

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

LOURICE HAGE SALUME LESSA - VICE-REITORA

DIRETOR DA EDITUS

JORGE MORENO

Comissão Editorial

ANTONIO C. DO ESPÍRITO SANTO

Médico, Especialista em Geriatria

BENEDITA EDINA DA S. L. CABRAL

Doutora em Ciências Sociais, Gerontóloga

CARMEM MARIA ANDRADE

Doutora em Educação

ELIZABETE SALGADO DE SOUZA

Doutoranda em Educação

EVANI MOREIRA PEDREIRA DOS SANTOS

Mestra em Educação

JOELMA TEBALDI PINTO

Enfermeira, Doutora em Educação

RAIMUNDA SILVA D'ALENCAR

Mestra em Sociologia Rural

SAMUEL MACÉDO GUIMARÃES,

Mestre em Educação Física

Coordenação Editorial

PROFA. RAIMUNDA SILVA D'ALENCAR

PROFA. EVANI MOREIRA P. DOS SANTOS

PROFA. ELIZABETE SALGADO DE SOUZA

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 3 – No. 5 – JAN - JUN. / No. 6 – JUL - DEZ. 2006


Editora da UESC

©2007 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

ILUSTRAÇÃO DE CAPA

Colagem digital sobre fotografia **Old Maple**, de Sally Lord

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, 2007.

Semestral

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

CDD - 362.6

Ficha catalográfica: Elisabete Passos dos Santos - CRB5/533

SUMARIO

| | |
|--|----|
| POR DETRÁS DOS MUROS: O FENÓMENO DA COABITAÇÃO DE GERAÇÕES E A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA O IDOSO Kátia Jane Chaves Bernardo | 13 |
| GRUPO DE IDOSOS: UM ESPAÇO DE QUALIDADE DE VIDA Rosane Balsan..... | 29 |
| A VELHICE NOS CAMINHOS DA INFORMALIDADE: TRABALHANDO PARA VIVER OU VIVENDO PARA TRABALHAR? Juliana Britto Campos Raimunda Silva d' Alencar..... | 47 |
| O CUIDADOR E A SEXUALIDADE NA VELHICE Magaly Lima Messias | 65 |
| CUIDADO, PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE Liane Moura Darwich..... | 69 |
| A VALORIZAÇÃO DA VELHICE NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA: UMA QUESTÃO PARA QUEM? Graciela Serra Lopes..... | 85 |
| O PAPEL DA ENFERMEIRA NA ORIENTAÇÃO À SAÚDE DO IDOSO Andréa Evangelista Lavinsky | 93 |

| | |
|--|-----|
| VELHICE, CAPACIDADE FUNCIONAL E OSTEOARTROSE: UM ESPAÇO DA FISIOTERAPIA | |
| Matheus Silva d' Alencar | 105 |
| A COR DA CONSCIÊNCIA | |
| Ruy Póvoas | 123 |
| A FÉ PODE CURAR? | |
| Maria Consuelo Oliveira Santos | 127 |
| MESTRE BIMBA | |
| Cyro de Mattos..... | 137 |

EDITORIAL

Estamos entregando aos nossos leitores mais uma edição da Revista Memorialidades, desta vez os números 5 e 6, relativos ao ano de 2006.

Os artigos aqui apresentados propõem levantar questões ainda polêmicas ou pouco exploradas para os interessados na temática da velhice e do envelhecimento. Uma dessas questões diz respeito às sociabilidades

“
Grupo de
Idosos: um
espaço de
qualidade
de vida

”

humanas, ou falta delas, articuladas no texto de Kátia Jane Chaves Bernardo *Por detrás dos muros: o fenômeno da coabitação de gerações e a violência doméstica contra o idoso*. A autora relaciona a violência à convivência intergeracional, entendendo esta como fator favorável à incidência daquela. O papel dos grupos de idosos, tanto como espaços de reconstrução de identidades, de celebração de uma nova velhice, quanto como opção de lazer e importante mecanismo para a melhoria da qualidade de vida de seus integrantes,

é discutido no texto de Rosane Balsan, *Grupo de Idosos: um espaço de qualidade de vida*.

Ainda na mesma linha, o artigo *A velhice nos caminhos da informalidade: trabalhando para viver ou vivendo para trabalhar*, de Juliana Britto Campos e Raimunda Silva d'Alencar, propõe analisar as razões que levam pessoas idosas a trabalharem em atividades informais mesmo depois de aposentadas, em especial pela exigência física, cumprimento de horários e baixa remuneração.

Outra questão diz respeito ao cuidado na velhice e sua relação com a educação e a saúde, articulada nos textos de Magaly Lima Messias, *O cuidador e a Sexualidade na Velhice*, onde a autora realça a importância do conhecimento e sensibilidade do cuidador sobre questões da sexualidade humana; de Liane Moura Darwich, que analisa, em *Cuidado, Promoção da Saúde e Qualidade de Vida na Velhice*, as necessidades cotidianas da pessoa idosa em termos de alimentação, sono, repouso, interação social e lazer, avançando na sugestão de planejamento e adaptações do ambiente para a melhoria da sua qualidade de vida; de Graciela Serra Lopes, que instiga o leitor a uma reflexão em torno da velhice em espaços onde as condições de vida da população imprimem dificuldades bem maiores, no texto *A valorização da velhice na melhoria da qualidade de vida: uma questão para quem?*; de Andréa Evangelista

Lavinsky, discutindo a ação do cuidador em domicílio e as tarefas pertinentes, como parte de um programa de reabilitação da pessoa idosa, no artigo *O papel da enfermeira na orientação à saúde do idoso*; de Matheus Silva d'Alencar, analisando uma das mais sérias questões que incomodam a pessoa idosa, a osteoartrose e o papel da fisioterapia na manutenção da capacidade funcional do indivíduo, no texto *Velhice, capacidade funcional e osteoartrose: um espaço da fisioterapia*.

Mais dois textos instigam a nossa reflexão. Um deles, *A Cor da Consciência*, do professor Ruy Póvoas, chama a atenção do mau uso que se costuma fazer do idioma, e os riscos das inadequadas adjetivações com que se reforça os discursos cotidianos, nas tentativas de convencimentos. Diz o Professor: "[...] todos tomam um porre de falas a favor da consciência, agora adjetivada como negra. Se a época da restrição da fala foi perigosa, a enxurrada de discursos pode comprometer a causa, pois corre-se o risco da banalidade, do discurso que é meramente falatório vazio e repetitivo".

Outro texto, da doutoranda em antropologia Maria Consuelo Oliveira Santos, *A fé pode curar?*, traz uma discussão que vem ganhando espaço cada vez maior no meio acadêmico, que é o da relação entre ciência e fé, entre vivência espiritual & saúde física e mental. Sem negar o papel do conhecimento científi-

co enquanto acervo confiável para a resolução de problemas, a autora realça que o momento é de rever as concepções que alimentamos ao longo dos séculos e admitir que precisamos mudar a maneira como concebemos a vida. Afirma ela que "a idéia de que esta perspectiva desapareceria com o desenvolvimento científico está sendo revisada e se ressalta que não é a dimensão espiritual que desaparece, mas, sim, a maneira de a humanidade se relacionar com a vida".

“
Todos tomam
um porre de
falas a favor da
consciência

”

Finalmente, Cyro de Mattos nos brinda com o tema da capoeira, discutido no texto que homenageia *Mestre Bimba*.
Com agradecimentos a todos os nossos colaboradores, lembramos que dependemos de cada um de vocês para continuarmos contribuindo com a questão da velhice e do envelhecimento.

A Coordenação Editorial

COLABORADORES DESTE NÚMERO

Kátia Jane Chaves Bernardo, psicóloga, professora da Universidade Estadual da Bahia (UNEB), mestra em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordena a Universidade Aberta à Terceira Idade da UNEB e o curso de psicologia da faculdade de Tecnologia e Ciências, em Salvador, Bahia.

Rosane Balsan, doutora em geografia pela UNESP, *campus* de Rio Claro, São Paulo, é professora da Fundação Universitária de Rio Grande, Rio Grande do Sul. Atualmente coordena um programa de extensão para pessoas idosas ligado à FURG.

Juliana Brito Campos, graduada em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus, Bahia.

Raimunda Silva d'Alencar, mestra em Sociologia Rural pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, é professora do Departamento de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Santa Cruz. Atualmente coordena o Núcleo de Estudos do Envelhecimento da UESC.

Magaly Lima Messias, pedagoga, especialista em gerontologia social pela Universidade Estadual de Santa Cruz, trabalha atualmente com avaliação cognitiva no Centro de Referência do Idoso, em Itabuna, Bahia, onde desenvolve oficinas de memória com o público idoso do município.

Liane Moura Darwich, fisioterapeuta, especialista em Gerontologia Social pela Universidade Estadual de Santa Cruz, além da larga experiência adquirida com o Programa de Diabetes e Hipertensão do município de Ilhéus, Bahia, também atua como fisioterapeuta no Hospital Luiz Viana Filho, naquele município.

Graciela Serra Lopes, enfermeira, especialista em Gerontologia Social, atua no programa de Saúde da Família no município de Itabuna, Ba.

Andréia Envagelista Lavinsky, mestra em Enfermagem, professora do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz.

Matheus Silva d'Alencar, fisioterapeuta, especialista em Gerontologia, professor da disciplina Biofísica no curso de Fisioterapia da Faculdade do Sul, atua no Hospital Calixto Midlej em Itabuna, Ba e na Fisioclin, em Ilhéus.

Ruy Póvoas, mestre em Letras Vernáculas, professor de língua portuguesa, escritor, poeta, e balorixá. Coordena o Núcleo de Estudos Afrodescendentes Regionais - Kâwé.

Maria Consuelo Oliveira Santos, doutoranda em Antropologia, professora da Universidade Estadual de Santa Cruz.

Cyro de Matos, escritor, poeta, jornalista, advogado, membro da Academia de Letras da Bahia.

POR DETRÁS DOS MUROS: o fenômeno da coabitação de gerações e a violência doméstica contra o idoso¹

Kátia Jane Chaves Bernardo

Resumo. A violência está presente no dia-a-dia de cada um de nós, em todos os setores da nossa vida, atingindo, diariamente, um número crescente de vítimas, entre eles idosos. No Brasil ainda são poucos os estudos em torno do tema violência e envelhecimento, particularmente, no que se refere à sua incidência nas famílias contemporâneas, em que o fenômeno da coabitação de gerações distintas é uma realidade cada vez mais freqüente. Neste trabalho, buscaremos analisar o fenômeno da violência doméstica contra idosos em articulação com relações intergeracionais a partir de pesquisa inicial sobre o tema.

Palavras-chave: velhice, família, violência.

A violência vem sendo considerada como endêmica na sociedade brasileira e muitas são as explicações que as ciências, de uma forma geral, buscam para esse fenômeno, que acompanha e integra a nossa vida, não permitindo que fiquemos alheios ao papel que sempre desempenhou nos assuntos humanos (TAVARES DOS SANTOS, 1999).

¹ Trabalho apresentado no XII Encontro Norte Nordeste de Ciências Sociais, em Belém, Pará, de 17 a 20 de abril de 2005.

Embora não seja um fenômeno exclusivamente urbano, uma vez que atinge também a população do campo, sobretudo os trabalhadores, através de suas diversas expressões, a violência vem assumindo maiores proporções nas relações sociais urbanas (MINAYO, 1993). Os estudos sobre a violência urbana surgiram no início do processo de globalização, na década de 1980, apontando a criminalidade como uma forma de ganhar a vida pelas populações marginais das cidades, mas também apontando uma relação entre a violência do Estado e a estigmatização social dessas populações.

Com o aumento da violência na década de 1990, desencadeando um temor generalizado entre as pessoas, pelo papel que assume diante do número de vítimas (entre eles idosos) que atinge indiscriminadamente (MINAYO, 1993), passa a ser objeto de reflexão de várias áreas do saber. Vários trabalhos (ZALUAR, 1993; MACHADO, 1994; MINAYO, 1994; SANTOS, 1999) buscam identificar as características sociais das populações envolvidas na violência urbana, o destino dos jovens das classes populares neste contexto, as manifestações urbanas da criminalidade violenta, ou a relação entre a possível fragmentação social e cultural do espaço urbano como efeito social e da crise de governabilidade. Para Tavares dos Santos (1999), a disseminação da violência nas relações sociais e

“
Todos são
afetados pela
fonte comum de
uma estrutura
social desigual
e injusta
”

no cotidiano da sociedade brasileira termina por acarretar o esgotamento do sujeito político e por dilacerar a cidadania.

A violência difusa na sociedade contemporânea assume contornos sócio-culturais, encaixando-se em ideologias vigentes na sociedade e atingindo grupos sociais diversos. Suas formas específicas de expressão aparecem em todas as re-

giões do país e nos diversos grupos sociais. Ao perpassar as várias fases da vida e se instaurar nas mais variadas relações humanas, constituem-se novas formas de violência, expressas pelo crime organizado, a violência doméstica, por certas práticas de grupos de jovem, pela precarização das relações de trabalho, indicando as limitações do sujeito político neste final de século (TAVARES DOS SANTOS, 1999).

Para entender esse fenômeno, é preciso que se entenda os atores envolvidos nas cenas de violência, rompendo, assim, o binômio vítima/algoz. Juntos, os diversos tipos de violência constituem uma rede intrincada e complexa, na qual todos (cada um a seu modo) são vítimas e autores ao mesmo tempo. Todos são afetados pela fonte comum de uma estrutura social desigual e injusta, que alimenta e mantém ativos os focos específi-

cos de violência, os quais se expressam no interior das instituições, nas relações domésticas, de gênero, de classes e intergeracionais (MINAYO, 1993).

Podemos apontar as raízes autoritárias da nossa sociedade, a freqüente violação dos direitos humanos e a exclusão moral como responsáveis pelo crescimento da violência no país. No Brasil é fácil observarmos a não abrangência dos princípios de justiça a todos os cidadãos, além dos constantes processos de exclusão, colocando à margem da sociedade grupos, como os idosos, percebidos no imaginário popular como não dignos dos benefícios que recebem e trazendo ônus para aqueles que se julgam cidadãos.

A violência está inserida, cotidianamente, nas relações sociais de tal forma, que não pode ser considerada apenas como uma força exterior aos indivíduos, mas como força que a eles se impõe. Ou melhor, a violência deve ser considerada dentro do contexto histórico, não podendo ser estudada fora do contexto da sociedade que a produz.

Tavares dos Santos (1999) afirma que a questão social do século XX não foi resolvida, pois permanecem as relações de exploração econômica, as relações de dominação política e a disseminação da violência simbólica. Vemos, ainda, a reprodução de um modo de produção da exclusão social expresso pelas altas taxas de desemprego, pelo aumen-

to da pobreza, e pela proliferação dos racis-
mos, que terminam por produzir “as práticas
de violência como norma social particular de
amplios grupos da sociedade, presentes em
múltiplas dimensões da violência social e po-
lítica contemporânea” (TAVARES DOS SAN-
TOS, 1999, p. 18).

Minayo (1997) afirma que, para entender-
mos a violência na atualidade é importante
levar-se em conta que nas sociedades moder-
nas predomina, nas consciências sociais, o
conceito de violência criminal, que serve para
ocultar outras formas insidiosas de violência,
como a opressão dos poderosos sobre os fra-
cos; a violência “naturalizada” que acompa-
nha os avanços tecnológicos; a violação dos
direitos humanos; a exclusão moral como no
caso dos idosos. Com relação a esses, Gilber-
to Velho (2003) considera especialmente a
violência contra os idosos como um sinal de
avanço da violência de maneira mais ampla,
na medida em que barreiras sociais antes
existentes - como o respeito aos mais velhos
- são rompidas, colocando em xeque elemen-
tos básicos da vida social. Para o antropó-
logo, os velhos, e acrescentaria, assim como
as crianças e mulheres, são vítimas preferen-
ciais, porque são mais frágeis.

Na maioria dos estudos internacionais
(GASTRÔN, 1999; WOLF, 1999; CHAVEZ,
2002), a violência familiar contra idosos apa-
rece sempre em primeiro lugar quando com-

parada com outras formas de violência como a negligência social difusa, a violência institucional, ou a violência do trânsito etc.

No Brasil, ainda são poucos os estudos que se propõem a investigar o fenômeno da violência relacionado às questões do envelhecimento e, particularmente, no que se refere a sua incidência nas famílias contemporâneas, podendo-se citar o trabalho de Minayo (2003), Ibias e Grossi (2001), Menezes (1999), Souza et al. (1998), Figueiredo (1998), porém nenhum deles realizado no Estado da Bahia.

Em termos mais qualitativos, menos ainda se conhece acerca de como o envelhecimento tem sido vivenciado por este segmento populacional quando se faz necessário compartilhar espaço e experiência com outras gerações, o que significa compreender, entre outros aspectos, a diversidade de trajetórias de vida desses sujeitos, as formas como as relações intergeracionais influenciam suas relações objetivas e subjetivas com a sociedade, a possibilidade de realização de projetos pessoais, seus vínculos interpessoais, a organização doméstico-familiar, entre outros fatores.

A trajetória da família brasileira atual ocorreu num contexto de mudanças sócio-culturais e políticas, fazendo surgir novos modelos familiares derivados dessas mudanças sociais (baixa taxa de fecundidade, aumento da expectativa de vida, declínio da instituição

do casamento, aceitação social do divórcio, transformações nas relações de gênero etc.), que merecem ser consideradas quando queremos compreender como se dão as relações dentro desse grupo social.

Por definição, a família apresenta-se como o espaço onde se confrontam e se mesclam valores que privilegiam o indivíduo e valores que

“
A família se
reorganiza e
encontra novas
formas de
relacionamento
”

acentuam a importância do grupo social, possuindo a capacidade de reorganizar-se e enfrentar os constantes desafios que encontra na sociedade. Por meio de mecanismos de reação e adaptação às circunstâncias históricas, a família encontra novas formas de estruturação, incorporando mudanças e novos padrões de comportamento quando em contato com uma realidade social. Dessa maneira,

a família se reorganiza e encontra novas formas de relacionamento, repensando hierarquias sempre que uma situação de mudança social e individual envolva condições de vida difíceis e transições desenvolvimentais de seus membros (BASTOS, 2001).

Como reflexo da omissão do Estado frente ao alto índice de desemprego, a má distribuição de renda, da quase inexistência de políticas públicas, da escassez de programas sociais e da precariedade da saúde pública,

só resta à família atuar de maneira mais intensa na regulação das relações e nos apoios intergeracionais, fazendo surgir a solidariedade familiar, importante e diversificada na sociedade brasileira, onde os apoios se efetuem em função da situação social dos seus atores.

Esse movimento, comum nas regiões urbanas brasileiras, produz transformação no campo da família e nos processos de filiação, o que termina por favorecer uma expansão do núcleo familiar, com o aumento de famílias nas quais coexistem três e mesmo quatro gerações, com os velhos passando a viver na casa de um dos filhos ou, se são proprietários de uma casa, um dos filhos adultos vem com a família morar com eles como forma de baratear os custos habitacionais e garantindo os cuidados às crianças e a outros dependentes, que são aqueles que não estão inseridos ativamente no mercado de trabalho, como os adolescentes, os idosos e os desempregados (PEIXOTO, 2004).

Na medida em que a coexistência de quatro gerações é um fenômeno cada vez mais freqüente, a geração de 50 a 60 anos, chamada por Attias-Donfut de geração “pivô”, passa a enfrentar o que pode ser considerado um dos maiores desafios do novo século: cuidar, ao mesmo tempo, dos pais idosos, dos filhos e dos netos (DELBES; GAYMU, 1993).

A proximidade geográfica ou mesmo a coa-

bitação são elementos importantes no desenvolvimento da solidariedade familiar e favorecem a construção de verdadeiros laços entre pais, filhos e netos, uma vez que os apoios se manifestam através de reciprocidades múltiplas: apoio econômico (pagamento de aluguel e estudos dos netos), intervenções na vida cotidiana, ajuda no cuidado dos netos, etc. (PEIXOTO, 2004).

“
O fato de os
idosos viverem
com os filhos
não é garantia
de respeito

”

Por outro lado, “o princípio de igualdade absoluta entre os indivíduos nas relações intergeracionais não corresponde à realidade das práticas familiares” (PEIXOTO, 2000, p. 97) e as denúncias de violência contra os mais velhos comprovam que o fato de os idosos viverem com os filhos não é garantia da presença de respeito e de prestígio nem ausência de maus-tratos e violência.

A relação com membros das gerações mais jovens tem um papel fundamental no resgate da auto-estima pelo idoso, na medida em que preconceitos sejam quebrados, que a atualização em termos de padrões e normas sociais, assim como a revisão em relação aos novos conhecimentos, seja possível, permitindo-lhe o deslocamento do lugar de passividade para o de seres participativos da sociedade.

A qualidade do ambiente familiar, assim

“
O desejo de
viver passa,
também, pela
possibilidade de
ser produtivo

”

como a interação do idoso com aqueles com quem compartilha o seu dia-a-dia têm papel fundamental na sua vida, isto porque o desejo de viver passa, também, pela possibilidade de ser produtivo e de manter o processo social. No entanto, as relações intergeracionais, no mais das vezes, parecem ser marca-

das pelo conflito e pela violência.

A sociedade brasileira caracteriza-se por um alto índice de violência familiar, contra mulheres, crianças ou velhos, ocupando, na década de 90, um lugar cada vez maior na mídia impressa e eletrônica, com as estatísticas indicando que os crimes perpetrados por desconhecidos competem com aqueles cometidos por parentes, amigos e vizinhos² (DEBERT, 2001).

A família, então, deixa de ser vista como o espaço de proteção e cuidado para ocupar o lugar onde, em muitos casos, as relações

² A TARDE on-line, 27/04/2002. Idosa, frágil e vítima de ganância (sobrinha). A TARDE on-line, 29/04/2004. Aposentado é morto a pauladas (desconhecido). A TARDE on-line, 29/04/2004. Mataram o pai para ficar com a herança. A TARDE, 06/06/2004. Idoso assassinado (ex-inquilino). A TARDE on-line, 05/07/2004. Preso acusado de matar aposentado (assalto relâmpago). A TARDE on-line, 27/10/2004. Tentou matar mãe a golpes de foice. A TARDE on-line, 30/10/2004. Adolescente espanca aposentada até a morte (conhecido).

de opressão, abusos físico e emocional crime e ausência de direitos individuais prevalecem. “O lar é o espaço onde as mulheres e as crianças [assim como os velhos] correm maior risco” (DEBERT, 2001, p. 74).

No momento em que os velhos se negam a obedecer ao lugar a eles reservado, na divisão culturalmente atribuída de direitos e deveres por ciclos de vida, a respeitar os limites impostos pelo preconceito social, temos aqui o que Bourdieu (1983) aponta como aquilo que faz surgir os conflitos entre gerações: a disputa de poder. E é na família, lugar por excelência das emoções, da privacidade e da intimidade, que os dramas individuais ocorrem fundamentalmente.

A violência contra o idoso é um fenômeno que se encontra presente em nossa sociedade há muito tempo, não se constituindo em algo recente, porém, foi com a criação das delegacias especiais de polícia, dentre elas a Delegacia de Proteção de Idoso, que esse fenômeno ocupou maior visibilidade social, levando o Governo Federal a preparar lançamento do Plano Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa, que tem como um dos objetivos o combate à violência e aos maus-tratos contra idosos (A TARDE on line, 28/09/04).

Diante da impossibilidade do Estado em formular e sustentar políticas sociais, verifica-se um aumento de casos de conflitos eco-

nômicos associados às relações familiares, levando à necessidade de intervenção estatal. Foi nesse contexto que, em 1991; surgiram as Delegacias Policiais de Proteção aos Idosos, inspiradas nas Delegacias de Proteção à Mulher, mas que, ao contrário dessas, que se expandiram, as primeiras tiveram suas atividades interrompidas, restando apenas uma no centro da cidade de São Paulo e outra no município de Guarulhos³ (SINHORETTO, 2000).

Retomando Bourdieu (1983) adverte para o fato de que aquilo que faz surgirem os conflitos entre gerações é a disputa de poder, a violência contra o velho é uma expressão de abuso de poder por membros da família e, via de regra o(a) velho(a) é vítima, ao mesmo tempo, de vários tipos de violência, tais como:

abusos físicos - tapas, empurrões, espancamento, contenção física;

abusos psicológicos - ameaças, humilhação constante, insultos, infantilização do idoso(a), privação de informações, retirada do direito de participação na tomada de decisões a respeito de coisas do seu interesse;

abusos financeiros - filhos que confiscam as aposentadorias dos pais, por exem-

3 No Estado de São Paulo chegaram a funcionar onze delegacias de polícia de proteção ao idoso, extintas em 1995.

plo, ou o uso inadequado do dinheiro da pensão para benefício próprio; indução do idoso a assinar documentos dando plenos poderes para compra, venda ou troca de bens e serviços.

abusos sexuais;

negligências - recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso em oferecer os cuidados de que ele necessita - provisão inadequada de medicamento, alimentação e cuidados médicos.

“
A violência
contra o velho é
uma expressão
de abuso
de poder
”

Ao se referir aos conflitos intergeracionais freqüentes no contexto familiar, Attias Donfut (2004) destaca os conflitos entre as gerações de mulheres e recorre ao conceito de matrofobia para qualificar os ataques das filhas contra suas mães, fruto das transformações recentes dos estatutos e dos papéis das mulheres, que termina por provocar a ruptura do processo de identificação entre mães e filhas e por engendrar a disputa de poder no seio da família.

Em artigo publicado no boletim do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, Sinhorretto (2000) afirma que, de 1.504 ocorrências registradas na Delegacia de Proteção ao

“
Os episódios de
violência contra
idosas ocorrem
sobretudo no
espaço doméstico
”

Idoso da cidade de São Paulo, no período de 1991 a 1998, das 1.559 vítimas, 57%, além de idosas, são mulheres. De acordo com as queixas, os episódios de violência contra mulheres idosas ocorrem sobretudo no espaço doméstico; os agressores são, na maioria homens (57 %), filhos, netos, familiares ou vizinhos das vítimas. Outro dado revelado pela pesquisa aponta que sete em cada dez ocor-

rências encontram-se relacionadas à violência doméstica ou entre vizinhos, e podem ser classificadas como violência física ou psicológica.

Pesquisa semelhante, realizada em Porto Alegre em 1999 aponta que os chamados "conflitos domésticos" correspondem a quase metade das ocorrências registradas na Delegacia de Proteção ao Idoso e ultrapassa os conflitos com vizinhos. Dentre os motivos alegados para tais conflitos, envolvendo, principalmente, filhos, netos ou cônjuges (40 %) e outros familiares (7 %), identificou-se a disputa pelos bens dos idosos, e dificuldades econômicas das famílias em sustentá-los, entre outras (IBIAS; GROSSI, 2001).

De forma geral, as Delegacias de proteção ao Idoso, assim como as Delegacias de Proteção à Mulher registram a dificuldade que as vítimas enfrentam para romper com o si-

lêncio, apontando como possíveis causas o medo de institucionalização permanente que resultaria na perda de todo o contato familiar, uma vez que a família, ao mesmo tempo em que oprime, também pode oferecer momentos de carinho e proteção; medo de não ser acreditada e, conseqüentemente, rotulada de demente e senil, perdendo toda a independência; sentimentos de vergonha e humilhação pelo ocorrido; crença de que é um estorvo social para a família ou para a sociedade, conseqüência da estigmatização social relacionada ao velho (IBIAS; GROSSI, 2001).

Um outro fato verificado com freqüência é o sentimento de culpa revelado pelo(a) velho(a) ao denunciar o agressor, muitas vezes o filho ou neto, levando as vítimas a não concluírem os processos contra seus agressores, impedindo, portanto, sua punição. Na maioria das vezes, o pedido do idoso é para que a polícia dê “apenas um susto no acusado” (DEBERT, 2001).

Investigar a violência doméstica não se constitui em tarefa fácil, na medida em que as questões que envolvem esses eventos são, na sua maioria, “resolvidas” dentro da e pela família, criando-se o que Figueiredo (1998) chama de “a conspiração do silêncio”, transformando esse tema em “maldito” na medida em que, ao abordá-lo, se está desvelando uma face que a família tem todo o interesse em manter oculta.

Apesar disso, não podemos nos deixar inti-

midar. É preciso que mais pesquisas se desenvolvam não apenas para denunciar a existência da violência familiar contra o(a) velho(a), mas para reconhecê-la, identificar e propor formas de intervenções adequadas que protejam as vítimas de um sofrimento desnecessário.

Referências Bibliográficas

ATTIAS-DONFUT, Claudiane. Sexo e envelhecimento. In: PEIXOTO, Clarice. **Família e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

BASTOS, Ana Cecilia. **Modos de Partilhar: a criança eo cotidiano da família**. Taubaté: Central Editora Universitária, 2001.

BOURDLEU, Pierre. A juventude é apenas uma palavra. In: **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1993.

DEBERT, Guita Grin. A família e as novas políticas sociais no contexto brasileiro. **Intersecções**. Revista de Estudos Interdisciplinares, IJERJ, RJ, ano 3, n. 2, p. 71-92, jul/dez. 200t

DELBES, Cristiane & GAYMU, Joelle. Les familles à quatre générations. In: **Informations sociales**, n° 30, 1993, p. 105-38

Gerontologia, 6(3): p. 126-135, 1998

GASTRÓN, Liliana. Y que cumplas muchos más... (abuso, maltrato y abandono: la cau-

sa oculta de la mayor longevidad feminina).
La Aljaba: segunda época, Revistas de Estudios de la Mayjer, segunda época, vol. LV, 1999, p. 93-106.

IBIAS, C. 1. E GROSSI, P. K. Violência não tem idade. In: IBIAS e GROSSI (Org.) **Violência e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber**. Porto Alegre: EDLPUCRS, 200, p. 107-116.

MENEZES, M. R. **Da violência revelada à violência silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso**. 1999. 377f. (Tese Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MINAYO, Maria Cecília dcs. (Org.). **Pesquisa social : teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rj: Vozes, 1994.

_____. Violência para todos. In **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 9 (1), 65-78, jan./ mar., 1993.

_____. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. In **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 10 (sup.1): 07-18, 1994.

_____. Violência, direitos humanos e saúde. In: CANESQUI, A. M. (Org). **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Hucitec / Abrasco, 1997.

_____. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. In **Cadernos de Saú-**

de Pública. Rio de Janeiro. 9:783-791, 2003.

PEIXOTO, C. E. Avós e netos na França e no Brasil: a individualização das transmissões afetivas e materiais. In: CLCHELLI, V. (Org.) **Família e Individualização.** R.J.: FGV, 2000.

_____. (Org.). **Família e envelhecimento.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

SINHORETTO, Jacqueline. Além de mulheres, idosas: um estudo de caso da Delegacia Policial de Proteção ao idoso de São Paulo. Boletim IVCCRIM. São Paulo, v.8, n. 97, p. 1-2, dez. 2000.

SOUZA, et all. **Mortalidade por causas extremas em idosos no Brasil, Estados e Regiões Metropolitanas.** Boletim sobre Causas Extremas . Rio de Janeiro: Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde/Centro Nacional de Epidemiologia, 1998.

TAVARES DOS SANTOS, José Vicente. Por uma sociologia da conflitualidade no tempo da globalização. In: **Violência no tempo da globalização.** São Paulo: HUCITEC, 1999.

VELHO, Gilberto. Antropólogo diz que a violência é mais cultuada entre jovens. Folha de São Paulo. São Paulo, p. A 14, 20 out. 2003.

GRUPO DE IDOSOS: UM ESPAÇO DE QUALIDADE DE VIDA

Rosane Balsan

Resumo. Considerando que os dados demográficos demonstram que o número de pessoas idosas vem aumentando progressivamente, o lazer se constitui em uma atividade que contribui para a melhoria da qualidade de vida do idoso. Os Grupos de Idosos estão sendo considerados cada vez mais importantes para a atividade turística e para o lazer. Os idosos apresentam múltiplas características, tanto biológicas, quanto psíquicas e sociais relacionadas à atividade turística e de lazer, que devem ser consideradas nas políticas públicas.

Palavras-chave: Grupos de idosos, sociabilidades, qualidade de vida.

Hoje faço parte de Grupos de Idosos. Já participei de um, que era parado. Faziam-se serviços manuais. São para pessoas mais quietas. Há Grupos de Terceira Idade de todo jeito. Certamente haverá um para você: dança, teatral, esportivo, trabalhos manuais etc. Não tem desculpa para não frequentar [...]. Fazem muito bem para nosso corpo e, principalmente, para a alma. Precisamos ficar atentos porque Terceira Idade não é uma coisa excepcional. Moças ou moços ficam deslumbrados com essa multidão de Terceira Idade, e em jogos re-

“
Há um pouco de
deslumbramento
para esse efeito
da existência
”

gionais ou estaduais, ou mesmos nos Grupos de Idosos por aí; brincam muito com as pessoas, às vezes até nos prejudicando, deixando-nos ao sol, enquanto elas ou eles estão em coberturas com sombra e água fresca. [...] Terceira Idade é apenas a seqüência da existência. Com a evolução do planeta em todos os sentidos, passamos a ser a maioria. Mas somos os mesmos: engenheiros, advogados, doutores de um modo geral, técnico, profissional de respeito... etc. A meu ver, há um pouco de deslumbramento para esse efeito da existência mais longa. No meu caso, lembro-me bem, que, quando era pequeno (criança), diziam que éramos a esperança da pátria. Era o país dos jovens, da juventude. Passaram-se, apenas 50 anos, e tudo mudou, estou eu aqui outra vez, na maioria; como esperança novamente. [...] A meu ver, não é só achar tudo bonitinho, e não aproveitar o melhor de nós, que é a experiência... Não vou dizer que não têm “cabeças duras” em nossos Grupos, mas se deveria aproveitar nossa capacidade, cada um no seu campo de conhecimento, para melhoria de muitas coisas... O que é da Terceira Idade deve ter representantes da 3ª idade, porque a juventude brinca muito, até com as boas intenções, mas acaba prejudicando-nos. [...] Há muito que fazer para a 3ª idade, uma coisa que acho que deveriam aumentar a idade de 60 para 70 anos para alguns privilégios, para algumas filas, por exemplo, uma vez que está ficando melhor para nós pegarmos a fila

normal. [...] Enfim, consulte-nos para decisões sobre a 3ª idade. Ninguém melhor que o próprio idoso para saber o que é bom para ele... (Geraldo Falconi, participante de um Grupo de Idosos. 03/03/05).

INTRODUÇÃO

Herdar uma longevidade ativa é resultado tanto de fundo biológico quanto do modo de vida, das condições de trabalho, da alimentação e lazer de cada um. Nesse aspecto técnico, Aslan (1985) explica que as atividades regulares são necessárias e devem ser realizadas como lazeres ativos (esporte, exercícios físicos, passeios ao ar livre, entre outros), o que, por natureza, permite melhor oxigenação dos tecidos. Porém, mesmo recomendáveis, são necessários cuidados especiais quando direcionados a idosos. Rosenfeld (2003, p. 413) aconselha:

Em vez de ficar ruminando sobre seu inevitável fim, concentre-se em melhorar a qualidade de vida que você tem agora. Esqueça aquelas imagens de velhinhos rabugentos. Não fique pensando em asilos, inspire-se nos torneios de tênis e nas maratonas para pessoas de mais de oitenta anos.

O aumento do número de pessoas com mais de 60 anos e do crescimento da proporção que representa esse segmento sobre

o total da população “[...] gera novas demandas de serviços e assistência sócio-sanitária, que pressionam para a reorganização do atual sistema de distribuição dos recursos públicos” (FONTE, 2003, p. 09). O envelhecimento populacional provoca a transformação da velhice em uma questão social complexa, acompanhada pela busca de mudança nos discursos e práticas políticas.

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 políticas públicas. O envelhecimento da população influencia no crescimento econômico, em investimentos e consumo, mercado de trabalho, transferência de capital e propriedades, pensões e impostos, assim como na assistência prestada. Também afeta a saúde e a assistência médica, a composição e organização da família, a casa, as migrações e a educação.

Nesse contexto, o espaço urbano como espaço de lazer tem um papel que:

[...] varia de acordo com a forma como tratamos o lazer. Se o vemos como privilégio de consumo real, o espaço urbano é simplesmente local de acesso; se o vemos na vida da cidade estreitando relações, com funções sociais e pessoais, o espaço é componente primordial na qualidade de vida (BONALUME, 2002, p. 198).

Hoje o mais importante é poder melhorar a qualidade de vida dos idosos, proporcionando bem estar, saúde e equilíbrio.

O GRUPO DE IDOSOS COMO UMA NOVA OPÇÃO DE ATIVIDADES NO ÂMBITO DO LAZER¹

Nos últimos anos, a Terceira Idade, por várias razões, ficou mais visível para a sociedade. Isso faz com que haja uma preocupação com o envelhecimento e com a melhoria da qualidade de vida dos mais velhos na sociedade brasileira, fato que se evidencia na proliferação dos Grupos de Idosos, principalmente a partir dos anos de 1980 (DEBERT, 1999). Nesses grupos, os idosos passam por um processo de reconstrução de identidades, celebrando o envelhecimento como um momento de realização pessoal, desenvolvendo atividades com prazer e de maneira mais amadurecida.

O ingresso no Grupo de Idosos é um marco na vida de muitos idosos, uma espécie de divisor de águas que substitui o período de

¹ Os dados expostos neste artigo são base da pesquisa que foi operacionalizada tendo como referência os 36 Grupos de Idosos e seus respectivos coordenadores na cidade de Rio Claro-SP, complementados na tese de doutorado da autora, defendida em 29 de novembro de 2005.

solidão, seguinte à viuvez ou à perda de algum membro da família, por um outro de novas amizades, festas, encontros e passeios. Alguns integrantes chegam a falar que fazem parte de outra família: "A família do Grupo de Idoso X e/ou do Grupo de Idoso Y".

“
O ingresso no
Grupo de Idosos
é um marco na
vida de muitos
idosos
”

Concordamos com
Melo e Alves Junior (2003, p.
47), quando apontam que

[...] a promoção de encontros e a organização de Grupos de Idosos não são objetivos menores, mais ainda se tivermos em conta que o processo de excessiva fragmentação e individualização presente na sociedade contemporânea, em algumas faixas etárias (caso dos idosos, que vão perdendo as referências e sentindo-se solitários com o decorrer do tempo) e em algumas metrópoles (nas quais o caos urbano produz problemas típicos, como o medo da violência, que acaba estimulando as pessoas a se esconder dentro de seu lar).

Participando dos Grupos, os idosos pretendem ter um envelhecimento bem sucedido e sadio, permitindo-se, muitas vezes, tornarem-se fanáticos por jogos (seja bingo, vôlei ou outra atividade esportiva). Também gostam muito de dançar e de experimentar diferentes tipos de lanches. Assim, a tríade, baile, bingo e bolo pode ser considerada como

elemento aglutinador dos idosos e responsável pela participação de grande parte deles nos grupos. Alguns coordenadores de grupos de idosos e entrevistados chegam a falar que em certos Grupos de Idosos existe, em vez de tríade, um quarteto, acrescentado pelo elemento "briga" decorrente de disputas inter e entre grupos por questões como a atenção maior da coordenadora para alguns participantes, a diferença de valor cobrado nas excursões, e "fofocas" de modo geral.

O bingo foi percebido como a principal atividade na maioria dos Grupos investigados, absorvendo de tal maneira os idosos que pode até funcionar como um obstáculo para a implantação de outras opções de atividades. Para realizarmos as entrevistas desta pesquisa, por exemplo, foi preciso definir um horário anterior ao início do bingo; iniciada a sessão, as atenções eram voltadas apenas para o jogo. Posteriormente, os idosos tomam lanche e logo retornam aos seus lares. Dessa forma, sendo o bingo a atividade apontada como preferida pelos Grupos entrevistados, pode-se sugerir que seja considerado, de maneira especial, na elaboração de qualquer política pública voltada para o entretenimento dos mesmos.

Os coordenadores dos Grupos de Idosos entrevistados afirmaram que o bingo pode ser um forma de entretenimento, mas também, em alguns casos, pode tornar-se um há-

“
O bingo é a
atividade preferida
pelos Grupos
entrevistados
”

bito arraigado, um verdadeiro vício. As entrevistas mostram as diversas posições:

- O bingo é uma verdadeira doença, tem alguns que saem do nosso Grupo e vão para a casa de bingo no centro da cidade.
- Eles gostam muito de freqüentar o Grupo por causa do bingo, tanto é que dois ou três coordenadores são contra os idosos de participarem de mais de um Grupo. Na minha opinião, os idosos estão certos, para eles é uma distração.
- Não tem aonde ir. O único lugar que eles vão é em bingo. Se você quer fazer alguma coisa diferente, eles querem jogar bingo.
- Quando alguém vem falar alguma coisa, dar uma palestra, se demorar, os idosos já começam a falar; “vai demorar, está na hora do bingo, vamos começar”.²

O lanche (bolo) é outro fator de atração e aglutinação dos idosos nos Grupos. Nas palavras dos coordenadores, os idosos só participam de atividades fora da sede do Grupo se forem oferecidos "comes e bebes". Além disso, é certa a participação se, além do lanche, houver baile:

² Entrevista feita pela autora com coordenadores de Grupo de Idosos em 2004.

- Nunca pediram para conhecer lugar nenhum em Rio Claro, você só leva se tem um conjunto, comes e bebes.
- Os idosos vão, se vai ter lanche, vai ter almoço, e ainda querem qualidade. Eles querem que tenha alguma coisa.³

Assim, os "três bês" (baile, bingo e bolo) passam a ser considerados como condição para as reuniões do Grupo de Idosos, embora, para alguns entrevistados, participar de um grupo de idoso muitas vezes pode ser uma atividade considerada negativa, seja pelo preconceito com as tais condições "três B", ou talvez numa atitude de negação da velhice.

O elemento baile e bolo também é referência no asilo, como relata um ex-diretor:⁴

Bom, os momentos alegres são que, a cada dois meses, fazemos aniversário para os aniversariantes [...], outro é quando vem uma banda musical e toca uma hora, uma hora e meia. Eles não querem saber de almoço, não querem saber de merenda, não querem saber de nada. Querem só ouvir música, cantar junto com os cantores da turminha.

Outros consideram os grupos de convi-

³ Entrevistas feitas pela autora com dois coordenadores de Grupo de Idosos em 2004.

⁴ Entrevista realizada com um Ex-Diretor do Asilo São Vicente de Paula.

vência desprezíveis, pois se sentem infantilizados. Alguns idosos não participam dos grupos e afirmam: *Não gosto dessa coisa de tratar os idosos como crianças*⁵. Como se pode perceber, nessa frase e nos depoimentos anteriores, dependendo do encaminhamento das atividades e do perfil do grupo, uns idosos consideram o encontro como fator aglutinador, já outros não querem dele participar. É importante registrar que alguns idosos preferem atividades educativas e instrutivas, ao invés de simplesmente jogos, como o bingo.

A frequência e permanência no grupo consolidam laços de afetividade e companheirismo entre os idosos. Os dados da pesquisa mostram que 40 % dos entrevistados participam dos Grupos há mais de cinco anos, e 18 % entre 11 e 25 anos. Além disso, cerca de 73 % declaram só freqüentar o próprio grupo, enquanto 8 % chegam a participar de mais de dois Grupos de Idosos. Os principais motivos da participação em outros Grupos, apontados pelos entrevistados, são: bingo, disponibilidade de tempo, atividades esportivas variadas, bom relacionamento com o coordenador e proximidade de casa.

Porém, considerando que muitos coordenadores não apreciam a participação dos membros de seu Grupo em atividades de ou-

⁵ Comentário realizado por uma integrante durante a realização das entrevistas em um Grupo.

tros Grupos, muitos entrevistados deixaram transparecer um certo receio de informar, pois podem ser "descobertos" e causarem mal-estar. Assim, acreditamos que não são poucos aqueles idosos entrevistados que participam de diferentes grupos ao mesmo tempo.

Os Grupos de Idosos que mais atraem membros de outros são os Grupos: "Emanuel", "Santa Cruz" e "Lazer", segundo os entrevistados. Os motivos da participação de não membros nos Grupos de Idosos variam de um para outro. No "Emanuel", por exemplo, o motivo mais forte é

“
Não são poucos
os idosos que
participam de
diferentes grupos
”

a presença de um pastor na coordenação, pois, segundo os entrevistados, é "muito instrutivo", "passa cultura, lazer"; "neste grupo as pessoas se sentem bem, têm passeios, o pastor fala"; "há atividades diferentes". Por seu lado, o pastor refere-se a essa procura por seu Grupo como fruto do trabalho desenvolvido com espírito ecumênico. Já nos Grupos "Santa Cruz" e "Lazer" o atrativo maior é o bingo.

Quanto à atividade de lazer predominante os Grupos de Idosos, podem ser classificados em três grandes categorias: os "esportivos", os "bingueiros" e os "especiais" (Quadro 1).

QUADRO 1. CATEGORIZAÇÃO DOS GRUPOS DE IDOSOS EM RIO CLARO, SP

| |
|--|
| Esportivo |
| Os Grupos diretamente relacionados à atividade esportiva incluem grupos específicos de ginástica, vôlei e de atividades esportivas diversas. Pode-se observar que nem todos os profissionais são habilitados a trabalhar com os idosos. |
| Especiais |
| Os Grupos especiais de canto e religioso têm características únicas, reveladas em suas atividades ou programações. O primeiro: a maioria participa também de outros grupos e neste para cantar músicas de diversos tipos, tais como italiana, valsa, sertaneja, música popular brasileira etc. O grupo tem um "livro" com letras selecionadas. A escolha do repertório depende da programação de datas festivas, tais como Páscoa e Natal, ou ainda de festivais. O segundo: é coordenado por um pastor com um programa bem variado e tem um estilo ecumênico. |
| Bingueiro |
| Os Grupos ligados ao bingo apresentam como principal atividade esta. Numericamente são os mais expressivos, talvez pela facilidade da principal atividade de entretenimento. |

Fonte: Dados coletados pela autora nos meses de mai./jun./jul./ago., 2004.

Além de atividades específicas predominantes, todos os grupos têm atividades rotineiras como: aniversário do Grupo; festa dos aniversariantes do período (que geralmente acontece a cada dois-três meses); festas típicas ou religiosas, tais como Festa Junina, Páscoa e Natal; reunião semanal ou mensal, tanto em período ves-

pertino quanto matutino e noturno⁶.

Em trabalho de coleta de dados primários, procurou-se observar como funcionavam as reuniões semanais dos Grupos. Transcreve-se o ocorrido em uma delas, para exemplificar: *estavam presentes, no total, trinta e sete pessoas, dentre elas três jovens e uma criança. O Grupo de Idosos se reúne à noite e geralmente é composto por casais. Na abertura, a diretoria do Grupo de Idoso informa sobre assuntos úteis, como descontos para*

aposentados. Também se fez uma oração, por uma integrante do Grupo de Idoso que estava adoentada, e cantaram uma canção. O Grupo de Idoso tem como hábito fazer uma refeição, em geral sopa, e depois joga "bingo". Durante esse tempo, pode-se tomar vinho ou cerveja. E depois todos vão para

*casa, demonstrando contentamento por mais um encontro.*⁷

“
Todos os grupos
têm atividades
rotineiras

”

Observou-se que os Grupos de Idosos

⁶ À exceção do Grupo: "Emanuel" (mensal), nos Grupos de Idosos esportivos a reunião é matutina e ocorre duas vezes por semana. Ginástica Feliz Idade, Ginástica Raio de Sol, UNESP, Sesi Arte de Viver e Vida Azul e nos Energéticos da Melhor Idade os encontros são noturnos.

⁷ Observação da autora nos meses mai./jun./julh./ago. de 2004, no Grupo de Idoso Energético.

“
Os Grupos
tornan-se
multiplicadores
em suas famílias
e vizinhança
”

recebem, constantemente, em suas reuniões semanais ou mensais, visitas de diversas pessoas ligadas aos mais variados ramos de prestação de serviço, tais como: representantes de farmácia, revendedores de produtos naturais, agentes de turismo que buscam divulgar seus produtos. Tal fato confirma a condição dos idosos de "consumidor especial". Além disso, os Grupos recebem informações institucionais, campanhas de interesse social e de saúde, tornando-se multiplicadores em suas famílias e vizinhança.

Além dos encontros semanais, outras modalidades como Jogos Regionais e escolha de *Miss* e *Mister* são componentes da mobilidade do lazer dos idosos. Os Jogos Regionais, as escolhas de *Miss* e *Mister* são atividades em que a idade cronológica é um elemento fundamental na aglutinação dos participantes. Nesse sentido, distinguem-se das outras atividades, como bailes, bingos, que, congregando majoritariamente pessoas mais velhas, não têm na idade uma dimensão central nas práticas desenvolvidas.⁸

⁸ Os jogos regionais e o estadual dos Idosos estão entres as atividades promovidas pelo Fundo Social de Solidariedade de São Paulo. As modalidades do V JORI foram: atletismo feminino; atletismo masculino; bocha; buraco; damas; dança

Participar da escolha da *miss* ou do *mister* ou fazer parte da delegação da cidade nos jogos é considerado uma honra e cria acirrada disputa entre os grupos, a ponto de alguns coordenadores citarem a escolha da *miss* e *mister* como um "prêmio" para o grupo.

Rio Claro também tem participado de todos os jogos regionais, procurando disputar em todos as modalidades, tendo sediado, em 2001, a quinta edição dos jogos regionais, recebendo participantes de 48 municípios.⁹ A esse respeito, tem-se nas entrevistas (2004) que os coordenadores revelam estar insatisfeitos com a atuação do poder público na escolha dos participantes, que, muitas vezes, não demonstram critérios claros, privilegiando na escolha quase sempre as mesmas pessoas e que alguns nem são membros dos Grupos de Idosos. Uma coordenadora também reclama do uso político dos idosos:¹⁰

- Ganhamos uniforme esportivo para os integrantes que participam dos jogos regionais e algum outro "mimo" só em

de salão; dominó; malha; natação feminina; natação masculina; truco; voleibol feminino e voleibol masculino.

⁹ Os Jogos Regionais dos Idosos são promovidos pelo Fundo Social de Solidariedade e São Paulo em parceria com a Secretaria de Estado da Juventude, Esporte e Lazer.

¹⁰ Entrevista feita com coordenadores dos Grupos de Idosos em 23/06/2004.

tempo de eleições. Ah, já ia esquecendo de falar! Quando é inaugurada alguma coisa na cidade e não tem público, logo chama-se os grupos de idosos para fazer volume; somos muito usados.

Ainda a mesma coordenadora oferece algumas sugestões:

- Precisamos de mais incentivos, mais atividades esportivas. Além de pessoas com capacidade de nos treinar, alguém que busque integrar e fazer competições justas e não intrigas para os grupos se chatearem.

Em 2005, a Prefeitura Municipal funda o JOMI - Jogos Municipais dos Idosos, prevenindo, em seu regulamento, que será uma etapa seletiva para os Jogos Regionais do Idoso - JORI, classificando os melhores atletas de cada modalidade: atletismo, bocha, buraco, dama, dança de salão, dominó, malha, natação, truco e voleibol (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO CLARO, 2005). Como podemos observar, muitas são as atividades de lazer desenvolvidas por idosos em Grupo ou individualmente na cidade de Rio Claro e em cidades vizinhas.

“
Os Grupos
oferecem uma
oportunidade aos
mais jovens de
refletirem sobre
que tipo de idoso
pretendem ser no
futuro.

”

Esses grupos podem servir de exemplo para chamar a atenção da sociedade, dos órgãos públicos, dos governos, das empresas, para as questões relativas ao envelhecimento e qualidade de vida, rompendo as barreiras políticas, econômicas, sociais e culturais a que estão relegados os mais velhos. Os Grupos de Idosos oferecem uma oportunidade aos mais jovens de refletirem sobre que tipo de idoso pretendem ser no futuro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O movimento dos Grupos de Idosos (ou de terceira idade, ou da melhor idade, como alguns preferem denominar) vem crescendo tanto que os grupos buscaram espaço para a realização de reuniões semanais e eventos, o que os levou a ganhar uma grande projeção na sociedade.

REFERÊNCIAS

ASLAN, Ana. **Vencendo a velhice**. Rio de Janeiro: Record, 1985. 130p.

BONALUME, Cláudia Regina. O lazer numa proposta de desenvolvimento voltada à qualidade de vida. In: LAMARTINE, Ademir Pereira da Costa (Org). **Lazer e**

Desenvolvimento Regional. Santa Cruz do Sul: EDUNIS, 2002 p. 87-212.

DEBERT, Guita GRIN. **A Reivenção da Velhice.** São Paulo: Edusp, 1999. 266p.

FONTE. Isolda Beia da. **Diretrizes Internacionais para o envelhecimento e suas conseqüências no conceito de velhice.** Disponível em: www.abep.nepo.unicamp.br/XIIIencontro/Anais_Abep_2002/PDF/Com_ENVPO4_Fonte_texto.pdf. Acesso em 24 jan. 2003.

MELO, Victor Andrade Junior; ALVES, Edmundo de Drummond. **Introdução ao lazer.** Barueri: Manole, 2003, 153p.

RIO CLARO. Prefeitura Municipal. **Regulamento dos Jogos Municipais do Idoso** - JOMI, Rio Claro, 2005-14p. No prelo.

ROSENFELD, Isadore. **Viva agora, envelheça depois:** maneiras comprovadas de desacelerar o tempo. Tradução de Patrícia de Queiroz Carvalho Zimbres. São Paulo: UNESP/SENAC, 2003. 418p.

A VELHICE NOS CAMINHOS DA INFORMALIDADE: trabalhando para viver ou vivendo para trabalhar?¹

Juliana Britto Campos
Raimunda Silva d'Alencar

Resumo: As características do mercado de trabalho brasileiro vêm permitindo, ao longo do tempo, a ocupação precoce de crianças e jovens no mundo do trabalho, ao tempo em que reaproveita um contingente de pessoas legalmente jubiladas desse mesmo mercado, por haver cumprido o tempo regular de produtividade e força física. A ocupação informal vem garantindo sobrevivência para parcela relevante da população, inclusive do idoso, ainda que já aposentado. Este texto propõe conhecer um pouco das motivações desse sujeito idoso para permanecer trabalhando, ainda que sob condições precárias de inserção, a satisfação e impacto desse trabalho sobre a sobrevivência da família e a percepção que têm do trabalho que desenvolvem. A pesquisa foi desenvolvida em um centro comercial do município de Itabuna, sul da Bahia, com a utilização da entrevista semi-estruturada com dezesseis idosos, entre homens e mulheres. Apesar de se constituir como uma necessidade fundamental para a sobrevivência da família, e apesar de um trabalho desenvolvido sob precárias condições, os idosos têm no trabalho um elemento de satisfação com a vida, de prazer e alegria de viver.

Palavras-chave: velhice, trabalho informal, velhice produtiva, economia informal

¹ Artigo extraído da pesquisa para trabalho de conclusão de curso de Economia. 2005

INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, o trabalho passou por diferentes significados, que variaram da punição ao poder, da maldição da bíblia à salvação. Nessa trajetória, é possível identificar a existência de dois tipos de trabalhadores: um que trabalha por necessidade ou obrigação, outro que o faz por prazer, por satisfação, porque se realiza naquilo que faz.

Na atual realidade brasileira, a onda de desemprego faz aumentar o volume de pessoas sobrantes que entra no mundo da informalidade, cuja característica é ausência de garantias previdenciárias, de salários, férias, décimo terceiro.

Embora difícil de quantificar, a economia informal vem ganhando importância cada vez maior sobre toda a riqueza produzida pelo País. Em períodos de elevadas taxas de desemprego, o Brasil chega a ocupar o nono lugar no *ranking* da informalidade, o que significa economia não-declarada, e se manifesta na compra e venda de produtos sem nota à sonegação fiscal e contratação irregular de trabalhadores.

No sul da Bahia, é comum que pessoas não encontrem onde trabalhar, até mesmo naquelas atividades sem exigência de escolaridade. Jubilados do emprego formal, em que cumpriam horários de trabalho e tinham a certeza do salário no fim do mês, essas pessoas se tornam sobrantes e entram no mundo da informalidade, acompanhadas de incertezas e di-

ficuldades de toda ordem para cobrir as necessidades básicas de sobrevivência.

O trabalho informal, após uma certa idade, além dos aspectos apresentados, só se justifica numa sociedade que remunera mal seus trabalhadores ou não cria as condições que lhes garantam inserção na formalidade. Mesmo mal remunerados, os trabalhadores idosos

“
O trabalho
informal só se
justifica numa
sociedade que
remunera mal

”

de Itabuna² tentam garantir, com mais trabalho, um pouco da qualidade de vida que já deveria ter sido garantida por direito e pelo longo e precioso tempo de contribuição à previdência. É visível em Itabuna, sul do Estado da Bahia, o substancial crescimento do setor informal, caracterizado pelo comércio de gêneros alimentícios, frutas e verduras, além de rou-

pas, cintos, CDs, DVDs, brinquedos, alimentação pronta, e outros produtos.

Dentro desse contexto, os objetivos deste trabalho de pesquisa consistiram em conhecer um pouco da realidade dos trabalhadores in-

² Trata-se de cidade que fica a aproximadamente 429 km da capital do Estado, Salvador, e limita-se ao norte com os municípios de Lomanto Júnior e Itajuípe; ao sul com Jussari e Buerarema; ao oeste com Itapé e Ibicaraí e ao leste com Ilhéus. A área total do município é de 580,49 km², e sua área urbana é de 65,93 km².

formais com idades a partir de sessenta anos, as motivações que os mantêm no trabalho informal, a satisfação e perspectiva com relação à atividade de vendedor ambulante, as condições sob as quais a desenvolvem, bem como o impacto da renda desse idoso na sobrevivência da família.

Considerando-se esses objetivos, foram realizadas entrevistas estruturadas, com registro em formulário criado para tal finalidade, além da observação, junto a indivíduos com idades acima de sessenta anos, homens e mulheres, trabalhadores por conta própria, instalados no Centro Comercial da cidade de Itabuna. Nessa entrevista, levou-se em conta aspectos de: ocupação anterior, escolaridade, saúde, idade, renda, moradia e, finalmente, o significado de trabalho para o informante.

Os idosos foram selecionados entre um universo de 70 trabalhadores ambulantes do Centro Comercial de Itabuna, privilegiando-se os 16 ambulantes encontrados com idade superior a 60 anos.

DESEMPREGO E TRABALHO INFORMAL

O trabalho, a força de trabalho em ação, é a atividade peculiar do operário, do trabalha-

dor, seu modo próprio de manifestar a vida. Diferentemente de outros animais, o homem usa o trabalho não só para transformar a realidade, mas para criar significados. É que, na ação sobre o mundo/objeto, o homem põe as forças naturais que formam o seu corpo, seus braços e pernas, cabeça e mãos, para poder assimilar, de forma útil para a sua própria vida, a matéria da natureza. Atuando sobre o mundo e objetos, ele os transforma; ao mesmo tempo, transforma sua própria natureza. Assim, dizem Soratto e Olivier-Hecler (1999, p. 112): “o trabalho, enquanto atividade criativa e de transformação, modifica não apenas o mundo, mas, também, o homem que o executa”.

Ao mesmo tempo em que o trabalho engrandece, ele pode, também, degradar o homem. Ainda assim, é com o trabalho que ele busca satisfazer as suas necessidades materiais (casa, comida, roupa, lazer etc.) e, também, as necessidades afetivas (reconhecimento, satisfação etc.). De acordo, ainda, com esses autores (idem, p. 115), no trabalho o homem deposita suas queixas e insatisfações, mas também suas alegrias e sonhos. Assim, o não-trabalho, o desemprego, é um dos mais complexos problemas das sociedades contemporâneas, já que o trabalho representa a independência individual, a renda que garante sobrevivência das pessoas e o seu *status* social. Sendo assim, o desemprego produz o agravamento de problemas sociais que excluem, fa-

zem perder a auto-estima, promovem e acentuam a desigualdade social, fazem aumentar os índices de violência, entre outros.

A informalidade, de um modo geral, é subproduto do desemprego. São milhões de demissões e falta de novas vagas sem o mínimo de garantias e, pior, de perspectivas.

Mesmo com os programas assistenciais, as desigualdades sociais vigentes no País tornam-se mais agudas na velhice, principalmente quando se leva em consideração que as transformações sociais desenvolvidas nos últimos anos com o rápido processo de urbanização, têm provocado o enfraquecimento das relações na comunidade e na família, tradicionais suportes na integração e cuidados ao idoso.

As transformações ocorridas na economia nos últimos anos trouxeram profundas modificações na estrutura e nas condições de funcionamento do mercado de trabalho. Essas alterações, responsáveis, em grande medida, pela ampliação do desemprego e pelo incremento de várias formas de precarização da mão-de-obra, envolveram segmentos importantes da força de trabalho. Embora irreversível, o progresso tecnológico é considerado por alguns estudiosos como não causador de desemprego³, enquanto outros o responsabilizam.

³ O que implica dizer que o desemprego é consequência do despreparo, desqualificação da mão-de-obra às novas oportunidades de trabalho criadas pela tecnologia.

Nesse ambiente econômico, a população idosa, que já se configurava como um dos segmentos mais vulneráveis quanto à sua participação como força de trabalho, cuja inserção na ocupação já tomava as posições mais precárias, passa a ser ainda mais penalizada. Isto sem considerar que o afastamento

“
A inatividade
vem geralmente
acompanhada
de queda nos
rendimentos

”

dos idosos das atividades produtivas significa, de modo geral, uma situação de precariedade e não a conquista de um benefício recebido após uma longa vida de trabalho, uma vez que a inatividade vem geralmente acompanhada, além das perdas sociais, de queda significativa nos rendimentos, com limitadas possibilidades de obter novas ocupações em vista das deficiências educacionais e da competição com os jovens, num mercado de trabalho cada vez mais restritivo.

O desemprego, portanto, se constitui em um dos grandes desafios a ser enfrentado por governos e sociedade, com políticas que gerem mais vagas no mercado formal, melhorem a relação capital-trabalho e ofereçam condições a que mais pessoas participem da geração de riqueza, minimizando o problema para os diversos segmentos que desejam ser úteis e produtivos.

VELHICE E TRABALHO: VOCAÇÃO OU NECESSIDADE?

A crescente onda tecnológica tem avanços e recuos, alguns positivos outros não tanto, que requerem uma análise mais apurada, a exemplo da Globalização, que, se de um lado amplia mercados, amplia conhecimentos e dizem dela implementadora da melhoria da qualidade de vida, de outro gera *stress*, exige do ser humano além da sua própria competência intelectual e física, sem contar a segregação produtiva que gera, especialmente quando alija a população menos qualificada, ou de avançada idade, do mundo do trabalho.

O trabalho informal, independente do seu conteúdo, está sendo visto como saída para um problema social dos mais sérios na contemporaneidade. Assim como milhões de brasileiros buscam o sustento, e de seus dependentes, ocupando-se em atividades de vendedor, prestador de serviços, outros milhões de cidadãos não encontram, sequer, essa opção.

Esta situação, associada ao aumento na expectativa de vida, que vem contribuindo para uma mudança na estrutura demográfica do Brasil, ajuda a determinar uma condição ainda mais precária para os mais velhos. Esta nova tendência traz demandas de conteúdo social e econômico, fazendo com que alguns trabalhadores sejam

obrigados a buscar formas alternativas de sobrevivência.

No caso dos idosos, dois fenômenos são destacados. Para não reduzir seu padrão de vida, muitos deles são forçados a prolongar sua permanência no mercado de trabalho; outros, ainda, são obrigados a retornar a este mesmo mercado para garantir condições mínimas de sobrevivência. Não se tem dúvidas de que o envelhecimento

“
O envelhecimento
populacional
tende a causar
fortes impactos
sobre as contas da
previdência

populacional tende a causar fortes impactos sobre as contas da previdência pública, com preocupantes desdobramentos para toda a sociedade, uma preocupação contábil importante.

”
No Brasil, não existe impedimento legal algum para que o aposentado continue ou se (re)insira no mercado de trabalho. Pelo contrário, esse comportamento pode vir a ser incentivado, uma vez que esse aposentado pode continuar contribuindo para a previdência, aumentando a receita do Estado e, assim, auxiliando na redução do déficit previdenciário, embora não seja consenso de que esse déficit seja causado pelo envelhecimento, mas por outros motivos. Além disso, a contratação de um idoso apresenta, para quem o emprega, algumas vantagens

em termos de custos comparativos em relação à contratação de um jovem. Por exemplo, o empregador não precisa pagar vale-transporte para o maior de 65 anos, que, por sua vez, não entra em fila e, portanto, pode agilizar o serviço. Acrescente-se a isso o fato de que um idoso aposentado pode aceitar com mais facilidade um emprego de menor rendimento e de baixas garantias trabalhistas.

Em função de ter uma aposentadoria insuficiente ou até mesmo por não ter esse benefício para manter um padrão de vida razoável, idosos procuram no mercado de trabalho informal uma forma de aumentar a renda e garantir sobrevivência mínima para a família. A renda é um determinante essencial na (in)dependência do idoso. É a sua maior ou menor renda que lhe tem propiciado capacidade, ou não, de suporte familiar. Há estudos que mostram o relevante papel que tem assumido o idoso frente às novas necessidades das famílias, que estão recebendo de volta seus filhos ou filhas que saíram, constituíram famílias e, por falta de emprego ou dissolução dos relacionamentos, retornaram aos antigos lares.

No trabalho informal, cuja característica é a heterogeneidade, pode-se encontrar, desde os trabalhadores sem carteira, a autônomos e pequenos empregadores. O seu espectro se desdobra desde o comércio am-

bulante à pequena produção familiar, incluindo prestadores de serviços, guardadores de carros e outros; é composto por agentes que atuam à margem da regulação do Estado.

“
No trabalho informal, a característica é a heterogeneidade
”

Assim, o emprego no setor informal se caracteriza por baixos salários, inexistência de proteção previdenciária, de leis trabalhistas, de benefícios por doenças, más condições de trabalho, instabilidade, acesso limitado à qualificação profissional e a capital para investir.

Apesar disso, constitui-se num amortecedor e redutor aparente do desemprego, acalmando - ainda que de forma precária - impactos mais negativos sobre o trabalhador.

PERFIL E EXPECTATIVAS DOS IDOSOS NA INFORMALIDADE DO TRABALHO

Embora a aposentadoria signifique *retiro profissional*, Camarano (1999, p. 31) afirma que, “no caso da PEA [idosa] masculina, apenas 45,6% não eram aposentados; os restantes 54,4% eram constituídos por aposentados que continuaram trabalhando”. No caso específico da realidade de Itabuna, os dados encontrados dão conta de

que, no trabalho informal do Centro Comercial de Itabuna, local desta pesquisa, a predominância é para os homens (81,25%), com idades entre 60 e 80 anos, aposentados (75% deles); sem qualquer escolaridade (62,5% são analfabetos e 37,5% sabem ler e escrever); casados (69%); 81% começaram a trabalhar com idade inferior a dez anos; 69% não recebem qualquer ajuda dos filhos; 81% chefiam as famílias; 75% possuem domicílio próprio.

“
Para os idosos
pobres, as
aposentadorias
significam cerca
de 50% da renda
domiciliar
”

De acordo, ainda, com Camarano (2001, p. 16), “a maior parte da renda dos idosos provém das aposentadorias e pensões e essa importância tem crescido ao longo do tempo, tanto para homens quanto para mulheres”. Para os idosos pobres, as aposentadorias significam cerca de 50% da renda domiciliar total, enquanto para os não-pobres representam 37%.

O nível de escolaridade dos idosos desta pesquisa é, de forma geral, baixo, com 62,5% de analfabetos e pouco mais de 31% com primeiro grau incompleto. Quanto ao estado civil, os dados revelaram que 68,75% são casados, moram com suas famílias, seguidos de viúvos (18,75%) e solteiros (12,5%).

É importante considerar que os idosos aqui analisados começaram a trabalhar muito cedo, até mesmo com menos de dez anos de idade, para ajudar os pais na complementação da renda familiar. As experiências desse trabalho ainda criança são as mais diferentes: babá, trabalhadores rurais desde os oito anos de idade, matadores e vendedores de gado, balconistas, lavadeiras.

Cerca de 69% dos entrevistados não recebem ajuda de filhos nas despesas da família. Embora os filhos já possuam uma idade avançada, estão desempregados e retornaram à casa dos pais idosos para serem por eles sustentados. Os filhos morarem junto pode ser consequência de crises econômicas que os levam a retornar depois de casados ou, simplesmente, adiaram a

saída de casa. Alguns desses idosos convivem com os netos no mesmo espaço. Dos entrevistados, apenas 31% dos idosos recebem ajuda dos filhos para as despesas da casa, o que significa que, com os rendimentos da aposentadoria e trabalho informal, dificilmente conseguiriam, sozinhos, garantir essa manutenção.

Os idosos, na sua grande maioria, continuam trabalhando por necessidade (87,5%),

“
Alguns idosos
convivem com
os netos no
mesmo espaço
”

alguns deles lamentando que sejam obrigados a fazê-lo para complementar sua renda mensal. Já os demais (12,5%) trabalham porque gostam de se manter ocupados, não desejam parar. Para alguns, “trabalho para me distrair”, “além de ajudar na despesa, trabalho para exercitar o corpo”.

Em termos de saúde, é importante realçar a qualidade de vida ou sobrevida dos idosos. Existem doenças crônicas que atingem a população idosa e representam uma ameaça à autonomia e independência dos mesmos. Embora esse estudo não se tenha proposto a avaliar o estado de saúde dos idosos ambulantes, foi possível constatar

que 87,5% deles dependem do Sistema Único de Saúde para sua assistência.

De fato, o papel do idoso no apoio econômico das famílias pode ser observado através da contribuição de sua renda pessoal, na condição de chefia. Esta pode ser uma situação prejudicial para o

idoso, quando se tem presente que a ajuda econômica à família, na maior parte das vezes, vem em detrimento de sua própria qualidade de vida, dado que ele atravessa um momento em que mais necessita de segurança e tranquilidade para o atendimento de suas necessidades.

“
Os idosos
continuam
trabalhando por
necessidade

”

Com a ampliação do desemprego e o incremento de várias formas de precarização da mão-de-obra, as famílias acabam dependendo mais de seus idosos, que passam a contribuir com os benefícios previdenciários ou com a renda do trabalho, e até mesmo os dois, na renda familiar. Em um mercado de trabalho cada vez mais competitivo, onde os jovens encontram dificuldades no mercado de trabalho, cabe aos idosos, com os seus rendimentos, seja da aposentadoria e/ou do trabalho informal, arcarem com todo, ou boa parte, do orçamento familiar. Essa situação pode estar revelando que a contribuição da renda do idoso na renda familiar é mais expressiva em famílias com menor nível de renda.

“
No mercado de trabalho, a contribuição do idoso na renda familiar é mais expressiva em famílias com menor nível de renda
”

A entrada no mundo da informalidade é consequência, de acordo com as respostas dos entrevistados, da absoluta necessidade, por força das baixas aposentadorias que, no entender dos entrevistados, são insuficientes para cobrir as despesas; enquanto isso, 25% afirmam que o trabalho informal é para não ficar parado e acabar adoecendo e 12,50% por não ter oportunidade no mercado formal.

É importante considerar que, mesmo tendo iniciado no mundo do trabalho muito cedo, e mesmo com as experiências que tiveram nas fases pretéritas da vida, com ocupações nem sempre bem remuneradas, principalmente porque são ocupações sem exigências de qualificação, geralmente desenvolvidas sob condições precárias e desconfortáveis, esses idosos têm com o trabalho uma relação de prazer.

Para eles, o trabalho pode significar utilidade, saúde, suprimento de necessidades e lazer, ao mesmo tempo.

“
Esses idosos têm
com o trabalho
uma relação de
prazer

”
Por exemplo: a) *dom da vida; a melhor coisa do mundo;* b) *sustento e diversão ao mesmo tempo, pois ficar em casa dá tristeza e acaba doente;* c) *saúde;* d) *é uma necessidade e todos precisam trabalhar;* e) *distração, pois ficar no meio de amigos o tempo passa mais rápido;* f) *é uma necessidade do homem;* g) *é vender a mercadoria e receber o dinheiro;* h) *é luta, eu só estou bem quando estou trabalhando, pois trabalho é saúde.*

Quanto às possibilidades de fazer novas atividades, gostariam: de viajar conhecendo o mundo e visitando familiares que moram em outras cidades (56,25% deles); de estar curtindo a tranquilidade do meio rural (18,75%); de sair por aí pregando o

evangelho (12,50%); ou de estar bordando e costurando (6,25%). É provável que o desejo de se ocupar com algo diferente do cotidiano tenha relação direta com as impossibilidades ou com as perdas que limitam a sua ação. No imaginário desses idosos, estão presentes expectativas de troca dos espaços individuais pelos coletivos como viajar, visitar parentes e amigos; ou atividades religiosas, o que significa que a religião pode se constituir numa força social integradora importante para esses idosos, inclusive com repercussões na atribuição do valor que dão ao trabalho.

No estudo do perfil do idoso que hoje trabalha como ambulante, pode-se constatar pelas informações que o trabalho faz parte das suas vidas desde a infância, sugerindo que a precocidade da entrada no mundo do trabalho acabou determinando a sua permanência mesmo após jubilado dele.

REFERÊNCIAS

CAMARANO, A. A. O Idoso Brasileiro no Mercado de Trabalho. In: **Jornal de Opinião**, 1999.

_____. O Idoso Brasileiro no Mercado de Trabalho. Rio de Janeiro, IPEA, **Texto para Discussão no. 830**, outubro, 2001.

Disponível em www.ipea.gov.br. Acesso em:
mar. 2003.

SORATTO, L.; OLIVIER-HECLER, C.
Trabalho: atividade humana por excelência.
In: CODO, W. (Coord.). **Educação**: carinho e
trabalho. Petrópolis, RJ: Vozes/Universidade
de Brasília/Laboratório de Psicologia do
Trabalho, 1999. p. 111-121.

O CUIDADOR E A SEXUALIDADE NA VELHICE¹

Magaly Lima Messias

O tema da sexualidade desperta a curiosidade de muitas pessoas, principalmente quando se trata da sexualidade na pessoa idosa. O pensamento dominante é de que o idoso não pratica mais o sexo, não “precisa” mais ter vida sexual ativa ou, ainda, que o idoso não tem desejo sexual. Estas idéias são totalmente equivocadas e preconceituosas. A sexualidade humana dura o tempo da vida de cada um; por isso, é necessário compreender que o idoso tem desejos e pode, sim, ter uma vida sexual ativa. No caso do idoso assistido, ou institucionalizado, a sexualidade tem sido tratada com descaso e merece atenção especial.

Mas porque e quando, foi criado esse preconceito de que o idoso é assexuado, ou desprovido de sexo? Para entender melhor, devemos retroceder um pouco no tempo. Antigamente, o ato sexual tinha como objetivo apenas a reprodução. Normalmente, mu-

¹ Texto elaborado para o Curso Cuidador de Idosos, realizado pelo Núcleo de Estudos do Envelhecimento da UESC, outubro-novembro, 2005.

lheres e homens, na juventude, são férteis, o que significa dizer que têm capacidade de reproduzir: o homem, com seus espermatozóides, eliminados através da ejaculação, e a mulher, que produz o óvulo para ser fecundado por esses espermatozóides, dando início, assim, a uma nova vida.

Com o passar dos anos, já na idade madura, a mulher entra na menopausa e perde sua capacidade reprodutiva; o homem vai perdendo a ereção (total ou parcial), os espermatozóides são reduzidos em quantidade, além de ficarem mais lentos, dificultando a fecundação. Na velhice, o poder de procriar praticamente acaba. Com isso, foi se criando a idéia de que velho não precisa mais fazer sexo e essa idéia perdurou por muito tempo. Há apenas alguns anos os idosos vêm conquistando espaços e mostrando que o desejo não tem idade.

Embora o ato sexual não tenha finalidade apenas reprodutiva e represente um momento de trocas afetivo-sexuais, de encontro entre pessoas que, supostamente, têm algum envolvimento, muitos ainda têm dificuldades de imaginar um idoso mantendo ou buscando um relacionamento afetivo-sexual ou, até mesmo, experimentando a sensação do corpo, com a masturbação.

No caso do idoso assistido, ou institucionalizado, a estranheza é ainda maior, mas é importante que se saiba que, mesmo doen-

te e até demenciado, o idoso tem momentos de excitação. Saber lidar com essa situação é extremamente importante e o cuidador deverá fazê-lo com segurança e sem qualquer tipo de preconceito.

As pessoas que convivem com idosos e, em especial, o Cuidador, devem encarar com naturalidade o fato de encontrarem o idoso utilizando o corpo para experimentar sensação de prazer. A masturbação entre idosos é uma prática muito mais comum do que pensamos. Nada de pânico nem piadas nessa hora, muito menos atitudes repressivas ou sermões. O idoso não deve ser constrangido nem sentir-se envergonhado por estar excitado, uma vez que esse é um sentimento normal em qualquer ser humano.

Para que tal situação não se torne constrangedora tanto para o idoso, quanto para seu cuidador, é necessário que seja criada uma aproximação, uma confiança maior entre ambos. O cuidador deve ser um amigo, um companheiro, até mesmo um confidente desse idoso, para que esse bom relacionamento possa trazer maneiras mais fáceis de lidar com algumas situações. O idoso precisa sentir-se amparado e à vontade para falar – quando quiser – sobre seus anseios, seus medos, sua vida. E, construindo uma relação positiva entre cuidador e idoso, a questão sexual torna-se muito mais fácil de ser administrada. Cuidar de um idoso requer muito

mais que organização de tarefas que envolvem o cuidador e o próprio idoso; esse cuidar requer uma relação de respeito e afetividade, além de entendimento sobre o processo de envelhecimento.

É preciso que o cuidador permita que o idoso expresse sua sexualidade e que lhe dê privacidade, sempre que necessário. E, para isso, antes de tudo, esse cuidador deve ter conhecimento da sexualidade humana. Caso o idoso expresse vontade de se auto-estimular (masturbar-se), é importante que o cuidador respeite esse desejo e lhe dê o tempo necessário para que ele viva esse momento, sem comentários preconceituosos e sem alarmes, e, sim, valorizando a expressão desses sentimentos, não esquecendo de observar o ambiente em que esse idoso se encontra.

A sexualidade está presente na vida de todas as pessoas e constitui um valor muito especial para a saúde, qualquer que seja a idade do indivíduo. É necessário que o cuidador internalize essa idéia e que esteja desprovido de preconceitos ao iniciar a tarefa de cuidar. O idoso que se encontra sob seus cuidados é um ser humano, um ser sexuado e, mesmo doente ou acamado, tem o direito de sentir desejo sexual. Reprimir tal desejo é poder uma manifestação absolutamente natural e inerente a todo ser humano, independente da idade.

CUIDADO, PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE¹

Liane Moura Darwich

INTRODUÇÃO

Os idosos da realidade brasileira, na sua grande maioria, ainda encontram dificuldades quanto ao acesso satisfatório a uma assistência à saúde, o que traz inúmeros prejuízos que poderiam ser amenizados através de ações voltadas ao controle ou reabilitação adequadas. Promover envelhecimento saudável implica na luta pela garantia dos direitos básicos (paz, segurança, educação, trabalho, justiça, moradia, alimentação, transporte e lazer) e da melhoria da qualidade de vida de toda a população.

A Organização Mundial da Saúde, já em 1980, definia a promoção da saúde como um processo capaz de proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma (OMS, 2003).

A saúde do idoso baseada na cura vem dando lugar à promoção de envelhecimento

¹ Texto elaborado para o Curso de Cuidador de Idosos. UESC - Núcleo de Estudos do Envelhecimento. 2005.

“
A saúde do idoso
baseada na cura
vem dando lugar
à promoção de
envelhecimento
saudável

”

saudável, à manutenção e reabilitação da capacidade funcional desse segmento. De acordo com a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999), a promoção do envelhecimento saudável tem sua base em ações que orientem os idosos, e aquelas pessoas em processo de envelhecimento, quanto à importância da melhoria constante de suas habi-

lidades funcionais, através da adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde.

Para o idoso, em especial, o conceito de saúde mais coerente é aquele que considera a existência de:

Autonomia: capacidade de tomar decisões; capacidade do indivíduo de eleger por si próprio as regras de conduta, a orientação de seus atos e os riscos que estão dispostos a correr durante a vida.

Independência: possibilidade de realizar atividades da vida diária sem ajuda de outras pessoas.

Capacidade Funcional: manutenção plena das habilidades físicas e mentais desenvolvidas ao longo da vida, necessárias para uma vida com independência e autonomia.

Embora existam idosos saudáveis, independentes e capazes de gerir sua própria vida, ainda assim os idosos têm mais susceptibilidade para adoecer, decorrendo disso a importância da promoção do envelhecimento saudável a fim de que se consiga manter um grande número de idosos com a autonomia preservada, mesmo com agravos crônicos, reservando meios para os fragilizados.

Para a promoção do envelhecimento saudável, é preciso que sejam incluídas ações clássicas de promoção à saúde, tais como:

Ações educativas: campanhas populares, folhetos, treinamento de agentes comunitários, atualização de conhecimento dos profissionais de saúde e adequação ambiental;

Adoção de hábitos e estilo de vida saudável: alimentação adequada, atividade física regular, controle de riscos ambientais para quedas, atenuação de *stress*, eliminação do tabagismo, do alcoolismo e não à auto-medicação, a promoção de atividades de convivência, aumento da integração social.

QUALIDADE DE VIDA

Trata-se de uma construção social deter-

minada por valores culturais e que, de acordo com NERI (2004, p. 2), é uma preocupação "provavelmente tão velha quanto a civilização". O termo qualidade de vida tem significados diferentes de pessoa para pessoa, em lugares e ocasiões diferentes. É um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista, variando de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social, de indivíduo para indivíduo, e até pode variar no mesmo indivíduo conforme seu estado emocional.

Se os indivíduos envelhecem com autonomia e independência, com boa saúde física, desempenhando papéis sociais, permanecendo ativos e desfrutando de senso de significado pessoal, a qualidade de vida pode ser boa (PASCOAL, 2000).

Qualidade de vida implica pensar em algo que vá além da autonomia e independência e até da ausência de doenças. Qualidade de vida exige outros parâmetros como estilo de vida, compreensão, esperança, afeto, interação social, solidariedade, requisitos importantes para proporcionar a sensação de bem-estar e, conseqüentemente, vida saudável.

Isto significa dizer que o cuidado com a saúde do idoso não deve ser apenas a cura da doença e/ou prevenção da morte, mas também a preservação da dignidade da pessoa e de sua vida. Quando não há cura efetiva, o objetivo da

“
**O bem-estar
não só implica
em ausência de
doença, mas
na experiência
de viver em
sociedade de
forma ativa**
”

atenção e do cuidado não deve ser só a eliminação da doença e, sim, melhorar a vida do idoso

em outros aspectos, dando suporte e encorajando-o a enfrentar a vida.

Embora a prática do cuidador esteja muitas vezes voltada ao idoso doente e com alguma incapacidade, em algumas situações com processos irreversíveis, o desenvolvimento de ações junto a idosos saudáveis significa a necessidade de compreendê-lo e poder intervir de forma adequada, sem invadir a sua privacidade cotidiana, ajudando-o a manter e/ou melhorar seu bem-estar,

impedindo ou retardando o quanto possível a deteriorização de sua qualidade de vida. O bem-estar não só implica em ausência de doença, mas na experiência de viver em sociedade de forma ativa.

Uma boa qualidade de vida e bem-estar na velhice incluem a saúde biológica satisfatória, a maneira como o idoso lida com seus problemas de saúde, a satisfação com a família, a situação econômica, interação social e a forma como lida com a morte.

ALIMENTAÇÃO

A alimentação é fator fundamental para a promoção, manutenção e recuperação da saúde em todas as fases da vida. Entretanto, adquire especial importância na velhice, porque o envelhecimento acarreta alterações no organismo que podem modificar as necessidades nutricionais, podendo-se agravar pela presença de doenças, interferência de medicamentos ou problemas psicológicos ou sociais.

Os fatores que interferem na alimentação dos idosos e podem prejudicar seu estado nutricional são de ordem:

☒

FISIOLÓGICA

- Diminuição da acuidade dos órgãos de sentido: as alterações da visão, paladar, olfato, audição e tato podem levar à perda de apetite, resultando em ingestão diminuída de alimentos.

- Alterações na boca: a ausência parcial ou total de dentes, ou mesmo o uso de próteses inadequadas, doenças periodontais, cáries, diminuição da saliva provocam dificuldades na mastigação e degustação, fazendo com que o consumo de carnes, verduras, frutas e alimentos fibrosos sejam diminuídos na dieta.

- Alterações gástricas e intestinais: a dimi-

nuição dos movimentos peristálticos e também enzimas digestivas favorecem a constipação intestinal (prisão de ventre).

Inatividade física: o aumento de sedentarismo ocorre freqüentemente com o avançar da idade, acarretando alterações nutricionais e o aparecimento de várias doenças (obesidade, hipertensão arterial) ou o agravamento de outras já instaladas.

PSICOLÓGICO

As pessoas podem perder o interesse no preparo e ingestão dos alimentos, seja porque moram sozinhas ou mesmo morando acompanhadas não têm motivação para a realização dessas tarefas. A recusa de alimentos pode estar ligada a causas de origem depressiva.

CULTURAL

- Entre idosos é comum a existência de “crenças e tabus” baseados em informações incorretas, sem comprovação científica, que podem trazer danos à sua nutrição (alimentos *pesados*, *poções mágicas*).

Nosso organismo utiliza a energia dos alimentos para seu funcionamento, sendo que nesse processo libera calor para a manutenção da temperatura do corpo sempre em níveis regulares. Uma dieta adequada é aquela que assegura ingestão equilibrada de açúcares, gorduras, proteínas, vitaminas e sais minerais,

“
Na velhice há
uma diminuição
global das
atividades
das células,
levando a uma
modificação das
necessidades
nutricionais

”

além de água e fibras. Na velhice há uma diminuição global das atividades das células, levando a uma modificação das necessidades nutricionais. Uma dieta inadequada pode ocasionar riscos à saúde.

A composição adequada da dieta de um idoso sadio deve seguir um determinado padrão: 30% de gorduras (evitando gordura de origem animal), 10-20% de proteínas (carnes) e 50-60% de carboidratos (açúcares, massas, fibras). Esse padrão deve ser alterado sob orientação médica, quando o idoso é portador de algum tipo de doença. Aconselha-se a ingestão regular de alimentos ricos em vitamina A e C; em se tratando da mulher, alimentos ricos em cálcio, na profilaxia da osteoporose. Deve-se estimular a ingestão razoável de líquidos, diminuída nesta fase da vida, que deve ser em torno de dois litros por dia numa pessoa de 70 kg, exceto em determinadas situações (insuficiência cardíaca, doenças renais ou hepáticas etc.). quando se recomenda restrições. A pessoa idosa deve fazer, no mínimo, de quatro a seis refeições diárias, consumindo, pelo menos, um dos alimentos presentes nos grupos de energéticos (carboidratos e gorduras saudáveis), construtores (proteínas), reguladores (vitami-

nas e sais minerais), água e fibras.

Para estimular o interesse do idoso pela alimentação, é fundamental desenvolver uma mentalidade de auto-estima e auto-cuidado, fazendo com que o idoso sinta prazer no ato de alimentar-se. Para isso, é preciso que o idoso tenha acesso a alimentos variados, coloridos, com agradável sabor e cheiro; que o idoso faça a higiene da boca, língua, gengivas, dentes e próteses dentárias, diariamente.

SONO E REPOUSO

Pode-se afirmar, com segurança, que dormimos para repousar, recuperar e nos preparar para o novo dia. O sono é essencial para a reposição das energias, para a manutenção da temperatura corporal e retenção da memória do que aprendemos durante o dia, ou seja, ter bom sono é essencial para a memória e aprendizado.

Nos idosos, as queixas sobre o sono e memória tornam-se freqüentes, bem como a sonolência diurna, o déficit de atenção e concentração. Estudos mostram que noites de sono bem dormidas diminuem a sonolência diurna, melhorando o desempenho cognitivo, como a atenção, concentração, planejamento durante as atividades básicas (higiene, alimentação, vestuário) e instrumentais (fazer compras, resolver questões financeiras).

As alterações no sono do idoso podem ser ocasionadas por distúrbios específicos devido a problemas de saúde, sociais e psicológicas ou ligadas a fatores não relacionados ao envelhecimento, como: síndrome da apnéia do sono, insônia, distúrbios psiquiátricos e fatores ambientais, além de interações medicamentosas.

O sono do idoso é frágil e superficial, caracterizado por inúmeros despertares (3 a 5 seg.), além da ocorrência de cochilos diurnos. Como medida preventiva para manter a qualidade de sono para o idoso, é recomendável estimular o hábito de não dormir longos períodos durante o dia, não usar substâncias estimulantes (café, refrigerantes), até duas horas antes de dormir e não deitar sem sono.

INTERAÇÃO SOCIAL E LAZER

É importante que o idoso esteja vinculado às pessoas e ao redor do seu ambiente, como forma de sentir-se vivo, reconhecido e incluído. O homem, desde o nascimento à morte, vive em grupos, sejam familiares, escolares, profissionais, de amigos. A presença de pessoas em volta do idoso faz com que ele se sinta importante e amado, contribuindo para um novo modelo de velhice, mais saudável, satisfeita e feliz.

O tempo livre associado ao lazer é hoje uma preocupação de qualidade de vida. Parti-

“
O grupo, seja
de qualquer
natureza, tem o
papel importante
na vinculação
social do idoso

”

atividades como passeios, conversas, jogos e grupos de convivência para que se objetive obter informações sobre assunto do seu interesse. O grupo, seja de qualquer natureza (terapêutico, de reflexão ou de discussão), tem o papel importante na vinculação social do idoso, mantendo-o em atividade, seja quando proporciona a saída de casa, seja quando proporciona o encontro com o outro.

cipar, individualmente ou em grupo, de diversão e recreação de que gosta é elemento importante e oportunidade para o desenvolvimento pessoal.

Para o idoso é cada vez mais importante que ele mantenha vínculos com a família e relações pessoais fora da família. Além das trocas familiares, é importante compartilhar com amigos

PLANEJAMENTO E ADAPTAÇÕES DO AMBIENTE PARA IDOSOS

Alguns itens de segurança são absolutamente necessários em cada ambiente da casa onde mora um idoso. Por exemplo:

- **No Banheiro:** o piso de todo banheiro deve ser antiderrapante; barras de segurança devem ser instaladas dentro

“
Alguns itens de
segurança são
absolutamente
necessários em
cada ambiente
da casa onde
mora um idoso

”

do box e ao lado do vaso sanitário; o tapete deve ser de borracha, antiderrapante; o porta-toalhas, os suportes para *shampoo*, sabonete e papeleira devem ser fixos e de fácil acesso; o vaso sanitário deve ter altura média de 46 cm e barra de apoio próximo; a ducha higiênica deve ser móvel e de longo alcance, preferencialmente de cor branca; a porta de entrada deve ter, no mínimo, 80 cm de largura, abrindo para fora; o ambiente do banheiro deve ser claro

e com iluminação de boa qualidade.

- **No Quarto:** a altura da cama deve ter entre 45 e 50 cm, para permitir o apoio dos pés no chão; colchas, lençóis e cobertores devem estar presos ao pé da cama; a mesa de cabeceira (criado mudo) deve ter bordas arredondadas e a mesma altura da cama, deve estar fixa no chão; sobre essa mesa deve-se manter uma lanterna, o interruptor para luz de cabeceira e de acesso ao banheiro devem estar ao alcance do idoso; telefone e números devem ficar acessíveis para qualquer emergência; o guarda-roupa deve ter portas leves e maçanetas que permitam fácil preensão; o cabideiro deve ser

baixo e as gavetas devem estar com travas de segurança. Além disso, o guarda-roupa deve possuir luz interna; as poltronas ou cadeiras devem ter pés antiderrapantes; deve-se evitar tapetes, fios elétricos soltos, cortinas pesadas.

- **Na Cozinha e Área de Serviço:** a pia e a bancada devem ter altura entre 85 a 90 cm; os armários devem ser baixos, ter portas e gavetas com travas de segurança e de fácil abertura; deve-se evitar objetos pesados na porta da geladeira; a tábua de passar roupa deve ter 75 cm de altura, para que o idoso possa usá-la, mesmo sentado, e o ferro elétrico deve ter suporte fixo.
- **Na Sala:** as poltronas e sofás devem ter altura de 50 cm e profundidade entre 70 a 80 cm, com assento não muito macio e braços de apoio laterais, cadeira de espaldar alta e braços de apoio; mesas de apoio com quinas arredondadas, telefone e abajur não devem ser de vidro ou outro material cortante; mesa de jantar com 75 cm de altura, quinas arredondadas, sem tapete.
- **Nas Escadas:** o material deve ser antiderrapante; ter corrimões ao longo dos degraus (de ambos os lados); os corri-

“
Finalmente,
envelhecer bem,
viver dignamente e
com qualidade de
vida são questões
que dizem respeito
a toda a sociedade

”

mões devem ser de 10 a 15 cm mais compridos que a escada, e devem situar-se no mínimo a 5 cm da parede, ter boa iluminação e marcação do início e fim das escadas.

• **Para ambiente e mobiliário:** puxadores de gavetas e armários em forma de alça; fechaduras de portas em alavanca com bordas arredondadas; parede, pisos e móveis foscos; paredes

claras; uso de cores contrastantes entre paredes e portas; os pratos e toalhas para idosos com diminuição da visão devem ser de fácil manutenção e limpeza; todos os demais objetos de uso frequente devem ser de fácil acesso.

• **Sugestões de Objetos:** relógio, telefone e calendários devem ter números grandes; manter lanterna com lentes de aumento próximo ao local onde são guardados os medicamentos; disponibilizar no banheiro uma escova de cabo grande, para banho.

• **Deve-se evitar:** cadeiras e bancos plásticos; copos e pratos descartáveis; manta para poltronas e sofás; excesso de objetos; piso encerado; capachos e tapetes soltos.

Finalmente, envelhecer bem, viver dignamente e com qualidade de vida são questões que dizem respeito a toda a sociedade. Os cuidados aqui sugeridos não dizem respeito apenas aos idosos. Toda a família, e a sociedade, certamente vão usufruir dos impactos desse cuidado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Política Nacional do Idoso**. Lei nº 8.842, de 04.01.1994.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Portaria no. 1395-GM, de 10 de dezembro de 1999.

NERY, P. **A visibilidade de nosso mistério**. Uma visão cristã da corporeidade. IX Semana Filosófica e Tecnológica do Instituto Santo Tomás de Aquino. Minas Gerais, 2003. Disponível em: www.procamig.org.br/observatorium/arquivo/neryset2003.htm
Acesso em: set. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial**. Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, 2003.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de Vida na Velhice. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

A VALORIZAÇÃO DA VELHICE NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA: UMA QUESTÃO PARA QUEM?

Graciela Serra Lopes

“
Os idosos são
desafiados
a viver sob
condições
para as quais
não estavam
acostumados

”

As mudanças do quadro demográfico dos últimos anos alertam para o aumento do número de idosos e do tempo de velhice. Estes, vivendo uma das fases por muitos considerada crítica no ciclo vital, continuam recebendo da sociedade uma carga negativa, além de necessitarem de adaptações para viver melhor esta etapa da vida.

Nesse contexto, a autonomia e a independência do idoso, tão importantes para ele, estão relacionadas diretamente com a sua capacidade funcional e de como consegue manter ou estabelecer relações com o ambiente a que pertence.

No mundo atual, de alta competitividade e individualismo, os idosos são desafiados a viver sob condições para as quais não estavam acostumados, vez que o sentido de comunidade (viver juntos, ter família grande, compartilhar, conhecer todos e tudo do seu entorno)

e de integração foram os elementos que fizeram parte do seu processo de formação. Uma dessas condições, de grande impacto para o idoso, é a marginalização, decorrente do preconceito ou até mesmo das limitações físicas que vitimizam muitos deles.

É possível identificar, diariamente, o comportamento social diante das necessidades dos velhos, para quem não há o devido respeito e valorização, seja por parte de indivíduos, seja por parte de organizações públicas ou privadas. Os conceitos estabelecidos pela sociedade minimizam a condição de existência do idoso.

Embora haja mudanças já perceptíveis, ainda é relevante a idéia de que o indivíduo

“
Uma dessas
condições, de
grande impacto
para o idoso, é a
marginalização

”

que chega aos sessenta anos estará inativo e não poderá realizar algumas tarefas consideradas mais apropriadas à juventude, como namorar e, até mesmo, praticar esportes, principalmente para aqueles que não o fizeram em fase anterior da vida. É evidente que, ainda que a pessoa apresente limites de ordem física, isto não deve significar a abdicação plena das atividades.

Uns dos maiores problemas enfrentados pelos idosos está relacionado com as doenças cerebro-vasculares e isquêmicas, neoplasmas malignos e doenças do aparelho

“
O Brasil ainda
se apresenta
despreparado
para receber
essa população
envelhecida

”

respiratório. Luiz Roberto Ramos (2002), em estudo que desenvolveu sobre epidemiologia do envelhecimento, destaca as doenças de caráter crônico não-transmissíveis prevalentes entre os velhos. Afirma ele que as idosas que viviam com algum familiar, viúvas e com baixa renda, apresentavam consideráveis índices de doenças crônicas, tornando-se dependentes e com risco à depressão. Os idosos sozinhos, em sua maioria, eram mulheres com baixa renda e doenças associadas. Seu estudo também sinalizou para a variável sexo como determinante do maior risco de morte entre os homens, o que evidencia a necessidade de intervenção adequada, que exige profissionais de diferentes áreas do conhecimento e de alta qualificação.

O Brasil ainda se apresenta despreparado para receber essa população envelhecida. Esse despreparo pode ser observado nas diretrizes do sistema de saúde, cujas ações são mais orientadas para a atenção à criança ou ao adulto jovem, faltando, inclusive, ações de suporte aos cuidadores.

Falar de dignidade e qualidade de vida com os níveis problemáticos de dificuldades em que se encontra parcela relevante de idosos não é fácil; para começar, é necessá-

“
É importante que
se reconheça a
velhice como etapa
da vida que, mesmo
apresentando
limitações, também
apresenta muitas
qualidades

”

rio desmitificar o estereótipo atribuído ao idoso; é importante que se reconheça a velhice como etapa da vida que, mesmo apresentando limitações, também apresenta muitas qualidades; isto permitiria, sem dúvidas, elevar a auto-aceitação e possibilitaria mais espaço no meio social.

É importante considerar aqui que o trabalho de reconhecimento da sua identidade vem atrelada ao reconhe-

cimento do corpo, não como algo separado, externo, mas como um conjunto inseparável do sujeito. Refletir sobre esta questão é condição urgente, em especial quando se considera que a consciência do próprio corpo é uma maneira de estar e ser no mundo, afirmação que implica no determinismo de que é impossível a existência do homem no mundo sem o corpo.

O corpo é, pois, mais do que estrutura anatômica com funções reguladas pela fisiologia; trata-se de um meio para auto-transformações e de relacionamento com o mundo e com os outros. O valor sobre ele deve ser elevado e a auto-estima deve ser trabalhada. “Temos como auto-estima o julgamento pessoal a respeito de capacidade própria, significância, sucesso e valor, a qual transmiti-

mos aos outros por meio de palavras e ações” (HAYWOOD, 2004).

A auto-estima pode influenciar o comportamento porque as pessoas tendem a agir de forma que confirmam suas crenças a respeito de si [...]. Se você tem baixa competência percebida e baixa auto-estima envolvendo sua capacidade de desempenhar uma habilidade, tende então a realizar a habilidade com baixa competência (HAYWOOD, 2004).

O cuidado com o corpo físico e mental deve ser estimulado nos indivíduos no decorrer da vida. A obtenção de hábitos saudáveis como atividade física, alimentação adequada, dis-

tanciamento de fatores de estresse, atitudes de harmonia e outros levam a um processo de envelhecimento saudável, aumentando a sobrevida.

“
O cuidado com
o corpo físico e
mental deve ser
estimulado nos
indivíduos no
decorrer da vida

”

A preocupação com a qualidade de vida entre as mulheres é evidente, em especial entre aquelas de idades mais avançadas. A longevidade feminina deve-se aos intensos cuidados que a mulher tem com o seu corpo, a constante presença da mulher em consultório médico comprova tal assertiva,

ao contrário dos homens, que geralmente comparecem nas consultas médicas quando

um problema de doença está instalado (VERAS, 2004).

A busca da qualidade de vida é um desafio constate para todas as pessoas; contudo, a busca dessa qualidade traz maiores dificuldades para o idoso. Além de lutar contra a discriminação social, o idoso ainda enfrenta a própria velhice e os problemas de múltiplas dimensões a ela associados (patologias, deficiência na funcionalidade física e psíquica).

O processo de um envelhecimento qualificado requer ações integradas com participação de órgãos públicos e privados, e com profissionais qualificados na área gerontológica e geriátrica, além do envolvimento de toda a sociedade.

“
A longevidade
feminina deve-se
aos intensos
cuidados que a
mulher tem com
o seu corpo

Quando os indivíduos envelhecem com autonomia e independência, com boa saúde física e senso de significado pessoal, a qualidade de sua vida, sem dúvida alguma, pode ser muito boa.

Ser idoso e pobre num país subdesenvolvido e descompromissado com seus deveres não é fácil. Quando em famílias pobres um dos integrantes chega a essa etapa da vida, muitas recorrem ao asilamento, pois envelhecer requer gastos e tempo disponível de uma pessoa para o cuidar, situação difícil para as classes trabalhadoras, de um modo

”

bres um dos integrantes chega a essa etapa da vida, muitas recorrem ao asilamento, pois envelhecer requer gastos e tempo disponível de uma pessoa para o cuidar, situação difícil para as classes trabalhadoras, de um modo

“
Como trabalhar
a valorização
do idoso em
condição de
extrema pobreza?”

”

geral, cujos potenciais cuidadores (geralmente os familiares mais próximos como filha, nora) necessitam sair em busca de trabalho. Diante desse fato, precisamos refletir sobre uma questão que já aflige muitas famílias: como trabalhar a valorização do idoso em condição de extrema pobreza,

exatamente o segmento que mais apresenta problemas relacionados ao fator idade, associados à precária condição socioeconômica, em um espaço geográfico sem estruturas de apoio social e que não se importa com os seus velhos?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

RAMOS, Luiz Roberto. Epidemiologia do Envelhecimento. In: _____. **Gerontologia**. São Paulo; Rio de Janeiro; Belo horizonte: Guanabara Koogan, 2002. p. 73-76.

VERAS, Renato Peixoto. O Brasil envelhecido e o preconceito social. In: _____. (org). **Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição**. Rio de Janeiro: UNATI, 1999. p. 36-43.

HAYWOOD, Kathleen M.; GETCHELL,
Nancy. **Desenvolvimento motor ao longo
da vida**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

O PAPEL DA ENFERMEIRA NA ORIENTAÇÃO À SAÚDE DO IDOSO¹

Andréa Evangelista Lavinsky

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, viver até os 80 anos de idade ou mais tornou-se freqüente e o processo de envelhecer deixou de ser um fenômeno exclusivo dos países desenvolvidos para ser comum, também, aos países em desenvolvimento como o Brasil. Entretanto, definir o envelhecimento é algo difícil, principalmente quando se considera que os indivíduos são únicos e têm constituição própria. Mesmo assim, Carvalho Filho (1996, p. 60) o define como

um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo à morte.

No geral, tem-se utilizado, em grande escala, o critério cronológico para a definição

¹ Originado de palestra proferida no I Seminário de Geriatria e Gerontologia da UESC, em 2005.

do envelhecimento, apesar de ser este o menos preciso². Em contrapartida, pode-se definir o envelhecimento sob várias óticas, concordando com Paschoal (1996), para quem não se pode apresentar uma definição arbitrária e que considera os aspectos biológicos, sociais, intelectuais, econômicos e funcionais. Afirma ele que:

biologicamente, o envelhecimento caracteriza-se por um processo contínuo que, segundo alguns estudiosos, já se inicia após a concepção;

socialmente, o envelhecimento depende da cultura, das condições de vida e do trabalho ao qual a pessoa esteja submetida;

intelectualmente, caracterizado por lapsos de memória, dificuldade de aprendizagem e falhas de atenção, orientação e concentração, em relação à situação anterior;

economicamente, acontece quando o indi-

² Cronologicamente, a Organização das Nações Unidas (ONU) define a idade de 65 anos para classificar como idosos indivíduos de países desenvolvidos e 60 anos para aqueles de países em desenvolvimento (BRASIL, 1997). No Brasil, a Política Nacional do Idoso (PNI) considera como idosa a pessoa maior de 60 anos de idade.

“
É importante
distinguir os
processos normais
do envelhecimento
daqueles
considerados
patológicos
”

víduo deixa de ser economicamente ativo; e,

funcionalmente, que se refere à fase da dependência dos outros para a realização de atividades da vida diária;

De fato, o envelhecimento traz algumas alterações que parecem próprias de quem envelhece: as rugas e os cabelos brancos. Mas alterações como

estas são consideradas normais e, além de não representarem doenças, não caracterizam o idoso como um ser inválido e incapaz, ainda que algumas doenças atinjam pessoas com idade mais avançada, e que pode ser decorrente de estilos de vida ou da genética, não da idade.

Mesmo assim, é importante distinguir os processos normais do envelhecimento (senescência) daqueles considerados patológicos (senilidade). Esse é um exercício difícil para qualquer pessoa; afinal, ambos têm limites muito próximos e, muitas vezes, se sobrepõem, causando dificuldades para quem avalia e trazendo conseqüentemente prejuízos ao idoso, expondo-o a exames e tratamentos, inclusive medicamentos desnecessários.

Diminuição da força e do vigor físico, cabelos brancos, pele enrugada, manchas na pele

“
Adaptação
é, pois, uma
necessidade,
em especial por
favorecer o bom
envelhecimento

”

podem desencadear algumas crises por dificuldade de aceitação, mas não são doenças. De fato, a velhice aumenta os riscos de doença crônico-degenerativas, invalidez, viuvez, isolamento, pobreza e, algumas vezes, também aumenta a propensão para a morte, mas nem tudo o que o idoso apresenta pode ser diagnosticado/encarado como doença (PHILIBERT, 1979, p. 18).

É esta característica que fortalece a atenção à saúde do idoso, cuja preocupação é, hoje, orientá-lo a adaptar-se às condições exigidas por doenças e pela idade. Adaptação é, pois, uma necessidade, em especial por favorecer o bom envelhecimento, que nada mais é que a capacidade que tem o sujeito de aprender a conviver com as perdas físicas, sociais e emocionais, mantendo-se ativo para desfrutar de uma vida com qualidade, convivendo com as limitações que aparecem.

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR VERSUS CUIDADOR

Estudos recentes têm sinalizado preocupação com o modelo assistencial de saúde ainda vigente, que continua privilegiando a hospitalização, ainda que mudanças venham

sendo gradativamente processadas, inclusive a partir do Programa de Saúde da Família.

Há, reconhecidamente, uma necessidade premente de ampliar o investimento em prevenção, o que inclui maior facilidade de acesso aos serviços de saúde e resolutividade dos mesmos; disponibilização de um sistema de apoio social na comunidade (dentre outros, serviço de referência onde se possa aprender a lidar com as novas situações e, quem sabe, um grupo de pessoas que vivam as mesmas experiências podendo compartilhá-las com os outros); ênfase na assistência domiciliar (*Home Care*) como possibilidade de atender pessoas idosas e portadoras de doenças crônicas e seqüelares, em domicílio. Essa modalidade assistencial tem sido vista como um novo conceito em serviços, que privilegia não só o aspecto curativo, mas também, o preventivo, buscando uma assistência domiciliar adequada, até que o doente se torne independente ou, mesmo que venha a morrer, que seja com a sua dignidade mantida.

Mesmo nos casos em que não é indicada a internação hospitalar, geralmente os idosos continuam requerendo cuidados especiais que, certamente, serão oferecidos no domicílio por um familiar, posto que a grande parcela da população não dispõe de condições financeiras que permitam a contratação de uma empresa de *Home-Care* (em locais onde o serviço existe) ou mesmo um profissional

tecnicamente preparado para a prestação do cuidado ao idoso no domicílio. Como refere Angelo (2000, p. 29), é “a família [quem] provê de 80% a 90% do cuidado de seus membros idosos...” e, além das dificuldades financeiras, a falta de preparo técnico destes cuidadores informais, muitas vezes, vem acarretar em sobrecargas pessoais e alterações no seu modo de viver.

Quando doentes, muitos são os problemas vividos pelo idoso (e sua família) após a alta hospitalar. No domicílio, eles precisam resolver situações novas que surgem a partir do momento em que chegam em casa ou situações que já foram vivenciadas no hospital, porém, em companhia de profissionais de saúde.

É esta necessidade de resolutividade que requer certo grau de preparo tanto do idoso quanto de seus familiares e, nesse sentido, toda a equipe multiprofissional de saúde pode prepará-los. A enfermeira, enquanto profissional que está a maior parte do tempo nos ambientes de internação, junto ao doente e familiares acompanhantes, pode utilizar-se desse contato para desenvolver a educação em saúde, preparando os familiares e o próprio idoso para a alta hospitalar, desde o momento inicial da internação.

Como referem Smeltzer e Bare (1994), a educação para a saúde é um componente essencial à aquisição e manutenção da qualida-

“
Os idosos que
não mais podem
ser mantidos
numa instituição
hospitalar
poderão dar
continuidade ao
tratamento no
domicílio

de de vida, porque está voltada para a promoção, manutenção, restauração da saúde e adaptação aos efeitos residuais do envelhecimento e de possíveis doenças instaladas.

Como profissional que realiza grande parte de suas atividades junto a idosos portadores de doenças crônico-degenerativas, a Enfermeira desenvolve suas ações educativas durante a hospitalização ou durante a visita domiciliar, a exemplo da Enfermeira que atua

”
em Programa de Saúde da Família (PSF). Assim, os idosos que não mais podem ser mantidos numa instituição hospitalar poderão dar continuidade ao tratamento no domicílio, cuja característica é, em geral, de manutenção. Neste caso, o objetivo é alcançar o máximo potencial de saúde e independência, meta a ser conduzida pelos familiares e cuja resposta é, muitas vezes, lenta, pela capacidade de resposta do organismo de cada sujeito.

ORIENTAÇÕES PARA O CUIDADO DO IDOSO EM DOMICÍLIO

A orientação para a saúde deve ser direcionada para a prevenção, minimizar a dor e lesões de pele, melhorar o raciocínio e comu-

nicação, o autocuidado e a independência, o controle vesical e intestinal, bem como, a restauração do equilíbrio familiar (SMELTZER; BARE, 1994).

Segundo estas autoras, as seguintes tarefas devem compor o programa de educação para a saúde:

1. posicionar adequadamente o idoso no leito, se acamado;
2. realizar exercícios passivos no leito, a intervalos freqüentes, durante todo o dia;
3. auxiliar o idoso a sentar-se no leito, até que alcance o equilíbrio;
4. promover sua saída do leito, estimulando a deambulação e a posição sentada fora do leito;
5. apoiar com travesseiros algum membro afetado, quando em posição sentada ou deitada;
6. encorajá-lo a cuidar da própria higiene;
7. oferecer a paradeira em horários regulares e que atendam ao padrão de eliminação vesical e intestinal do idoso, ou acompanhá-lo ao banheiro;
8. estimular o raciocínio do idoso, motivando-o e sugerindo conversas que o interessem;
9. estimular e favorecer a comunica-

“
O objetivo
é alcançar o
máximo potencial
de saúde e
independência,
meta a ser
conduzida pelos
familiares

”

ção, atentando para as suas
necessidades;

10. falar pausadamente sem, en-
tretanto, tratar o idoso como
criança;

11. caso apresente algum défi-
cit de mobilidade, mudá-lo de
posição pelo menos de duas em
duas horas, fazendo massagens
de conforto em locais de maior
pressão;

12. manter o idoso sempre limpo
e seco a fim de proporcionar con-
forto, melhorar sua auto-estima

e evitar o surgimento de úlceras de pres-
são, se acamado;

13. estimular o desenvolvimento de ativida-
des saudáveis e que possam melhorar a
sua qualidade de vida;

14. confeccionar escalas de trabalho que
permitam uma divisão de tarefas entre
outras pessoas;

15. promover momentos de discussão e re-
flexão em família sobre as alterações
próprias da senescência e os resultados
esperados do processo de cuidar;

16. esclarecer a fisiopatologia de possíveis
afecções e cuidados a serem adotados;

17. planejar, juntamente com o idoso e de-
mais membros da família, formas de al-
cançar um envelhecimento saudável;

18. enfim, lembrá-los de que a adaptação de ambos poderá ser muito lenta e o idoso (saudável ou doente) necessita de respeito, apoio, atenção e carinho sem, entretanto, buscar fazer por ele, aquilo que, mesmo com esforço, ele possa fazer sozinho.

“
Quando
aconselhados e
orientados, os
familiares estarão
mais preparados
para intervir
adequadamente

”

As orientações dadas pela enfermeira, no hospital ou domicílio, estabelecidas juntamente com o idoso e seus familiares, devem fazer parte do *programa de reabilitação domiciliar*.

A orientação em saúde certamente trará grandes benefícios à saúde do idoso e, ainda, proporcionará maior tranquilidade e apoio aos familiares que irão desempenhar a tarefa de cuidar no domicílio. Quando

aconselhados e orientados, os familiares estarão mais preparados para intervir adequadamente nas situações que já existem no momento da alta hospitalar, bem como sobre aquelas que podem surgir no domicílio, sem que haja prejuízos à sua saúde ou ao seu estilo de vida.

São muitas as informações que deverão ser dirigidas aos familiares que cuidarão de idosos no domicílio. Por isso, é necessário um planejamento que permita aproveitar melhor

todo o tempo disponível durante os cuidados que são prestados ao idoso no período de internação ou durante a visita domiciliar realizada pela enfermeira do PSF e sua equipe. Afinal, somente após a inclusão da educação/orientação para a saúde no processo de cuidar, da enfermagem, é que será prestado um atendimento mais abrangente e de qualidade, ao mesmo tempo em que estaremos cumprindo o nosso papel de educadoras em saúde, o que certamente irá conferir, não só aos idosos, mas também aos seus familiares, maior segurança e preparo para desempenharem os cuidados que farão parte de suas vidas, no domicílio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGELO, Margareth. O contexto familiar. In: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux. **Atendimento Domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo. Atheneu, 2000. p. 27-31.

CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETO, Matheus. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1999, p. 60-70.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Epidemiologia do envelhecimento. In:

PAPALÉO NETO, Matheus. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 26-43.

PHILIBERT, Michel. Filosofia da velhice: deduções para a enfermagem. In: BURSIDE, Irene Mortenson. **Enfermagem e os idosos**. São Paulo. Organização Adrei Ed, 1979, p. 18-19.

SMELTZER, Suzana C.; BARE, Brenda G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 7 ed, v. 1, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994, p. 179-184.

VELHICE, CAPACIDADE FUNCIONAL E OSTEOARTROSE: um espaço da Fisioterapia

Matheus Silva d'Alencar

INTRODUÇÃO

Apenas nos últimos trinta anos o Brasil despertou para uma das mais sérias situações sociais deste início de século, para a qual ainda não estava devidamente preparado; trata-se de um processo irreversível, que tende a se acentuar: o crescimento da população idosa. Vários fatores podem interferir no processo de envelhecimento (como hábitos de vida, fatores genéticos, estados emocionais, alimentação, ambiente, dentre outros) e definir os níveis de comprometimento ou não da capacidade funcional dos indivíduos.

O homem, como qualquer outro ser vivo, envelhece; sérias e profundas modificações fazem parte do seu tempo de vida e, com isso, é importante conhecer não só as tendências demográficas, mas o processo de envelhecimento e seu impacto sobre os indivíduos e sobre a sociedade. Além da sensibilidade social para esse fenômeno, que tem merecido preocupação de povos e governos através de políticas de ordem social e eco-

nômica, esse conhecimento contribui para a elevação do quantitativo de pessoas envelhecendo de modo saudável, além de minimizar o sofrimento daqueles que perdem a autonomia e passam a ser dependentes física e emocionalmente.

Embora o conhecimento tenha avançado e muitos equívocos já tenham sido corrigidos, ainda predomina no imaginário social a idéia reducionista de que o envelhecimento, processo comum a todos os seres vivos, é apenas um processo de perdas. No entanto, não se pode minimizar o fato de que, em função do próprio envelhecimento biológico e do estilo de vida que levam em etapas anteriores, algumas pessoas envelhecem com redução das habilidades físicas e mentais, necessitando de auxílio para realizar determinadas atividades. Ramos (1999) constata, em estudo que desenvolveu, que cerca de 40% das pessoas idosas que realizam tarefas como fazer compras, preparar refeições e cuidar do ambiente doméstico precisam de algum tipo de ajuda para realizar, pelo menos, uma delas, enquanto 10% requerem ajuda até mesmo para tarefas básicas como banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, mesmo, sentar e levantar de cadeira e cama.

Essa semi-dependência, ou dependência total, pode ser uma decorrência tanto de um histórico biológico quanto de cuidados inadequados ou inexistentes em fase anterior da vida, posturas incorretas, aspectos nutricionais, ex-

“
Não apenas os
fatores anatômicos
e fisiológicos que
envolvem o próprio
indivíduo idoso são
importantes, mas
também o estilo
de vida e todo o
ambiente do entorno

”

cesso de peso, ou processos outros que podem torná-los vulneráveis, antecipando ou facilitando as doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais a osteoartrose.

Essa constatação denota a necessidade de um conhecimento mais próximo dos indivíduos idosos e da sua ambiência, de modo que a contribuição da área da saúde, em especial da Fisioterapia, seja mais direta e eficaz. Isto significa que não apenas os fatores anatômicos e fisiológicos que envolvem o próprio indivíduo idoso são importantes, mas também o estilo de vida e todo o ambiente do entorno, desde as condições materiais sob as quais vive até mesmo os relacionamentos que consegue estabelecer. Esse conhecimento permite a predição de comprometimentos, atual e futuro, da capacidade funcional do sujeito em processo de envelhecimento e determina as possibilidades e o tratamento adequado a cada pessoa.

A população idosa requer cuidados especiais, principalmente pela redução gradativa das funções corporais que podem originar fragilidade e graus variáveis de incapacidade. Papaléo Netto (1996) considera que as doenças do sistema cardiovascular, neu-

“
O declínio da
capacidade
funcional não é
inerente a todos
os idosos

”

rológico ou músculo-esquelético são as que mais frequentemente acometem os idosos e se constituem nas principais causas de incapacidade nessa população. Como um agravante a mais, Porto (2001, p. 179) afirma que "o número de idosos com algum grau de incapacidade

aumenta com a idade, e cerca de 50% daqueles com mais de 85 anos apresentam limitações em suas atividades diárias". Isto significa que a maioria das doenças crônicas não transmissíveis que acomete a população idosa tem, na própria idade, um fator de risco primordial.

No entanto, é importante salientar que o declínio da capacidade funcional não é inerente a todos os idosos. Na inexistência de alguma enfermidade, as modificações que acontecem durante o processo de envelhecimento não são suficientes para gerar sintomas ou limitações importantes na execução de atividades da vida diária. Se há pessoas de idade avançada que passam por problemas de saúde e que procuram realizar medidas adaptativas para manter seu estilo de vida e suas atividades habituais, também há pessoas com idade avançada bastante saudáveis, que levam normalmente suas rotinas diárias e que vivem vidas muito similares às que sempre

levaram.

A OSTEOARTROSE E A VELHICE

Durante o processo de envelhecimento biológico, as estruturas do aparelho locomotor são atingidas, ocorrendo alterações na estrutura óssea, nos tendões, nas articulações e nos músculos de várias regiões do organismo. Dentre as afecções do aparelho locomotor mais freqüentes na população idosa, uma merece destaque especial: a osteoartrose, também conhecida como artrose, osteoartrite, doença

articular degenerativa, artrite senil ou artrite degenerativa; é uma das principais e mais freqüentes patologias existentes na terceira idade. Caracteriza-se como um processo desgastante e crônico que atinge articulações importantes, acarretando comprometimento da função, diminuição do nível de autonomia e dos movimentos, levando a quedas.

Embora muito freqüente, a Osteoartrose é uma doença ainda pouco conhecida. Acredita-se que 15% da população adulta do mundo sejam acometidas

pela patologia. Lianza (1995) afirma a prevalência significativa da Osteoartrose na popu-

“
Dentre as afecções
do aparelho
locomotor mais
freqüentes na
população idosa,
uma merece
destaque especial:
a osteoartrose

”

lação, que afeta aproximadamente 15 milhões de pessoas no Brasil, ocupando o terceiro lugar na lista dos segurados da Previdência Social que recebem auxílio-doença. Isto significa

“**A osteoartrose representa 65% das causas de incapacidade**”

“

A osteoartrose representa 65% das causas de incapacidade

”

que a osteoartrose representa 65% das causas de incapacidade, sendo apenas superada pelas doenças mentais e cardiovasculares (BRASIL, 2003). É caracterizada como uma enfermidade que acomete ambos os sexos, raças e áreas geográficas, embora a maior frequência esteja entre indivíduos do

sexo feminino e, segundo dados do Ministério da Saúde, atinja cerca de 80% das pessoas acima dos 70 anos de idade. Para Salter (2001, p. 304), “[...] depois dos 60 anos, 25% das mulheres e 15% dos homens apresentam sintomas relacionados com a doença articular degenerativa. Após 75 anos de idade, mais de 80% das mulheres e homens são afetados”.

Aproximadamente 1/3 dos indivíduos com mais de 35 anos de idade apresentam alguma evidência radiográfica de Osteoartrose, branda ou relativamente assintomática; a doença é uma das causas de incapacidades em pessoas com mais de 60 anos de idade. De acordo com os estudos de Wagenhauer (apud PASTOR, 2001), “a partir dos 30 a 35 anos, aproximadamente 50% das pessoas adultas apresentam alterações articulares

degenerativas compatíveis com osteoartrose, e após a quinta década praticamente toda a população dessa faixa etária”. Contudo, apenas parte dessa população apresenta queixa clínica, podendo diferenciar entre a “artrose muda”¹ e a “artrose doença”², a que exige tratamento.

“
A sintomatologia da Osteoartrose caracteriza-se por dor, edema, limitação de movimento e crepitação
”

A sintomatologia da Osteoartrose caracteriza-se predominantemente por dor, edema, limitação de movimento e crepitação. Alguns sinais são característicos, como sensibilidade exagerada na articulação, derrame intra-articular, instabilidade articular, atrofia muscular periarticular, pontos dolorosos nas margens e enrijecimento da arti-

¹ A artrose muda foi denominada assim porque, apesar da presença de degeneração cartilaginosa física ou morfológica das superfícies articulares, é clinicamente assintomático, observando-se quando muito crepitação articular eventual e/ou ligeira limitação de mobilidade (...).

² (...) A transição da artrose muda para a forma ativa ou para artrose doença pode resultar da interação da sobrecarga articular (excesso de peso corporal, defeitos posturais, sobrecarga mecânica pela prática inadequada de certos esportes, etc.) ou de outros fatores adicionais, que Otte denomina de fatores irritativos (lesões traumáticas, infecções focais articulares, influencia hormonal e/ou vascular, stress ou hipersensibilidade às condições metabólicas, etc.) (PASTOR, 2001)

culação. Essa sintomatologia normalmente é lenta, tendo a dor como principal sintoma, que pode ser leve ou intensa. Essa dor tende a piorar se a articulação afetada for utilizada em excesso e, em casos mais avançados, até mesmo quando em repouso.

A limitação de movimentos é observada em grande parte dos idosos acometidos por Osteoartrose, devido à rigidez articular, o que dá a impressão de que a articulação está “presa”, desaparecendo com o aumento da amplitude de movimento. A restrição de movimentos ocorre com a evolução da doença sendo, freqüentemente, acompanhada de dor com tendências a piorar no final da amplitude do movimento realizado (PASTOR, 2001).

O diagnóstico não é difícil e é realizado, principalmente, através de exames físico e radiológico. Trata-se de doença que se caracteriza pela:

diminuição do espaço articular (secundário à perda de cartilagem), esclerose do osso subcondral, presença de osteófitos, cistos, corpos livres intra-articulares, desalinhamento e deformidades articulares e erosões. Nos casos iniciais estes achados podem estar ausentes. Como grande parte da população certamente apresenta estas alterações radiológicas, este exame complementar se faz importante para excluir doenças tumorais, infecciosas e outras [...] (LIANZA 1995, p. 207).

Antes, a ausência de parâmetros para anali-

sar e documentar o estado funcional do doente dificultava uma avaliação do desempenho funcional assim como critérios objetivos de melhora. Atualmente, com os avanços dos estudos, já é possível medir e quantificar, de forma objetiva, o grau de incapacidade funcional oriundo de doenças nas diversas atividades do indivíduo. Nos doentes acometidos por Osteoartrose, a observação inclui a avaliação da dor, da amplitude de movimento, da força muscular e da locomoção, tudo inserido nas atividades da vida diária. Essa observação deve englobar a avaliação das diversas posturas do doente para sentar-se, deitar-se, manter-se em posição ortostática, deambular, subir escadas, agachar-se, dentre outras.

Tomando-se como base a sintomatologia, a Osteoartrose, muitas vezes, incapacita o indivíduo, deixando-o dependente e receoso de realizar suas atividades. O tratamento visa basicamente o alívio, o controle e a redução dos sintomas característicos. Esse tratamento envolve a utilização de medicamentos antiinflamatórios (minimização da dor e do edema), tratamento reabilitacional, educacional (uso da medicação, orientações quanto à evolução da doença e medidas domiciliares que o indivíduo pode realizar) e, num estágio mais avançado, o tratamento cirúrgico.

A FISIOTERAPIA GERIÁTRICA NA PREVENÇÃO E NO TRATAMENTO DA OSTEOARTROSE

A fisioterapia tem uma preocupação central com a restauração e/ou manutenção da capacidade funcional do indivíduo. O conhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento é fundamental

“
O aumento de incapacidades (principalmente as motoras) é causa freqüente de institucionalização precoce de idosos
”

para a compreensão dos processos patológicos que afetam o indivíduo idoso, além de influenciar de forma significativa nas manifestações clínicas, bem como na terapêutica instituída. Por isso, a avaliação criteriosa das perdas funcionais identifica a instalação destas afecções, o que permite a formulação de propostas e tratamentos mais adequados.

Essas propostas devem preconizar o desenvolvimento da mais alta capacidade física, psíquica, social e educacional do indivíduo, considerando suas limitações, quaisquer que sejam elas, de caráter fisiológico, anatômico ou ambiental, o que garante uma compreensão global por parte do profissional.

A atenção à saúde não se fundamenta apenas na detecção de doenças mas, também, na identificação de incapacidades funcionais e suas causas, nem sempre linearmente rela-

cionadas às doenças presentes. Esta preocupação se torna relevante na medida em que a perda gradativa das funções leva à limitação nas atividades da vida diária (AVDs), o que afeta diretamente a qualidade de vida da pessoa idosa. O aumento de incapacidades (principalmente as motoras) é causa freqüente de institucionalização precoce de idosos. Vale a pena lembrar que uma das metas da Organização Mundial da Saúde, já em 1982, era a de criar as condições para que a maioria dos idosos pudesse viver na comunidade e grupo familiar durante a maior parte de suas vidas, integrados com dignidade e qualidade de vida. Além de beneficiar os indivíduos na velhice, também a preocupação era com o sistema de saúde, cujo risco é de sobrecarga, especialmente porque o tratamento de um idoso em regime de internação hospitalar requer tempo maior e, por conseqüência, maior custo.

Embora parcela relevante da população idosa tenha comprometimentos físicos para os afazeres cotidianos, muitos idosos, ao contrário do que se pensa, possuem plasticidade, poder de reversibilidade e capacidade de modificação do processo que os afeta. O desempenho de um indivíduo, em qualquer atividade, pode ser melhorado independente da idade e com relativamente poucos recursos; nesse sentido, a Fisioterapia vem ganhando espaço cada vez maior e reconhecida importância.

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, trata de idosos já com comprometimentos, internados, asilados ou em serviços de ambulatório, além de domicílios ou instituições comunitárias. Seu trabalho abrange a avaliação, o tratamento, a orientação, a ação educativa e a assistência.

O aspecto preventivo é de grande importância, principalmente naqueles idosos em que a condição geral patológica tem alterado de forma significativa a sua independência. Nesse sentido, é importante levar em conta a promoção de atitudes que possibilitem o retardo do envelhecimento patológico, que evitem fatores capazes de estimular a perda da capacidade ou independência, além de promover a autonomia do idoso. É importante salientar 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 adequar e escolher as melhores técnicas, dando ênfase às atividades que mimetizem as AVDs.

Como a Osteoartrose é uma enfermidade que restringe o desempenho funcional e dificulta a realização de atividades no cotidiano dos portadores, em especial dos idosos, devido à dor e à rigidez articular, preconiza-

“
A abordagem
fisioterápica reduz
a prevalência de
incapacidades ou
dependência entre
os idosos

”

se como medidas preventivas: a boa alimentação, associada à redução de peso, a realização, desde cedo, de exercícios ou até mesmo de atividades simples, mas que promovam a constante mobilização do indivíduo, além da manutenção de uma postura adequada. A hidroterapia e a utilização de calçados adequados também previnem possíveis surgimentos de sinais e sintomas caracte-

terísticos da doença (BRASIL, 2001).

Um dos importantes aspectos a ser considerado é a atuação da fisioterapia na reabilitação. Tem-se constatado que a abordagem fisioterápica, quando disponível em hospitais gerais, reduz a prevalência de incapacidades ou dependência entre os idosos ao final da hospitalização, em comparação com aqueles internados em hospitais que não contam com esse profissional. Também são fundamentais os aspectos psicológicos ligados a esse paciente, que muitas vezes podem dificultar a evolução da reabilitação, o que em algumas circunstâncias são determinantes da disfunção e incapacidade.

Ainda não é conhecido tratamento algum que promova a recuperação total da Osteoartrose já instalada. Exatamente por isso, a meta é reduzir os efeitos da rigidez e da dor

devido à inatividade e sobrecarga, prevenir deformidades, melhorar a amplitude de movimento e condicionamento físico do paciente, elevando a sua qualidade de vida.

O tratamento inclui medidas medicamentosas, reabilitacionais, educacionais e cirúrgicas e deve basear-se em avaliação detalhada das condições articulares dos indivíduos, mas também de outras questões como hipertensão arterial e osteoporose. A utilização de medicamentos antiinflamatórios não hormonais reduz a dor e o edema, e a fisioterapia tem papel crucial nesse tratamento. Consegue-se reduzir os efeitos da Osteoartrose através de técnicas baseadas no calor (termoterapia), no frio (crioterapia), na corrente elétrica (eletroterapia) e, principalmente, no movimento (cinesioterapia). Utiliza-se recursos como o T.E.N.S., o ultrassom, ondas curtas, *laser*, infra-vermelho, além de atividades em bicicleta estacionária, escada, barras paralelas, que promovam movimentos de flexão - extensão, abdução-adução, pronação-supinação, rotação interna-externa, com ou sem carga, além de alongamentos e técnicas manuais, como tração, deslizamento, decooptação, pompagem, mobilização intra-articular, dentre outros. Kisner (1998, p. 504) propõe um plano de assistência fisioterapêutica baseado nos seguintes pontos:

orientação ao paciente, amplitude de movimento ativa e técnicas de mobilização intra-articular; equipamento de suporte e/ou assistência para minimizar a sobrecarga ou corrigir uma biomecânica prejudicial, aumentar a força nos músculos de suporte, alternando atividades com períodos de repouso; técnicas de alongamento seletivo próprio para restrições em músculos, articulações ou tecidos moles; colocação de splints; exercícios aeróbicos sem impacto ou de baixo impacto.

Uma das contribuições da fisioterapia na terceira idade é a promoção de saúde através da educação, que 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. Izzo (apud PAPALÉO NETTO, 1996) afirma que a fisioterapia procura promover a valorização da auto-estima do idoso, através de objetivos como

retardar ao máximo a imobilidade, melhorar a flexibilidade dos movimentos, melhorar a capacidade cardiorrespiratória, melhorar a percepção do próprio corpo, orientar os aspectos posturais, permitir melhor sociabilização, promover o lazer, melhorar a criatividade e melhorar a espontaneidade.

Devido ao caráter crônico a osteoartrose, muitos doentes abandonam o tratamento

quando este não se mostra efetivo ou é muito prolongado. Para que o tratamento e o trabalho de Fisioterapia consigam resultados satisfatórios, é necessário, além da boa atuação dos profissionais de saúde, cada um na sua competência, a participação ativa e a boa colaboração por parte do idoso. É de fundamental importância que o indivíduo mantenha uma boa saúde, elimine os fatores de risco, preserve uma boa força muscular e, principalmente, tenha responsabilidade no controle do tratamento.

É importante realçar que os resultados do tratamento dependem da precocidade do seu início dentro da história natural das doenças reumáticas, da aderência do paciente ao mesmo e do respeito ao caráter multiprofissional, que exige o envolvimento dos diversos profissionais de saúde que tratam das afecções do aparelho locomotor (PAPALÉO NETTO, 1996).

As manifestações da doença e a resposta diante do tratamento são, muitas vezes, diferentes nas pessoas idosas, em decorrência das alterações biológicas e fisiológicas de caráter degenerativo que nelas se instalaram ligadas à idade e história de vida. À medida que o indivíduo envelhece, esses problemas passam a ser devido mais às doenças crônicas, aquelas com as quais o indivíduo já convive, do que às afecções agudas, aquelas que, ocorrendo a menos tempo, são sentidas com maior intensidade de dor. Além disso,

os problemas das pessoas idosas costumam ser múltiplos em vez de isolados. Essas situações exigem um elevado grau de coordenação das medidas de Fisioterapia com numerosos outros serviços das áreas sociais e de saúde.

O trabalho da Fisioterapia com as pessoas idosas confronta, às vezes, o profissional da Fisioterapia com uma série de desafios que ele não encontra em outras especialidades de sua profissão. Os casos variam muito: pacientes com afecções osteo-musculares, neurológicas e cardiovasculares podem estar representadas no seu grupo de casos e num mesmo paciente. A combinação e interligação de problemas médicos, psicológicos, reabilitativos, econômicos e sociais, que requerem de todos a atenção do fisioterapeuta, não são exceção e sim regra. Acrescenta-se a isso as diferenças em relação às manifestações da doença, à forma única pela qual o envelhecimento se processa em cada um e à variedade das reações dos indivíduos na velhice, e a complexidade do desafio se torna maior.

Para a maioria dos fisioterapeutas que gosta de atuar na área geriátrica, o desafio é que torna este trabalho cada dia mais gratificante e prazeroso. Nesse contexto, a Fisioterapia, cujo objeto de estudo é principalmente o movimento humano, vem colaborar com a velhice e o envelhecimento nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saú-

de, lançando mão de conhecimentos e recursos fisioterapêuticos com o intuito de melhor compreender e interferir nos fatores que possam acarretar perda ou diminuição da qualidade de vida e bem estar nos idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde do Idoso**, 1999.

KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn Allen. **Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas**. 3 ed. São Paulo: editora Manole, 1998.

LIANZA, Sérgio. **Medicina de Reabilitação**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1995.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

PASTOR, Elda Hirose. **Doença Articular Degenerativa – Osteoartrose**. In: Disponível em: www.usp.br/medicina/departamento. São Paulo, 2001.

PORTO, Celmo C. **Semiologia Médica**. 4 ed., Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2001.

SALTER, Robert B. **Distúrbios e Lesões do Sistema Musculoesquelético**. 3 ed. Rio de Janeiro: MEDSI Editora, 2001.

A COR DA CONSCIÊNCIA

Ruy Póvoas

O adjetivo é uma categoria gramatical que se refere ao substantivo. Através dele, os usuários do idioma atribuem qualidade aos seres, seja ela essencial ou explicativa. E porque o idioma é uma construção da psique humana, resultante de sua escalada na face da terra, é justamente no seu uso que se manifestam as particularidades das diferentes culturas que o imaginário conseguiu construir.

O uso do idioma português pela gente brasileira revela um gosto exacerbado pela qualificação. No universo masculino, por exemplo, a mulher é gostosa, a partida de futebol é de lascar, o sambão é uma coisa de doido, a cerveja é divina e tem de ser gelada. E de tanto qualificar o que é concreto, estendemos as restrições e qualificações para o que é abstrato. Até Deus é qualificado e com muitos adjetivos que repassam para o divino atributos essencialmente humanos.

Dentre outras particularidades do povo brasileiro, a mistura de etnias é uma determinante. Por causa das relações socioeconômicas, a tonalidade da cultura dominante sempre tem sido branca. É provável que, por isso mesmo, nunca tenha sido

“
Se nunca foi
necessário
falar-se em uma
consciência
branca, agora
fala-se de uma
consciência negra
”

preciso qualificar a consciência da cultura oficial como branca. Na vida dos homens e na ordem natural das coisas, no entanto, tudo tem seu dia. E um conjunto de fatores que perfazem estes tempos da nossa pós-modernidade traz à tona, de maneira contundente, a questão afro-descendente do brasileiro. Se nunca foi necessário falar-se em uma consciência branca, agora fala-se de uma consciência negra. E o adjetivo se levanta como alavanca mestra de nossas frases, na ânsia de transbordar os conteúdos semânticos de nossa agonia afônica.

Evidentemente, há riscos: o modismo, o oba-oba, a falação, a politicagem disfarçadamente afirmam uma luta em favor dos oprimidos. Os discursos em prol da adjetivação da consciência nunca foram tão fartos. As igrejas, os partidos políticos, os clubes de serviço, as associações de bairro, as entidades carnavalescas, a imprensa falada, escrita e televisiva, as escolas, os pesquisadores, todos tomam um porre de falas a favor da consciência, agora adjetivada como negra. Se à época da restrição a fala foi perigosa, a enxurrada de discursos pode comprometer a causa, pois corre-se o risco da banalidade, do discurso que é meramente

falatório vazio e repetitivo.

Por isso, é preciso muito cuidado. Caso contrário, poderemos fazer o que fizemos com o dia do índio, no qual as escolas vestem suas criancinhas com penachos, colam tirinhas de esparadrapo colorido no rosto e lá vamos nós “valorizando” o índio. É preciso ter em mente que a adjetivação desnecessária banaliza o substantivo e sua essência fica ofuscada. Flaubert, exemplo de escritor francês, tinha crises apopléticas quando não conseguia atinar num substantivo que não necessitasse de adjetivo, por meio do qual ele pudesse expor os conteúdos que imaginava essenciais.

Na verdade, a tomada de consciência, no caso específico do brasileiro, para exercer a plenitude da cidadania, implica abordar também questões de etnia. Jamais, porém, será necessário que a consciência se torne negra, branca, parda, vermelha, ou assuma um outro colorido qualquer, para que se torne realmente consciência. Certamente, quem conhece seu lugar no mundo e se sente gente do jeito que o Universo o chamou a estar na existência, entende o seu entorno, sua ancestralidade e os desvãos da trajetória de seu povo. Não é necessário, no entanto, para isso, colorir sua consciência. Ao contrário, quanto mais translúcida e cristalina a consciência, mais humano é o seu portador, mais evoluída é a sociedade que a construiu.

É necessário cuidado com as ciladas,

“
A consciência
não tem cor, tal
qual o espírito,
a verdade,
a justiça e a
dignidade

”

os equívocos, as fantasias. É realmente preocupante imaginar que a Universidade, na construção de uma consciência dita negra, é a solução para todos os desvios construídos pelos brasileiros em sua escalada, enquanto povo. Se ela fosse realmente a panacéia que muitos imaginam, todos os brasileiros brancos teriam educação, moradia, trabalho e lazer garantidos. E

isso está muito longe de ser verdade. É certo que a Universidade tem como resolver algumas questões. Algumas, apenas algumas. Aliás, ela mesma já é uma grande questão: carente de verbas e de recursos, nem sabe ainda como escapar de sua infeliz sina de repetir o saber.

Já seria um excelente trabalho se a Universidade começasse a ensinar a todos que, apesar da enorme gama da variação étnica do brasileiro, a consciência não tem cor, tal qual o espírito, a verdade, a justiça e a dignidade. Tais valores são expressos em substantivos que não necessitam da muleta do adjetivo. Não se restringe, nem se explica tais nomes, porque sua essência resplandece como valores máximos construídos pelos humanos, em sua trajetória sobre a Terra.

A FÉ PODE CURAR?

Maria Consuelo Oliveira Santos

Já não estamos mais na época em que essa pergunta estaria relacionada a alguma crença e, portanto, longe dos assuntos científicos. Hoje, muitos investigadores de centros acadêmicos de várias partes do mundo estão desenvolvendo pesquisas nesta direção. Buscam comprovar que a fé ou a vivência espiri-

“
A fé ou a vivência
espiritual
influenciam a
saúde física e
mental
”

tual influenciam a saúde física e mental. Levin (2003), um epidemiologista norte-americano formado em medicina preventiva e em gerontologia, constata que são mais de mil investigações que estão nessa linha; essas investigações estão evidenciando que os aspectos da vivência religiosa podem ser benéficos para a saúde e bem-estar de algumas pessoas.

Em seu livro *Deus, Fé e Saúde*, Levin apud Schoereder (2004) explora as conexões entre saúde e crenças espirituais, incluindo práticas de orações, meditações e serviços religiosos. Observa que essas atividades podem ser tanto preventivas como importantes promotores de saúde e bem-estar.

O cardiologista Savioli (2000), um dos pio-

neiros no Brasil a trabalhar com questões de espiritualidade relacionadas com a medicina, diz que a espiritualidade possibilita aos pacientes mais tranquilidade para expor seus problemas e serenidade para deixar-se conduzir nos procedimentos cirúrgicos.

E Koenig (apud Oliveira 2004), diretor do Centro para Estudos da Religião, Espiritualidade e Saúde da Universidade de Duke, EUA, assinala que o “reencontro entre Deus e a

“
A espiritualidade
possibilita aos
pacientes mais
tranquilidade
para expor seus
problemas

“

”

medicina” partiu tanto dos pacientes, que estão exigindo a humanização na atenção dos serviços, como das constatações científicas de que a crença religiosa pode influenciar – para o bem ou para o mal – na saúde do ser humano. Afirma esse autor que, entre as 24 investigações realizadas nos últimos 20 anos, a que mais lhe surpreendeu foi o efeito da fé sobre o sistema imunológico.

Entre 1985 e 1992 foram recolhidas 4.000 amostras sanguíneas de pessoas com mais de 65 anos que participavam de atividades religiosas e outras que não tinham hábito religioso. O objeto de estudo foi a interleucina-6, a proteína do sangue que indica o estado do sistema imunológico. Foi constatado que a proteína existia em maior quantidade entre aqueles com hábitos religiosos.

Uma das primeiras investigações brasileiras neste âmbito foi realizada pela Universidade de Brasília e coordenada pelo imunólogo Tosta (apud Oliveira 2004). Foram três anos de investigação para verificar a ação das orações sobre o corpo humano. Participaram 52 alunos voluntários. Cada semana eram recolhidas amostras de sangue dos voluntários e estes respondiam a um questionário. Um grupo de dez religiosos, de diferentes credos, orava durante toda a semana para um dos alunos a partir de uma fotografia. No sétimo dia se repetia a extração de sangue e o questionário.

Como havia sido eleita a metodologia do duplo-cego,¹ o que significa que, ao se fazer as análises dos sangues, constatou-se que os alunos que recebiam as orações apresentavam maior estabilidade nas atividades dos fagócitos, que são as células de defesa que destroem os agentes agressores e que podem ocasionar enfermidades.

Investigações como estas estão cada vez mais presentes nos âmbitos acadêmicos e os resultados se publicam em revistas consideradas de prestígio na área científica. Muitas das investigações são fortemente questio-

¹ Nem os voluntários e nem os pesquisadores podiam ter conhecimento da pessoa que estava sendo alvo das orações naquela semana. Portanto, nem o imunólogo Tosta, nem os estudantes tinham acesso a essa informação.

nadas, mas é inegável que nos encontramos diante de um momento fecundo para este tipo de investigação.

Os resultados das pesquisas sugerem que a dimensão espiritual é um fato significativo na vida das pessoas. A idéia de que esta perspectiva desapareceria com o desenvolvimento

científico das sociedades está sendo revisada e se ressalta que não é a dimensão espiritual que desaparece, mas sim a maneira de a humanidade se relacionar com a vida.

Temos que reconhecer que o atual momento nos convida ao debate sobre a relação entre a espiritualidade e a saúde. Médicos de diferentes áreas em distintos países – indepen-

dentemente de suas crenças – buscam comprovação científica para esta inter-relação. Nos Estados Unidos, muitos cursos de medicina já incorporaram em sua grade curricular disciplinas que discutem, com os futuros médicos, a doença, a fé, a cura e como abordar o assunto com os seus pacientes.

No Brasil, somente agora a discussão começa a despontar, visto que é um tipo de estudo que recebe uma grande resistência de setores da biomedicina brasileira. Sabemos que muitos setores dessa área ainda ignoram os benefícios de grupos afro-brasileiros,

“
A dimensão
espiritual é um
fato significativo
na vida das
pessoas
”

de grupos espirituais diversos e de curadores tradicionais que têm serviços prestados à população brasileira, em termos de saúde. É usual observar-se, na região sul da Bahia, a presença de postos médicos muito próximos a grupos afro-brasileiros, por exemplo, e não haver qualquer comunicação entre eles, onde médicos e enfermeiros desconhecem totalmente as atividades relacionadas à saúde que esses grupos desenvolvem junto às populações de bairros populares.

É Duarte (1998) quem utiliza a expressão “medicina cientifizante ocidental moderna” para designar a lógica do sistema biomédico. Por biomedicina, estamos nos referindo à teoria e prática médica que é predominante no ocidente e amplamente reconhecida em todo o mundo; é também sinônimo do que chamamos de medicina ocidental, científica e alopática.

O interessante é que grande parte da população brasileira costuma fazer uso tanto dos cuidados biomédicos como daqueles que mantêm uma relação direta com a espiritualidade. Neste comportamento coletivo, observa-se que não há problema algum em participar das duas formas de conhecimento e de se estabelecer as devidas interconexões. As populações são sábias e estão totalmente abertas para absorver em seu cotidiano os conhecimentos e práticas que lhes ajudem a viver melhor.

O mais estranho é que todos sabem disso, mas alguns setores continuam negando a proximidade entre os distintos modos de relação com a existência. Com os grupos alternativos, que fazem uma relação direta com a espiritualidade, também ocorre algo semelhante e freqüentemente são considerados bricolagens atrativas que existem para enganar os incautos e são despojados de qualquer fundamento científico.

Observemos que muitas considerações negativas são realizadas de fora e toda uma gama de preconceitos impede que se observe o que realmente ocorre, o que fundamenta o fenômeno da tão grande procura, que é o das medicinas alternativas. Isso se verifica a nível mundial e com um crescimento visível aos nossos olhos, em muitas cidades brasileiras.

Não há como negar que a discussão sobre as inter-relações entre os distintos saberes continua na ordem do dia. A Antropologia Médica e a Antropologia da Saúde estão contribuindo de maneira decisiva para a compreensão de fenômenos relacionados com o processo saúde-enfermidade, tanto individual como coletivo. Grande parte dos estudos têm o objetivo de demonstrar a existência de outras racionalidades médicas, isto em relação ao choque dos sistemas locais e os valores da biomedicina ocidental.

A doença não está limitada a uma realidade biológica; mas é parte de construções

“
A doença é parte
de construções
culturais que
variam em seus
diversos contextos
”

culturais que variam em seus diversos contextos. Isto fica claro quando nos remetemos às clássicas definições entre *illness* e *disease* (KLEINMAN, 1980). Podemos dizer que *illness* é a maneira como os indivíduos percebem os sintomas, os categorizam e atribuem significado. A noção de *disease* se relaciona com a maneira

como a doença é reinterpretada pelos profissionais de saúde, a partir de seus modelos teóricos que se baseiam na visão de doença como estado.

Através da experiência relacionam seus sentimentos com formas próprias de comportamentos por meio de caminhos diferenciados na busca da cura. Há neste processo uma experiência pessoal e uma atribuição de significado em relação à doença. A noção de *illness* é, então, a resposta subjetiva do indivíduo frente à enfermidade - uma resposta plena de aspectos tantos individuais, sociais e culturais na experiência de estar enfermo.

Invertendo nosso olhar e apoiando-nos não em doença como estado e sim como representação social; portanto, como *illness*, somos convidados a penetrar em um mundo de parâmetros não fixos, de verdades singulares e em contexto. É importante compreender o encontro entre o ordenamento

biológico, o social e o cosmológico, ou seja, é importante ter em conta sempre a multiplicidade do real.

Se a noção de doença-saúde é construída a partir de uma inter-relação do sujeito individual e coletivo em um determinado contexto social-histórico-político-cultural, a conexão da visão da saúde com a dimensão espiritual caminha na mesma direção. Creio que é uma relação fecunda e que nos convida a compreender as interconexões que podem permitir a construção de um modo mais abrangente de se colocar as questões. Também considerar um paradigma que vislumbre a dimensão cosmológico-ecológica, perspectiva esta que tenta ampliar a noção holística, já bastante desgastada, como assinala Marques (2004).

Estudar a temática espiritualidade e saúde também implica que participemos do debate sobre nosso momento atual, relativo aos racionalismos originados por parâmetros unidimensionais e todas as conseqüências provenientes dessas perspectivas. Falar da complexidade do real nos situa diante da integração dos elementos que compõem a realidade e, portanto, a nossa visão de mundo passaria pelo prisma da tentativa de interconexão e compreensão dos elementos que estão presentes em um determinado contexto.

É uma perspectiva que busca o rompimento com as superficialidades de algumas

propostas influenciadas por parâmetros unidimensionais e que já não expressam as ferramentas que possam nos permitir perceber, neste caso, a complexidade da relação entre espiritualidade e saúde. Todos conhecemos algum caso que nos remete a estabelecer essa inter-relação, o que significa que é um tema de grande alcance social. Portanto, já não podemos mais deixar de observá-lo sem os instrumentos que nos permitam aprofundá-lo e romper com preconceitos que tanto empobrecem a nossa visão de mundo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

OLIVEIRA, A. P. Espiritualidade na vida e no consultório (reportagem). **Folha em Equilíbrio**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/equilibrio/eq0801200407.htm>>. Acesso em 8 jul. 2004.

KLEINMAN, Arthur. **Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Boderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry**. Berkeley, University of California Press, 1980.

SCHOEREDER, Gilberto. A Cura pela Fé (entrevista). In: **Sexto Sentido**, no 5, nº 52,

São Paulo, 2003.

_____. **Deus, Fé e Saúde**. São Paulo, 2004.

MARQUES, A. A Saúde em Outra
Perspectiva. OMS. Disponível em: [http://
www.opas.org.br/promoçao/temas_
documentos_detalhe.cfm?id0=27&idd=80](http://www.opas.org.br/promoçao/temas_documentos_detalhe.cfm?id0=27&idd=80)>
Acesso em: 8 ago. 2004.

SAVIOLI, R. M. **Milagres que a Medicina
Não Contou**. São Paulo: Ágape, 2000.

OLIVEIRA, A. P. Estudo Brasileiro mostra
que corpo reage a preces (reportagem).
Folha em Equilíbrio. Disponível: [http://
www1.folha.uol.com.br/fsp/equilibrio/
eq0807200405.htm](http://www1.folha.uol.com.br/fsp/equilibrio/eq0807200405.htm). Acesso em: 8 jul. 2004.

MESTRE BIMBA

Cyro de Mattos

Eu me formei em capoeira porque tinha medo de apanhar. Era um rapaz franzino, precisava me defender quando fosse frequentar a zona do meretrício aos sábados. Adianta que tinha índole pacífica, nunca fui metido a brigas.

“
Um pouco da
cultura negra
retornava viva às
minhas raízes de
afro-descendente

”

Lembro que as aulas na academia de capoeira de Mestre Bimba aconteciam na sala com piso de cimento de uma casa velha, que ficava no Terreiro de Jesus. Minha formatura foi na sede da Amaralina, como era costume, com jogo entre os formandos, padrinhos, capoeiristas velhos, enfim, muita alegria na festa.

Senti-me valorizado como gente que se encontra ao largo dos anos no dia de minha formatura. Um pouco da cultura negra retornava viva às minhas raízes de afro-descendente. Era tocada assim nos versos cantados ao pé do berimbau, na arte, manha, música, jogo, dança e filosofia da capoeira regional. Não foi difícil imaginar ali na Amaralina a alegria que minha bisavó escri-

va, pelo lado paterno, tinha quando participava das festas no terreiro do engenho.

Mestre é forma distinta e respeitável de considerar os fundadores da tradição afro-baiana no jogo da capoeira. A sabedoria é alcançada nessa distinção por meio de truques, astúcias e manhas, na arte de armar e desarmar armadilhas. Samuel Querido de Deus, Algemiro Olho de Pombo, Feliciano Bigode de Seda, Pedro Porreta, Inimigo sem Tripa, Sete Mortes, Cobrinha Verde e Chico Três Pedacos, dentre outros, sobressaíram na brincadeira de jogar capoeira. Os jogos aconteciam à sombra da África perdida na vadiagem dos becos e na liberdade das vielas da velha cidade de Salvador com suas igrejas bonitas. Quando se fala em Besouro Mangagá, comenta-se que tinha o corpo fechado para bala; a sua qualidade maior consistia em escapar voando das emboscadas inimigas.

Bimba foi um desses importantes mestres que difundiram a capoeira dos ex-escravos da Bahia. Negro, forte, cabeça raspada, rosto oval; Manoel dos Reis Machado, o Bimba, foi o criador da capoeira regional. Organizou movimentos da capoeira angola, disciplinou seqüências, incorporou golpes de outras lutas, criou uma didática na capoeira regional que tem a ver com as diversas formas de exercício físico.

Para Bimba, capoeira foi sempre avaliação do ambiente, improviso, nunca fixação

do espaço através de acrobacia. Negacear, esquivar, mentir e gingar, não esse jogo duro de hoje. Lembro também que, no primeiro dia de aula, ele me pegou pela mão, rodou a sala toda, mostrando como gingar. Dizia que ninguém ensina capoeira a ninguém. Quem ensina é o berimbau, isto é, a prática do jogo.

Iletrado, mas sábio. Com ele, um pouco da cultura negra retornava viva às minhas raízes de afro-descendente. Falava a linguagem dos que sabem das coisas, seus ditos versavam sobre lições de vida. “Valente burro morre antes da hora”, revelava. Ou ainda: “Quem fica parado em tempestade é rochedo.” Não perdia uma oportunidade para dar uma lição ao aluno que era arrogante ou queria levar o jogo no ímpeto. “A chave da capoeira é o improviso, a treta. Capoeirista tem que ser inteligente, saber o que o outro vai fazer e pegar ele antes” – ensinava. Outra vez dizia: “Quem dá topada em pedra, tropeça e na estrada a cara quebra.”

No dia 23 de novembro de 1899, no bairro do Engenho Velho, freguesia de Brotas, em Salvador, Bahia, nasceu Manoel dos Reis Machado, já com um apelido. É que sua mãe afirmava que ia nascer uma menina, enquanto a parteira achava que era um menino. Daí o apelido, Bimba, termo baiano de uso familiar para designar o sexo masculino da criança.

Arte dos negros ex-escravos, a capoei-

“
De forma de
resistência de um
povo oprimido
tornou-se emblema
identitário,
atividade cultural e
consumível

”

ra no início esteve associada a malandros e era praticada nas ruas. Grandes nomes da capoeira angola passaram pelas rodas na Rampa do Mercado Modelo, Mercado de Ouro e no Cais do Porto de Salvador. Antigamente, havia roda onde tinha uma quitanda ou venda de cachaça, com um largo em frente para o jogo. De arte nas ruas, a céu aberto, sofreu grande im-

pacto quando na década de 30, do século XX, Manoel Machado dos Reis, o Bimba, levou-a para recintos fechados, passando depois a ser adotada pela elite.

Pastinha na angola e Bimba na regional, eis os ícones da capoeira contemporânea na Bahia, os grandes mestres que iniciaram o processo de divulgação e mudança no jogo. Hoje, sem o preconceito do início, a luta-brincadeira de ex-escravos e trabalhadores braçais anda pelo mundo afora. Invadiu academias, universidades, palácios, governos, países. De forma de resistência de um povo oprimido tornou-se emblema identitário, atividade cultural e consumível. Vinte e cinco mil páginas na Internet falam sobre a capoeira em diversas línguas.

Bimba faleceu em 5 de fevereiro de 1975, aos 75 anos, de derrame cerebral. Em bus-

ca de promessas, que não se concretizaram depois, mudou-se para Goiás onde morreu pobre e doente. A Universidade Federal da Bahia concedeu-lhe o título de Doutor *Honoris Causa Post Mortem*. Se tivesse ido ensinar a capoeira regional nos Estados Unidos, o título de Doutor *Honoris Causa* certamente lhe seria outorgado em vida por uma dessas universidades de acentuada tradição cultural.

Vou me lembrar dele toda vez que ouvir, como agora no aparelho do som, o berimbau tocar e puxar o cântico:

“Menino, quem foi teu mestre?
Teu mestre foi Salomão,
Te ensinou a capoeira
No Engenho da Conceição,
A ele não deve dinheiro,
Deve saber, obrigação.
Sou discípulo que aprendo,
Sou mestre que dou lição,
O segredo de São Cosme
Quem sabe é São Damião”

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista MEMORIALIDADES aceita colaborações de trabalhos originais relacionados com a temática do envelhecimento: 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.

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 dois exemplares da Revista em que for publicado o seu trabalho.

Os escritos deverão ser encaminhados em três vias impressas, digitados em espaço duplo, letra Arial - fonte 12, com máximo de vinte laudas, com resumo (em português e inglês), palavras-chave (máximo de cinco palavras), que também devem ser traduzidas para o inglês, acompanhados de gravação em CD.

Os escritos devem ser encaminhados para:

| |
|---|
| Coordenação Editorial Revista MEMORIALIDADES UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ NUCLEO DE ESTUDOS DO ENVELHECIMENTO Km 16 Rodovia Ilhéus-Itabuna, 1º andar, Torre Administrativa 45662-000 Ilhéus, Bahia Fone: 0xx73 3680 5257 / e-mail: memorialidades@uesc.br |
|---|