a acomodação interna que nem sempre signi-

fica estar adequadamente sentado ou mesmo em pé, a falta de barras acessíveis para segurar, quando este idoso ainda tem força muscular suficiente, motoristas que não aguardam o tempo suficiente para a acomodação do idoso, dando a partida no veículo imediatamente após a entrada do idoso, foram algumas das observações que a pesquisa permitiu captar, e que são situações que trazem conseqüências para o idoso, capazes de comprometer a sua capacidade funcional, podendo deixar seqüelas, na medida em que sejam situações repetidas e contínuas.

Apesar de o profissional fisioterapeuta possuir conhecimentos capazes de contribuir com a população idosa para minimizar as seqüelas no uso dos transportes coletivos, essa pesquisa teve também a preocupação de ouvir os entrevistados para saber o que pensam a respeito da qualidade dos serviços oferecidos pelas empresas de transporte urbano e quais sugestões poderiam ser dadas para o alcance de melhorias nesses serviços. Seus relatos foram interpretados e classificados a partir dos núcleos de sentido e categorias construídas a partir dos objetivos do estudo e depoimentos dos entrevistados, possibilitada pela técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1979).

Com os dados, foi possível construir três núcleos de sentido, mostrados a seguir com suas respectivas categorias: 1) atendimento satisfatório das necessidades dos idosos pelo

transporte coletivo; 2) facilidades de acesso e acomodação nos ônibus e 3) a melhoria dos serviços.

Quadro 1: Atendimento das Necessidades dos Idosos pelo Transporte Coletivo . Itabuna/Ba, 2004.

CATEGORIA 1 – Sim, atendem!
Vejo muita gente se queixar, mas comigo nunca aconteceu nada. Eu peço pra eles pararem e eles param. (Idosa 1)
Sim, porque eles esperam a gente subir e descer. (Idosa 2)
Sim, porque quando tem que ir pra longe fica mais fácil. (Idosa 3)
CATEGORIA 2 – Sim, atendem! Porém...
Quando teve problema, foi quando ele não podia parar pra eu descer do ônibus. Só foi isso. (Idosa 4)
(...) eu acho que é preciso conscientização. Sabemos que a frente é um espaço para os idosos, gestantes, e muitas vezes os próprios funcionários, policiais, usam esse espaço. As próprias autoridades e a comunidade têm que se conscientizar. Eu peguei um ônibus e um rapaz forte, novo, estava sentado e sentado ficou. (Idoso 6)
Atendem sim, mas há catracas apertadas, e os degraus são altos. (Idosa 10)

CATEGORIA 3 – Não atendem, porque...
(...) os ônibus, algumas vezes, não param. Comigo já aconteceu, principalmente quando só tem um idoso. (Idosa 7)
(...) há demora; tem vezes que falta paciência. (Idosa 9).

O quadro 1, mostra a percepção das idosas quanto a utilidade e qualidade do serviço dos transportes coletivos. O sentido do coletivo nem sempre vai aparecer nas falas, porque a satisfação é individual, ainda que ouçam/vejam tratamento inadequado com outras pessoas; as contradições prevalecem. Um dos depoimentos considera que o fato de atender bem consiste em parar no local pretendido pelo passageiro; outro considera que a paciência do motorista é importante nesse atendimento.

É importante realçar as contradições nas respostas. Apesar de afirmarem que os serviços de transportes coletivos atendem as suas necessidades, alguns idosos colocam restrições. Afirmam faltar consciência à população, educação aos profissionais do volante, eliminação das barreiras arquitetônicas.

E como está sendo o acesso e a acomodação desses idosos aos transportes coletivos, na visão dos mesmos?

Quadro 2: Condições de acesso e Acomodação das Idosas. Itabuna/Ba, 2004.

CATEGORIA 1 – Com dificuldades de acesso e/ou acomodação.
Quando subo ou salto do ônibus, os joelhos doem. Os degraus são altos. (Idosa 1)
sinto dificuldade para subir e descer. Acho também que as cadeiras são muito altas (Idosa 3)
Quando sinto as dores na coluna, fica difícil subir. A distância entre as cadeiras é muito pouca, é apertada. (Idosa 8)
tem vezes que o ônibus enche muito, e a gente tem que ficar de pé. (Idosa 9)
Não sinto dificuldade para ir ao ponto e para subir e descer. Só na acomodação, quando uma pessoa mais nova tava sentada numa cadeira pra idoso. Não gostei. (Idosa 7)
CATEGORIA 2 – Sem dificuldades de acesso e/ou acomodação.
Aqui em Itabuna, não tem esse problema. Se tem alguém mais nova sentada nas cadeiras pra idosos eu falo: ‘esse é lugar pra gente da nossa idade’. (Idosa 2)
Não tenho dificuldade pra subir no ônibus. (Idosa 4)
Sento normalmente e não tenho dificuldade de entrar. (Idosa 10)

No quadro 2, pode-se observar as inúmeras dificuldades apresentadas, seja pela Os-

teoartrose em joelhos, complicada ainda pela baixa estatura da idosa, seja pela distância do calçamento, seja pela altura da pista, inferior à altura do degrau do ônibus, exigindo um esforço bem maior para esse acesso. Contam ainda no grau de dificuldades a altura das cadeiras nos veículos, que interfere diretamente na acomodação, já que nem todas as idosas conseguem apoiar os pés. Além disso, a pouca distância entre as cadeiras pode provocar, em caso de uma freada brusca, lesões e escoriações, ou até um traumatismo na cabeça ou na região do tórax. A superlotação dos veículos e a educação dos passageiros foram aspectos também considerados.

Tendo como um dos objetivos deste estudo descrever os aspectos ambientais que envolvem os transportes coletivos, foi necessário observar além do interior dos ônibus, os pontos de acesso aos mesmos. Importante informar que, das residências dos idosos aos pontos, não há nada que possa interferir negativamente no acesso a esses, tendo pontos próximos de suas casas.

Para se ter acesso aos ônibus, deve-se entrar pela frente, sendo que o espaço físico até a catraca é pequeno. Todos aqueles que têm direito ao passe livre permanecem nesse local, e sua acomodação torna-se incômoda. As cadeiras são fixas ao chão e sua altura é única, independente da altura do usuário, tanto para pessoas de baixa estatura (que ficam

com os pés suspensos do chão), como de estaturas altas (que ficam “espremidos” entre as cadeiras). Seu piso apresenta risco de escorregar, podendo causar acidentes, principalmente em idosos com dificuldades de locomoção e de manutenção da postura em pé.

Muitos dos pontos espalhados pelo município de Itabuna não oferecem condições satisfatórias de acesso e acomodação, não só aos idosos como também a outras faixas de usuários. Alguns pontos de ônibus são identificados apenas por placas, ou não apresentam bancos para os usuários esperarem com mais conforto. Outros, mais centralizados e com grande fluxo de passageiros, apresentam cobertura e locais para sentar, porém apresentam altura baixa de calçamento, o que interfere no acesso dos idosos aos ônibus

QUADRO 3: MELHORIA DOS TRANSPORTES COLETIVOS, NA PERCEPÇÃO DAS IDOSAS. ITABUNA/BA, 2004.

CATEGORIA 1 – Educar motoristas e sociedade.
Eles (motoristas) poderiam parar pra gente, não se apressar. Eles deveriam fazer melhor o trabalho. (Idosa 4)
Eles (motoristas) deveriam ter um pouco mais de paciência para as pessoas subirem e descerem dos ônibus. (Idosa 5)

<p>Tem que melhorar muito. Ter atenção com os idosos, não criticar e respeitar os idosos. Eles vão ser velhos também. (Idosa 8)</p>
<p>CATEGORIA 2 – Não obrigatoriedade da carteira de passe.</p>
<p>Para os idosos, muitas vezes, eles poderiam não ter a necessidade de mostrar a carteira de passe. O físico mostra que ele é um idoso. Acredito que a culpa não é do motorista; ele cumpre ordens. (Idoso 6)</p>
<p>CATEGORIA 3 – Modificação nas barreiras arquitetônicas.</p>
<p>Se tivesse mais um degrau, seria melhor. Como eles fazem com os deficientes, com aquele elevador, poderia fazer algo para os idosos. (Idosa 1)</p>
<p>(...) os degraus são altos, deveriam baixar um pouco mais. (Idoso 6)</p>
<p>devem baixar os degraus da entrada dos ônibus. (Idosa 10)</p>
<p>Tem que ter mais espaço na frente, ou que os idosos entrassem por trás. É muito velho pra os ônibus transportar. (Idosa 9)</p>
<p>Tem que melhorar um pouco a altura das cadeiras e a distância entre elas. (Idosa 3)</p>

As sugestões envolvem desde a educação de motoristas e de toda a sociedade, à não obrigatoriedade da apresentação da carteira de passe ao motorista. Outras sugestões es-

tão ligadas diretamente à Fisioterapia e Ergonomia, considerando o agravamento de doenças crônicas e as barreiras arquitetônicas. A sugestão de mais um degrau nos ônibus poderia diminuir as dores e limitações funcionais conseqüentes à Osteoartrose em joelhos. A ampliação do espaço interno pode significar mais conforto e segurança.

Ainda que tenha havido muitas melhorias nos transportes coletivos, é fato que essas melhorias não chegaram a todos os lugares e ainda há muito a melhorar. Gostaria de relatar alguns pontos negativos observados durante a pesquisa de campo. Numa das viagens, um idoso teve que ficar de pé, pois não havia vagas. Duas das vagas destinadas a quem tem direito a passe livre estavam ocupadas por pessoas jovens e sem limitações funcionais. Neste caso, faltou educação dos mesmos para ceder a cadeira. Em outro caso, uma idosa fazendo uso de muletas, se desequilibrou ao subir. Isso mostra que os aspectos ergonômicos nos transportes coletivos oferecem riscos à saúde do idoso.

Diante dessas considerações, e pensando como profissional da área da saúde, surgem algumas sugestões para melhoria desses serviços à população idosa. Importante lembrar que há barras de apoio para os pés localizados abaixo das cadeiras da frente, mas que não oferece total segurança aos usuários. Portanto, sugere-se que as cadeiras dos ônibus, assim

como as usadas em escritórios, devam ter alturas ajustáveis. Cada usuário teria condição de colocá-la na altura mais confortável. Isso permitiria, também, uma melhor segurança, pois o usuário poderia ter melhor apoio.

A distância entre as cadeiras de trás e da frente é muito pequena, e o maior espaço entre elas poderia diminuir os riscos de acidentes e conseqüentes traumas. A altura entre o calçamento e o primeiro degrau do ônibus deveria ser reduzida. Muitos são os idosos com problemas de coluna e joelho, e um movimento mais brusco poderia agravar uma situação já grave. Como o gasto seria maior ao modificar a distância entre os degraus, sugere-se que procure aumentar a altura dos locais de parada dos ônibus, obrigando-os a pararem mais próximos dos locais elevados.

Com a contribuição da fisioterapia, este estudo buscou apresentar uma visão preventiva, de modo que as barreiras arquitetônicas presentes nos transportes coletivos e ambientes que circundam a população idosa não venham aumentar as dificuldades impostas pelo envelhecimento bio-fisiológico ou por patologias crônicas já instaladas, e que interferem na capacidade funcional e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida.

Muitas poderiam ser as sugestões propostas, e algumas não foram colocadas. Mas, como dito no início, este não é um estudo concluído, e sugere-se algumas complemen-

tações e/ou modificações. Para que ocorram modificações fundamentais para o favorecimento do acesso e acomodação satisfatórios, é importante a atuação de uma equipe multiprofissional, composta, dentre outros, de engenheiros e arquitetos, para que possamos intervir, cada qual com seus conhecimentos, para a melhoria da qualidade de vida da população idosa, no uso do transporte coletivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRASIL . ESTATUTO DO IDOSO. 2003.

PORTO, M. A. M. Análise Ergonômica do Trabalho. In: *Proteção*, nº 31, vol. 06: 1994

SOBRINHO, T. G. Antropometria e sua aplicação de ergonomia. In: *Telemig: Telecomunicações de Minas Gerais S.A.* 1990.

SERRANO, R. No compasso da ergonomia. In: *Informática*. 1990.

Recebido em abril de 2008
Aprovado em outubro de 2008

DISPOSITIVOS LEGAIS E EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DO IDOSO NO MUNICÍPIO DE ITABUNA, BA

Diêgo Edington Argôlo¹

Natália Maria Reis Oliveira Furtado²

Resumo. Aborda as políticas públicas implementadas na cidade de Itabuna, com o escopo de melhorar a qualidade de vida da população idosa, em sua interface com a legislação em vigor. Visa, por conseguinte, compreender o funcionamento dos órgãos que assistem a terceira idade no município e destacar as possíveis causas e conseqüências da violência contra os idosos. Para tanto, focaliza o tema da violência contra o idoso, a partir de um estudo bibliográfico e documental, correlacionando-a a estudos empíricos e casos concretos descritos na literatura, para identificar os fatores que determinam sua ocorrência. Tece considerações acerca da necessidade de maiores investimentos por parte do poder público, no que se refere às políticas voltadas à terceira idade, bem como ressalta a importância do conhecimento dos dispositivos legais de proteção ao idoso, por parte de toda a população, como estratégia para reivindicação e manutenção de direitos deste grupo etário.

1 Graduando do curso de Direito da Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC. E-mail – diego_edington@hotmail.com

2 Professora Assistente da Universidade Estadual de Santa Cruz e da Faculdade de Ilhéus. Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia – UFBA. E-mail- natfurtado@uesc.br

Palavras-chave. Velhice - qualidade de vida – cidadania - Lei 10.741/03.

Abstract: The present work comes to approach the public policies accomplished in the city of Itabuna, with the aim of improving the quality of life of the elderly population, in its interface with the nowadays law. It aims to comprehend the ongoings of organizations that help the old age at the city, and point out eventual causes and consequences of the violence against the old aged. For such, it focuses the violence against the olds' theme from a bibliographical and documental study, relating it to empirical studies and true facts described in literature, to identify the means that determined its happening. It frames considerations about the necessity of huger investments by the public authorities in what concerns the policies to the old age, as well as it emphasizes the importance of acknowledgement of the legal devices of old aged protection, held by all population, as a strategy to revendication and maintenance of this age group rights.

Key words: old age; quality of life; citizenship; Law 10.741/03.

INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento acelerado pode ser facilmente percebido em todo o mundo. Os dados da Organização das Nações Unidas (ONU) revelam que o Brasil possui o sexto maior aumento de envelhecimento da população mundial. Em um País que so-

fre tais transformações, a criação de políticas públicas que direcionem e regulem o bem-estar desse segmento se mostra uma medida imprescindível para a manutenção da cidadania. Analisando esse contexto, Giatti e Barreto (2003) destacam que:

O Brasil apresenta um dos mais agudos processos de envelhecimento populacional entre os países mais populosos. A proporção de pessoas idosas com sessenta anos e mais aumentou de 6,1% (7.204.517 habitantes), em 1980, para 8,6% (14.536.029 habitantes) em 2000, correspondendo a um aumento absoluto de 7,3 milhões de indivíduos [...].

O crescimento da população idosa gera significativas repercussões nos âmbitos político, social e jurídico. O Brasil já demonstrou algumas delas em sua legislação, na medida em que foram elaboradas leis que visam, sobretudo, garantir a qualidade de vida desse segmento etário.

A qualidade de vida e o envelhecimento saudável requerem uma visão mais ampla, e historicamente situada, de um conjunto de fatores que compõe o cotidiano do idoso³. Não se pode pensar uma vida saudável, dissociando

3 A Organização Mundial de Saúde - OMS definiu como idoso um limite de 65 anos ou mais de idade para os indivíduos de países desenvolvidos e 60 anos ou mais de idade para indivíduos de países subdesenvolvidos (MENDES et al., 2005).

do-a do lazer, auto-estima, educação, moradia, etc. No que tange ao idoso, deve-se levar em consideração uma série de outros fatores que interferem nessa situação, como a natureza biológica, a modificação das relações familiares e seu *status* na sociedade, que dão uma nova feição à questão e requerem um tratamento diferenciado.

Na seara legislativa podemos destacar algumas leis, de criação recente, que impõem um tratamento diferenciado ao idoso. A própria Constituição Federal de 1988 já revela que a sociedade e o Estado têm o dever de cuidado para com o idoso e, nesse sentido, a Política Nacional do Idoso, estabelecida em 1994 (lei 8.842), também criou normas para assegurar os direitos sociais. Mas é o Estatuto do Idoso (lei 10.741/03) a mais recente conquista no plano legislativo e pano de fundo para o presente estudo.

A garantia dos direitos do idoso passa pela verificação de como a política pública é desenvolvida e aplicada na sociedade. Neste contexto, interfere a condição sócio-econômica da população idosa que, muitas vezes, representa um empecilho à efetividade dessas medidas públicas, pois inviabiliza o conhecimento acerca dos direitos existentes. Partindo desse ponto, é interessante questionar, em relação ao idoso, qual o seu grau de informação e de acesso às políticas públicas voltadas a esse segmento?

Verifica-se que o município de Itabuna, BA, no que se refere às políticas públicas para a terceira idade, não difere da realidade constatada no País. Constata-se, outrossim, que a cidade presta uma assistência insuficiente ao idoso (D'ALENCAR, 2004) em função de múltiplos fatores: desconhecimento da legislação em vigor; ausência de vontade política capaz de gerar intervenções públicas conseqüentes; inadequação das políticas públicas implementadas; baixo nível de organização e reivindicação da população idosa e carência sócio-econômica das famílias do idoso.

No sentido de tentar identificar os possíveis fatores que produzem esse *status quo*, buscamos conhecer essa realidade, fundamentando-a numa pesquisa bibliográfica e com o suporte de fontes documentais. Para tanto, num primeiro momento, visitamos o Conselho Municipal do Idoso (CMI), o Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), o Ministério Público (MP) e a Secretaria de Assistência Social (SAS) na tentativa de levantar documentos reveladores das ações promovidas por essas instituições, na direção do atendimento das demandas do segmento etário em estudo e na definição de políticas públicas capazes de contribuir para uma maior qualidade de vida dessa população na cidade.

Diante do exposto, acreditamos que tal metodologia ensejará a consecução da intenção de esclarecer os direitos do idoso, constantes

na legislação brasileira, e apontar possíveis soluções para os problemas enfrentados pela população idosa do município. Além disso, vislumbramos elucidar as causas que corroboram para a existência de reiterados casos de violência contra o idoso, bem como analisar a forma como a Lei trata dessas ocorrências e como esta tem sido aplicada no âmbito do município de Itabuna, BA. Para tanto, torna-se imprescindível analisar o que já existe, em termos legislativos, que assegura os direitos do idoso no Brasil, a exemplo do Estatuto do Idoso, constatando se há consonância entre o que está normatizado e o amparo que a justiça oferece aos idosos, no município em estudo. Finalmente, identificar os órgãos municipais que assistem ao idoso em Itabuna e conhecer suas ações desenvolvidas, tendo como parâmetro a maior ou menor aproximação em relação ao que dispõe o Estatuto do Idoso e o trabalho desenvolvido com os idosos na cidade.

Abordaremos, no presente artigo, o tema da violência a partir de um estudo da literatura existente, correlacionando-a a um caso concreto, para analisar os fatores que interferem nessa relação, considerando o papel da família nesse contexto. Trataremos, também, das instituições que trabalham em prol do idoso na cidade de Itabuna, a exemplo do CMI, CREAS, MP e SAS, verificando a importância e a situação de seus serviços presta-

dos ao município. Todo estudo será desenvolvido com base nos contextos legislativo e judiciário, de forma a estabelecer uma conexão entre o mundo jurídico e a situação do idoso no país e no município de Itabuna.

2. VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO

O Brasil vive uma inversão da sua pirâmide etária. A faixa etária denominada “terceira idade” cresce a passos largos. Esse fato decorre da maior longevidade obtida com os avanços da medicina, aliados a maior conscientização dos hábitos saudáveis que devem ser seguidos pela população. Assim, Minayo (2003) destaca que “[...] no Brasil, por exemplo, dobrou-se o nível de esperança de vida ao nascer em relativamente poucas décadas, em uma velocidade muito maior que os países europeus que levaram cerca de 140 anos para envelhecer⁴”. Entretanto, mais tempo de vida da população não significa que suas necessidades básicas estão sendo garantidas. Muito pelo contrário, com o aumento do número de idosos, os problemas se acentuaram e as políticas públicas empreendidas têm se mostrado insuficientes ao aten-

4 [...] é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevivida prolongada” (MENDES et al., 2005).

dimento dessa demanda crescente. Ou seja, estamos diante de um grave problema que clama por competência técnica e vontade política para o seu efetivo equacionamento. Tal aspecto parece ser corroborado pela autora supracitada ao afirmar que:

[...] apesar de toda essa veloz mudança, a maioria dos velhos está na faixa de 60 a 69 anos (a faixa onde a vitimação por violência, incide mais freqüentemente), constituindo-se em menos de 10% da população total. Já na Europa, são os grupos acima de 70 anos os que mais crescem [...]. De qualquer forma, sendo mais de 13 milhões de cidadãos brasileiros, é impossível que os idosos e os problemas que lhes dizem respeito passem despercebidos no país [...].

O problema da violência contra os idosos, conforme Minayo (2003), apresenta múltiplas facetas, e, para a sua apreensão, exige considerar aspectos: demográficos, sócio-antropológicos e epidemiológicos. Entendemos, outrossim, que os aspectos jurídicos e de educação, para o exercício da cidadania, demandam estudos aprofundados com vistas a popularizar o conhecimento do aparato jurídico disponível, visto que a ninguém é dado desconhecer a lei (BRASIL, 1988).

A terceira idade carece de respeito aos seus direitos básicos, principalmente aqueles vinculados diretamente a uma existência humana saudável. Isso é agravado quando o

idoso pertence às camadas economicamente desfavorecidas da população, por necessitar de muito mais amparo do poder público. Neste particular, nos apoiamos em D’Alencar e Alves (2004, p. 38) quando afirmam: “A velhice não é homogênea para todas as pessoas nessa condição, ainda que compartilhem o mesmo lugar”. Isso, muito provavelmente, ocorre em função das singularidades dos sujeitos na inter-relação com as condições materiais de (sobre)vivência. Desta forma, “envelhecer” envolve dimensões de ser e existir no mundo determinadas pela ação concomitante de diversos fatores intrínsecos e extrínsecos aos sujeitos do processo, o que torna a abordagem da questão do “envelhecer” numa sociedade desigual ainda mais complexa.

Dentre os problemas enfrentados pelo idoso, a violência aparece como um dos mais graves, visto que ocorre geralmente dentro de casa. De acordo com Meira (2004, p. 33):

a violência intrafamiliar pode ser considerada como qualquer tipo de relação de abuso praticado no contexto privado da família contra qualquer um de seus membros, manifestada como agressão física, psicológica, sexual, financeira, abandono ou negligência.

Tal fenômeno, mesmo com a aprovação do Estatuto do Idoso, não sofreu mudanças significativas, pois o medo e a vergonha, por par-

te do violentado, continuam motivando, na maioria das vezes, o seu silêncio. Além disso, Minayo (2003) destaca que mesmo quando o sujeito chega a buscar atendimento junto às redes de assistência à saúde, se depara com um quadro de profissionais que demonstra pouco envolvimento no que se refere a transcender os problemas físicos (objeto do tratamento), mesmo quando em seu diagnóstico fica evidente a existência de violência como causa básica das ocorrências.

Segundo matéria divulgada no Jornal do Brasil (FALEIRO *apud* FILHOS, 2007), foi realizada uma pesquisa sobre violência com idosos, envolvendo mais de 50 especialistas, entre professores e alunos, nas 27 capitais brasileiras, tendo como base as denúncias registradas no Ministério Público, nas Secretarias de Assistência Social, na Polícia e no Disque-Idoso. Vicente Faleiro, pesquisador associado da Universidade de Brasília, publicou os resultados dessa pesquisa no livro “Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores”. Segundo o pesquisador, constatou-se que: dos quase 18 milhões de idosos do país, 12% já sofreram maus tratos; dos 61 mil casos denunciados nas 27 capitais, os principais apontados são de humilhação, desqualificação e discriminação. Contudo, verificou-se que a violência física e a financeira também mereceram destaque e foram de grande recorrência nas cidades. Observaram-se casos em

que o idoso ficava preso dentro do porão ou era impedido de sair de casa (cárcere privado⁵). A pesquisa ainda revelou que 54% das agressões foram cometidas pelos próprios filhos dos idosos e que a situação agravou-se no que se refere às mulheres idosas, que representam 60% das vítimas agredidas. Isso decorre do fato das idosas estarem em maior vantagem quantitativa e por permanecerem maior tempo dentro de casa, o que, em alguns casos, refletem anos de submissão à visão machista cultivada em nossa sociedade.

A violência intrafamiliar é motivada pelo grau de dependência da vítima com o seu parente. O idoso agredido não tem coragem de denunciar seu agressor, seja pelo vínculo emocional ou pela certeza da impunidade. Vários são os motivos que fazem com que essa situação se perpetue. Esse tipo de agressão é muito mais constante do que se imagina e acontece de forma silenciosa dentro dos lares. Muitas vezes a violência é compreendida como um meio necessário e habitual de tratamento dispensado ao idoso em nossa sociedade. Tal prática lastreia-se no entendimento de que a família do idoso tem direitos sobre o mesmo, que representa um estorvo na dinâmica familiar. Um exemplo dessa situação aparece no estudo realizado por Bessa (2008) em um asilo de Fortaleza, onde foi constatado, através

5 Tipificado no Código Penal, art. 148.

de entrevista com os idosos, que muitos deles passaram por conflitos familiares por não serem aceitos ou não se ajustarem mais no contexto familiar, motivo principal que os levou a procurar essa instituição para viver.

Casos graves de violência contra o idoso são recorrentes na mídia nacional. Prova disso é o exemplo da família que, ao desconfiar da agressão à idosa pela empregada, na cidade de Jundiaí, interior de São Paulo, instalou uma câmera escondida e constatou que a vítima de 86 anos sofria maus tratos. Na filmagem, a empregada doméstica é flagrada dando tapas no ouvido da idosa, esticando seus cabelos e segurando um pano, de forma agressiva, na boca da senhora, que já não andava e não falava, na hora de sua refeição (CÂMERA, 2008).

Muito mais que um caso isolado, esse tipo de situação é a tradução da covardia e desrespeito à condição de um ser humano, que está sem condições de se defender. A reiteração dessas situações, em diversos lugares do país, demonstra que o Estatuto do Idoso ainda não se traduziu numa realidade amplamente experimentada por esse segmento etário. Logo, não são simples casos do cotidiano, a agressão ao idoso se tornou questão de saúde pública, que merece um tratamento diferenciado por parte das autoridades.

A violência se traduz de várias formas em relação ao idoso. A violência sexual que, na terminologia do Direito Penal é todo atentado

contra o pudor de pessoa de outro sexo, por meio de força física, ou de grave ameaça, com a intenção de satisfazer nela “desejos lascivos”, ou “atos de luxúria”. A agressão física ocorre a partir de ofensas físicas, com ferimento de qualquer natureza, podendo até resultar na morte do idoso. Existe, também, a agressão moral, que acontece através de palavras ofensivas ou injuriosas (SILVA, 2007). Esse último tipo de manifestação da violência assume formas mais perversas, vez que seus resultados, muitas vezes, não se dão a perceber facilmente e seus efeitos sobre a psique do indivíduo, por vezes, desembocam no rebaixamento da auto-estima e na depressão. Tal processo se agrava pela tendência de “naturalização”, considerado inerente ao envelhecimento do idoso. Diante desse cenário de violência, o estado depressivo do idoso é relativamente comum às vítimas dessa ação. Segundo Irigaray (2007), a depressão é um “distúrbio da área afetiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional em qualquer faixa etária”. A autora, ainda, ressalta que esse impacto funcional se acentua quando se refere ao idoso que, geralmente, sofre diversas complicações em sua saúde física.

O dever de cuidado ao idoso pela família e pelo Estado, estabelecido pela Constituição Federal (1988), e aqui já supracitado, é, comumente, desrespeitado em nossa sociedade, que negligencia esse cuidado. Assim, se

estabelece o abandono, ou seja, a falta de assistência que deve ser prestada à determinada pessoa. Além disso, os maus tratos correspondem aos cuidados que se afastam da forma correta de tratamento, traduzidos em imposições descabidas ou em castigos imoderados impostos à pessoa, que depende daquele que é seu cuidador (SILVA, 2007). A negligência, entendida “como a recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso em aportar-lhe os cuidados de que necessita”, é uma das formas de violência mais presentes, tanto em nível doméstico quanto institucional em nosso país (MYNAIO, 2003).

Diante desse rol de arbitrariedades, as instituições asilares representam um lugar de amparo a esses idosos. Nesse sentido, os autores Creutzberg, Gonçalves e Sobottka (2008) se referem à sigla ILPI, “Instituição de Longa Permanência para Idosos”, para denominar esses locais que têm a função de assistir ao idoso “quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família”. Porém, como todas as outras instituições que assistem ao idoso, estas, também, estão em desacordo com a Lei.

Em estudo sobre quatro casas asilares de Ilhéus e Itabuna, BA, D’Alencar e Alves (2004) verificaram que três delas são geridas por senhoras de caridade e representantes religiosos, quando, na verdade, a legislação exige

que esse trabalho seja realizado por profissionais da área da saúde. Segundo estes autores, a sociedade enxerga essas instituições de forma preconceituosa, comparando-as a manicômios e locais para o isolamento de pessoas indesejáveis no meio social. Além disso, constataram, ainda, alguns fatores que contribuem para o aumento na procura dos asilos, como: empobrecimento da população e redução do poder aquisitivo de quem envelhece, déficit de empregabilidade dos filhos e aumento de pessoas vivendo só.

As causas da violência contra o idoso são acentuadas pela situação econômica das famílias, que devem ter maior responsabilidade sobre o idoso, e que também necessitam de ajuda do próprio Estado, que não lhes garante os direitos básicos. Resta-nos a seguinte questão: como então alguém que necessita de apoio estaria apto a cuidar de um idoso que precisa de muito mais cuidados? Desses problemas emanam os fatores que colaboram para o mau trato generalizado ao idoso. Quanto mais pobre for o idoso, mais vitimizado será em todas as esferas e menos acesso à informação e justiça irá dispor. Souza (2007) também compartilha dessa percepção quando afirma que “as violências contra o idoso se manifestam de forma estrutural, aquelas que ocorrem pela desigualdade social e é naturalizada nas manifestações de pobreza, miséria e discriminação”. Em outra via, a família

carente está mais propensa a negligenciar os mais velhos e não tem recursos para garantir-lhes uma qualidade de vida básica.

Do cenário de vivência do idoso, emerge, de forma imprescindível, a necessidade de conscientização da sociedade acerca dos direitos existentes em relação à terceira idade. Hodiernameamente, contamos com algumas leis que visam garantir a dignidade dessa população etária. Urge, por conseguinte, que esse aparato legal seja de conhecimento de todos, visto que as leis só possuem eficácia quando são compreendidas pelo corpo social e efetivadas pelas diversas instâncias de poder governamental.

3. LEGISLAÇÃO E APOIO INSTITUCIONAL AO IDOSO NO MUNICÍPIO DE ITABUNA, BA

As relações sociais na contemporaneidade demandam um conjunto de regras que regulem as relações humanas minimizando conflitos e gerenciando interesses, nem sempre compatíveis. Estas relações podem se dar a partir de vínculos formais ou informais. Logo, as relações estabelecidas entre os indivíduos assumem variadas combinações e respondem às demandas, derivadas do lugar social ocupado pelos sujeitos, em suas diversas fases de desenvolvimento. Neste contexto, as relações sociais informais correspondem às ligações estabelecidas sob o lastro da afetivi-

dade em seus diversos níveis e intensidades. Já as relações ditas formais são marcadas pelo foco nos papéis sociais experimentados pelos indivíduos, via de regra, mediados por instituições formais (ROSA et al., 2007).

Constatamos que o aparato legislativo, normalmente estabelecido na maioria das vezes, privilegia, enquanto alvo de proteção, a população economicamente ativa, o que deixa de fora os extremos da pirâmide geracional. Dentre outros aspectos, constata-se “na sociedade atual, capitalista e ocidental, que qualquer valoração fundamenta-se na idéia básica de produtividade, inerente ao próprio capitalismo” (MENDES et al., 2005).

Minayo (2003) chama atenção para o “desinvestimento” político e social na pessoa do idoso. Acrescenta, ainda, que “a maioria das culturas tende a separar esses indivíduos, segregá-los e, real ou simbolicamente, a desejar sua morte”. Este aspecto do problema é, ainda, potencializado pelo fato de que mesmo quando essas faixas etárias são contempladas, a legislação produzida, não raro, se transforma em “letra morta”, vez que não se faz acompanhar de políticas públicas conseqüentes e suficientes em termos de alcance e duração.

A aprovação do EI, em outubro de 2003, revela que o Brasil vem se preocupando mais com a situação do seu novo perfil demográfico, modificado principalmente pela ampliação da expectativa de vida da população. A

Lei 10.741/03, que deu origem ao Estatuto, não é a pioneira, pois, desde 1994 está em vigor Lei 8.842 que dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e estabelece as competências próprias a cada setor governamental. É importante ressaltar que o artigo 230, da própria Constituição Federal (BRASIL, 1988), já garantia o amparo às pessoas idosas, pelo Estado e pela família. Contudo, atribui-se, no imaginário popular do brasileiro, uma maior validade à Lei, em detrimento da própria Constituição.

Fazendo uma análise de todos esses textos normativos, percebemos que há um verdadeiro arcabouço legislativo que visa garantir a qualidade de vida do idoso. Todavia, quando partimos para a compreensão da realidade, surge um grande descompasso entre o que está escrito e o que efetivamente acontece nas práticas sociais.

O artigo 46 do Estatuto do Idoso diz que (2003, p. 1096) “a política de atendimento ao idoso far-se-á por meio do conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”. Mas, percebemos a inexistência de integração entre esses setores, no sentido da elaboração e cumprimento de políticas públicas, que garantam os direitos do idoso.

Tendo como limite geográfico o município de Itabuna, que conta hoje com aproximada-

mente 18 mil idosos, podemos contabilizar vários aspectos em que a ação efetiva dos órgãos, que assistem à terceira idade, não está em consonância com o EI. Vale dizer que isso ocorre não somente por ineficiência dessas instituições, mas por entraves conjunturais, como a falta de verbas, a morosidade da justiça e a carência de setores especializados na questão do idoso.

A cidade de Itabuna conta alguns órgãos que prestam assistência a população da terceira idade, como a Secretaria de Assistência Social (SAS), o Conselho Municipal do Idoso (CMI) e o Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), que atuam em conjunto com o Ministério Público (MP). Trataremos, a seguir, da atuação e funcionamento dos referidos órgãos em sua interface com o aparato legal.

2.1. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SAS)

O trabalho da SAS é desenvolvido para auxiliar as famílias de baixa renda do município de Itabuna. Esse mesmo setor presta assistência ao idoso. Contudo, notamos que não há uma organização adequada, até mesmo pelo fato de não possuírem registro sistemático das ocorrências envolvendo idosos, conforme revelado por ocasião de visita a este órgão da gestão municipal, ou, de outro modo,

não desejou disponibilizá-lo. Assim, pode-se inferir que, um setor que desconhece a realidade do seu objeto de trabalho, não está plenamente capacitado ou aparelhado para atender essa população. Em ambos os casos, encontramos indícios do descaso do poder público municipal face à situação do idoso.

2.2. CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO (CMI)

O Conselho Municipal do Idoso surgiu em maio de 1999, através da Lei Municipal 1.787, com o objetivo de definir e estabelecer as diretrizes políticas municipais do idoso. Hodiernamente, o órgão tem seu campo de atuação voltado à assistência e à garantia dos direitos do idoso na cidade de Itabuna. Sua estrutura, conforme prevê seu regimento, admite de seis a trinta membros e é composta por órgãos governamentais. Esses órgãos podem ser municipais (Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação, Cultura e Desporto); estaduais (Departamento do Idoso da Universidade Estadual de Santa Cruz) e; federais, (Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), através do Setor de aposentados e Pensionistas). Admite, ainda, entidades civis, como abrigos, clube da terceira idade e Fundações.

No Conselho, a figura dos Conselheiros dos idosos é de fundamental importância, pois representam os órgãos públicos e entidades ci-

vis na estrutura da instituição. São eles que realizam as votações e decidem acerca do funcionamento da entidade. Na estrutura interna do CMI existem três instâncias de deliberação, gestão e consulta: Conselho Pleno, Diretoria Executiva e Assessorias Técnicas.

A atuação do Conselho envolve a promoção de palestras de conscientização para grupos de terceira idade, escolas e sociedade em geral; realizam-se inspeções em hospitais, para sugerir melhorias nas condições de assistência a saúde do idoso e trabalham no atendimento às vítimas de agressões (por demanda espontânea ou por encaminhamento do MP). Dentre as áreas de atuação do Conselho, os casos de maus tratos se mostram um problema freqüente na cidade. Diariamente são registradas denúncias nas quais os idosos são vítimas das arbitrariedades dos familiares, vizinhos ou pessoas estranhas ao seu convívio, que se aproveitam da fragilidade própria da condição de ser idoso. As agressões se traduzem em abandono material, negligência, maus tratos e violência física, que afetam a integridade física e psicológica do idoso. Com base nos estudos realizados por Minayo (2003) quando se refere ao contexto nacional, constatamos que o quadro acima descrito, infelizmente não é um privilégio da cidade de Itabuna, o que pode ser melhor compreendido a partir do fragmento textual a seguir:

No âmbito das instituições de assistência social e saúde, são freqüentes as denúncias de maus tratos e negligências. Mas nada se iguala aos abusos e negligências no interior dos próprios lares, onde choque de gerações, problemas de espaço físico, dificuldades financeiras costumam se somar a um imaginário social que considera a velhice como "decadência".

A partir da denúncia de violência contra o idoso, o trabalho do Conselho consiste em fazer o acompanhamento da vítima e da família. O(s) funcionário(s) e, ou o(s) Conselheiro(s), visitam o local denunciado e verificam a situação existente. Constatada a agressão, busca-se fazer o trabalho de conscientização do dever de cuidado que os parentes devem ter com o idoso. Existem casos mais graves, em que o idoso é submetido a condições tão ultrajante que sua convivência no seu domicílio se torna inviável. Desse modo, o Conselho desloca o idoso para um asilo, que passa a assumir a responsabilidade por seus cuidados.

2.3. CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CREAS)

O CREAS atua na mesma linha de assistência do Conselho do Idoso, no que se refere ao acompanhamento das vítimas de agressões, porém possui um número menor de registros

de casos em função do seu tempo de atuação, a partir de outubro de 2007, visto que era um órgão de assistência exclusiva à criança e ao adolescente. Constatamos que dos 13 casos registrados, quatro são de abandono material, oito são de maus tratos, um de violência física e violência psicológica, que consiste em agressões verbais e diminuição da condição do idoso, sendo que desses casos, cinco são combinações de negligência e maus tratos.

As denúncias chegam ao CREAS através do Ministério Público, que exige o acompanhamento do caso até a sua solução, mas podem, também, serem feitas no próprio CREAS. O atendimento, assim como o do Conselho, se dá por visita ao idoso no seu local de habitação. A verificação da ocorrência é feita por meio de entrevista com a suposta vítima, instrução acerca dos seus direitos e advertência aos familiares a respeito da inadequação das condições a que o idoso encontra-se submetido. Todas essas ações têm como finalidade o resgate dos vínculos familiares, cujo objetivo está amparado no art. 49, em seu inciso I, do EI. Logo, os vínculos familiares, e até mesmo com a comunidade, são de extrema importância para a manutenção da qualidade de vida do idoso, pois, através dessas relações, o idoso se sente mais seguro para o enfrentamento das adversidades que a vida oferece (LEITE, 2008).

Apesar dos órgãos de assistência ao ido-

so trabalharem no sentido de melhorar a sua qualidade de vida, essa atuação ainda é insuficiente diante de uma realidade tão aviltante que acompanha o dia-a-dia do ancião. Aliadas a esse fator, tem-se as próprias dificuldades encontradas por estes órgãos no cumprimento de suas missões institucionais.

2.4. MINISTÉRIO PÚBLICO (MP)

O MP é um dos pilares na garantia da qualidade de vida dos idosos, pois mantém relações com todos os órgãos que os assistem, no sentido de que investiga, juntamente com o CMI e o CREAS, os casos de maus tratos, chegando a fazer visitas *in loco*. Também atua recebendo e enviando denúncias para serem investigadas, inclusive à delegacia, e autoriza o acompanhamento dos assistentes sociais por policiais ao domicílio da vítima, quando os familiares inviabilizam a entrada e o trabalho dos profissionais.

O trabalho do Ministério Público é de fundamental importância para a efetividade das políticas públicas da terceira idade. Entretanto, o MP nem sempre está disponível, pois tem que atender a todas as outras demandas que o município oferece. Assim, há um comprometimento da sua atuação, e isso não pode ocorrer com o idoso que necessita de um atendimento amplo e rápido.

O Conselho do Idoso solicitou, durante a Conferência Regional do Idoso, que ocorreu na Associação Atlética do Banco Brasil (AABB) de Itabuna, no dia 29 de maio de 2008, a disponibilidade de um promotor especializado para o atendimento dos casos de violência contra o idoso, o que seria ideal para garantir um acompanhamento efetivo das ocorrências, vigilância e manutenção dos direitos.

3. LEGISLAÇÃO E EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DO IDOSO

Tendo em vista a garantia dos direitos do idoso e o funcionamento das instituições que prestam assistência aos mesmos, percebe-se que grande é o descompasso entre o que a lei preconiza e o que ocorre de fato. O Conselho do idoso, por exemplo, não recebe ajuda financeira da prefeitura e sobrevive graças aos recursos disponibilizados pelo Sindicato dos Aposentados e Pensionistas do Estado da Bahia (SINDAPEB). Ocorre, também, que muitos dos seus pedidos, a despeito de serem fundamentados na legislação em vigor, não são atendidos pelas instâncias competentes. Essas dificuldades também são encontradas em nível nacional. O próprio Conselho Nacional do Idoso esbarra em muitos obstáculos no que se refere à decisão e distribuição dos recursos, o que prova que a falta de organização para assistência ao idoso não é uma

questão específica de Itabuna, mas sim, do Brasil como um todo (TEIXEIRA, 2007).

Na direção do atendimento às demandas do idoso podemos citar a Lei Orgânica do Município de Itabuna que determina, em seu artigo 218, § 2 (1990, p.78) “aos maiores de 65 (sessenta e cinco) anos será garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos”. Verificamos que esse direito já se vê garantido na prática. Essa foi uma das reivindicações do Conselho juntamente com outras sugestões, a exemplo da instalação do Conselho Municipal em todas as cidades e o pedido da implantação de uma delegacia especializada do idoso no município para atender melhor os casos de maus tratos, estas últimas aguardando as deliberações das instâncias competentes.

O atendimento prestado pela justiça ao idoso ainda está longe de um patamar ideal. O artigo 71, do EI, diz que (2003, p. 1098) “É assegurada prioridade na tramitação dos processos e procedimentos e na execução dos atos e diligências judiciais em que figure como parte ou interveniente pessoa idosa igual ou superior a 60 (sessenta) anos, em qualquer instância”, só que não há em Itabuna a preocupação em diferenciar os crimes que ocorrem com o idoso dos demais.

O que ocorre na delegacia é que o agressor de um idoso é indiciado por lesão corporal e responde penalmente por isso, somente seguindo as normas do Estatuto, combina-

das ao Código Penal, quando há uma denúncia específica enviada pelo Ministério Público. Isso mostra que a celeridade do processo não é garantida, o que, para um idoso, representa o perigo e um desgaste a que não pode e não deve ser submetido.

Os crimes contra o idoso são claramente definidos e têm suas penas cominadas no próprio Estatuto. Abandono em casas de saúde, locais de longa permanência ou gêneros afins é crime com punição de até três anos, mais a multa. Também é crime, com pena de reclusão de dois a quatro anos, coagir o ancião a doar, contratar ou outorgar procuração. Colocar em perigo a integridade física e a saúde do idoso ou até mesmo submetê-lo a condições desumanas ou degradantes é um dos crimes que afetam, de forma incisiva, os direitos humanos do idoso. No entanto, observa-se no EI uma pena de detenção de dois meses a um ano somente. O Estatuto ainda agrava a pena se o fato resulta em lesão corporal ou em morte, contudo, ainda se observa uma complacência do mesmo, que deveria repudiar esses delitos de forma veemente e firme.

Vale destacar que o artigo 61 do Código Penal considera que o fato de a vítima ser um idoso representa o agravante da pena. No contexto brasileiro, como grande parte dos delitos são cometidos pelos familiares, surge outro agravante, presente no mesmo artigo, que concerne a crimes contra ascendentes, ir-

mãos ou cônjuge. Logo, urge estabelecer uma ponte entre o Código Penal e o EI para aplicação de um tratamento adequado ao agente que viola a integridade e dignidade do idoso. Percebe-se que as penas são brandas diante das atrocidades que são cometidas, por isso, fazendo essa relação e agravando as sanções cominadas aos delitos cometidos, estaremos produzindo um fator inibidor efetivo às práticas desses crimes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do panorama atual, percebemos que o Estatuto do Idoso não é seguido de forma adequada. Seja pela falta de conhecimento da Lei, por parte da população, e até mesmo pelos órgãos que trabalham pautados nos seus regulamentos, ou pelos empecilhos encontrados no poder judiciário, muitos são os fatores que inviabilizam o cumprimento desse Estatuto.

Os órgãos que assistem ao idoso no município de Itabuna ainda encontram muitas dificuldades para o seu bom funcionamento. É preciso que o investimento do poder público aconteça de forma mais efetiva, no sentido de disponibilizar mais recursos para melhor desempenho das suas missões institucionais. Deve-se, além disso, buscar uma atuação mais articulada entre essas instituições, de forma a conhecer melhor a realidade da região e trabalhar incisivamen-

te nas questões mais urgentes, como violência, maus tratos e furto ao idoso.

Possibilitar o conhecimento da legislação existente a favor do idoso é uma medida fundamental para reduzir os casos de violência, e incentivar as denúncias por parte dos idosos e daqueles que rechaçam tais práticas absurdas. A falta de acesso ao conhecimento das leis promove a manutenção de uma geração ignorante e desprotegida. Somente uma sociedade informada e conhecedora dos seus direitos estará apta a combater esses crimes, que agridem os direitos fundamentais da população idosa.

Medidas educativas de apoio à família do idoso como um todo contribuem significativamente para resgatar os vínculos familiares e sociais rompidos ou corrompidos pelo dia-a-dia de agruras de todas as ordens. Logo, programas voltados ao atendimento dos idosos não podem deixar de lado o seu contexto familiar, sob pena de se tornarem inócuos. A experiência de relações familiares equilibradas possibilita ao idoso uma vida qualitativamente superior, que diminui, significativamente, as possibilidades de problemas como a depressão e a migração para instituições asilares.

Considerando o contexto ao qual está submetido o idoso, nota-se que ainda estamos longe de uma consciência social adequada para o seu tratamento. É preciso que sejam tomadas medidas que viabilizem a aplicação da norma jurídica ao caso concreto, visto que, havendo

trabalho de informação da sociedade e bom funcionamento das instâncias do município é possível reduzir a condição de maus tratos e melhorar a qualidade de vida do idoso.

A questão do Idoso é muito mais importante do que imagina a nossa sociedade. As pessoas preferem ignorar essa situação, porque não se sentem afetadas. Entretanto, esquecem que, na melhor das hipóteses, ficarão velhas um dia. Portanto, garantir a dignidade de todo cidadão é um direito fundamental, e que, no caso do idoso, merece especial atenção de todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BESSA, Maria Eliana Peixoto; SILVA, Maria Josefina da. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 2, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 ago 2008. doi: 10.1590/S0104-07072008000200006

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional número 20, de 15-12-1998. 21. ed. São

Paulo: Saraiva, 1999.

_____. Decreto-lei n.2.848, de 7 de dezembro de 1940. Índice sistemático do Código Penal. Revista dos Tribunais, p.1047,1. São Paulo, 7 de dezembro de 1940.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Brasília: Câmara dos Deputados, 2003.

CÂMERA flagra empregada agredindo idosa de 86 anos em SP. Disponível em: <<http://mais.uol.com.br/view/1575mnadmj5c/camera-flagra-empregada-agredindo-idosa-de-86-anos-em-sp-040266D89123007?types=A&>>. Acesso em: 29 jun. 2008.

CREUTZBERG, Marion; GONÇALVES, Lucia Hisako Takase; SOBOTTKA, Emil Albert. Instituição de longa permanência para idosos: a imagem que permanece. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 2, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 ago. 2008. doi: 10.1590/S0104-07072008000200008

D'ALENCAR, Raimunda Silva. ALVES, Wagner Santos Souza. O (des) amparo da velhice e a singularidade silenciosa das casas asilares. *Memorialidades*. Ilhéus, BA, Ano 1, n.2, p. 38, jul./dez. 2004.

FILHOS que provêm 54% das agressões a

idosos, É dos. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/clipping/junho/e-dos-filhos-que-provem-54-das-agressoes-a-idosos/>>. Acesso em: 29 jun. 2008.

GIATTI, Luana; BARRETO, Sandhi M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003

. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 ago. 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300008

IRIGARAY, Tatiana Quarti; SCHNEIDER, Rodolfo Herberto. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Rev. Psiquiatria*. Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 29, n. 1, 2007

. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 ago. 2008. doi: 10.1590/S0101-81082007000100008

ITABUNA. Lei Orgânica do Município de Itabuna – (LOM) – de 20 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.itabuna.ba.gov.br/concurso/lei_organica_municipal_itabuna.pdf. Acesso em: 3 ago. 2008.

LEITE, Marinês Tambara et al . Idosos residentes no meio urbano e sua rede de

suporte familiar e social. *Texto contexto - enferm.* , Florianópolis, v. 17, n. 2, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 ago. 2008. doi: 10.1590/S0104-07072008000200005

MEIRA, Ednéia Campos et al. A violência ao idoso no contexto familiar. *Memorialidades*. Ilhéus, BA, Ano 1, n.2, p 33, jul./ dez. 2004.

MENDES, Márcia R.S.S. Barbosa et al . A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta paul. enferm.* , São Paulo, v. 18, n. 4, 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 ago. 2008. doi: 10.1590/S0103-21002005000400011

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad. Saúde Pública* , Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 ago. 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300010

ROSA, Tereza Etsuko da Costa et al . Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*,

Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, 2007 .
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001200019&lng=pt&nrm=iso>.
Acesso em: 3 ago. 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2007001200019

SOUZA, Jacy Aurélia Vieira de; FREITAS, Maria Célia de; QUEIROZ, Terezinha Almeida de. Violência contra os idosos: análise documental. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 60, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300004&lng=pt&nrm=iso>.
Acesso em: 3 ago. 2008. doi: 10.1590/S0034-71672007000300004

SILVA, De Plácido e. *Vocabulário jurídico*. Atualização de Nagib Slaibi Filho e Gláucia Carvalho. 27. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

TEIXEIRA, Solange Maria. Descentralização e participação social: o novo desenho das políticas sociais. *Rev. katálysis*, Florianópolis, v. 10, n. 2, 2007.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000200003&lng=pt&nrm=iso>.
Acesso em: 3 ago. 2008. doi: 10.1590/S1414-49802007000200003.

Recebido em

UESC - REVISTA MEMORIALIDADES
NÚCLEO DE ESTUDOS DO
ENVELHECIMENTO

PUBLICAÇÃO SEMESTRAL

ORIENTAÇÕES PARA OS AUTORES

A Revista MEMORIALIDADES aceita colaborações de trabalhos originais relacionados com a temática do envelhecimento, como resultados de pesquisas e relatos de experiências educativas de interesse do público idoso e de estudiosos na temática, além de ensaios e resenhas de publicações divulgadas no último ano, no Brasil e fora dele. As colaborações devem representar trabalhos originais e de preferência inéditas, aceitando-se traduções de artigos publicados no último ano, fora do Brasil.

O material enviado será apreciado pelo Conselho Editorial, que poderá fazer uso de Consultores *Ad hoc*. Os autores serão notificados da aceitação ou não dos seus escritos. Aqueles que não forem aceitos não serão devolvidos. O autor receberá três exemplares da Revista em que for publicado o seu trabalho.

Os escritos deverão ser encaminhados em três vias impressas, duas delas sem identificação, incluindo resumos e palavras-cha-

ve. Devem estar digitados em espaço 1,5 letra Arial, fonte 12, com máximo de vinte e cinco laudas. O artigo também deverá ser encaminhado em CD devidamente identificado com título do artigo, nome do autor, endereço completo, inclusive número de telefone e endereço eletrônico para contatos.

Os resumos (com até 250 palavras) devem ser escritos sem parágrafos e em espaço simples entre linhas, com mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave, ambos traduzidos para o inglês. Gráficos, tabelas, deverão ser limitados ao espaço da Revista, como anexos, devidamente numerados e titulados, com indicação de fonte e data. A nitidez é indispensável.

Os escritos devem ser encaminhados para:

UESC - NÚCLEO DE ESTUDOS DO ENVELHECIMENTO
REVISTA MEMORIALIDADES
Km 16 RODOVIA ILHEUS-ITABUNA- 1º andar/Torre Administrativa
45 662-000 ILHEUS, BAHIA
Fone: 0xx73 3680 5257 - e-mail: nuenv@yahoo.com.br



IMPrensa UNIVERSITÁRIA

COORDENAÇÃO GRÁFICA: Luiz Henrique Farias

DESIGNER GRÁFICO: Cristovaldo C. da Silva

IMPRESSÃO: Davi Macêdo e André Andrade

FOTOMECÂNICA: Antônio Vitor

ACABAMENTO: Nivaldo Lisboa

IMPRESSO NA GRÁFICA DA **UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ** - ILHÉUS-BA