



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

Volume 10 Número 1 jan.-mar./2007

ISSN 1809-9823

UnATI
UERJ



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

Volume 10. Número 1. janeiro-março/2007. 132p.

Editor / Editor

Renato Peixoto Veras

Editores Associados / Associated Editors

Célia Pereira Caldas

Shirley Donizete Prado

Editor Executivo / Executive Editor

Conceição Ramos de Abreu

Grupo de Assessores / Editorial Advisory Board

Adriano Cezar Gordilho - Salvador / UFBA

Alexandre Kalache - Geneva / OMS

Andréa Prates - São Paulo / CIES

Anita Liberalesso Néri - Campinas / UNICAMP

Annette Leibing - Montreal / Universidade McGill

Benigno Sobral - Rio de Janeiro / UnATI-UERJ

Daniel Groisman - Rio de Janeiro / UFRJ

Eliane de Abreu Soares - Rio de Janeiro / UFRJ

Emílio H. Moriguchi - Porto Alegre / PUC-RS

Emílio Jeckel Neto - Porto Alegre / PUC-RS

Evandro Coutinho - Rio de Janeiro / FIOCRUZ

Guita Grin Debert - Campinas / UNICAMP

Ivana Beatrice Mânica da Cruz - Santa Maria / UFSM

Jane Dutra Sayd - Rio de Janeiro / UERJ

Lúcia Hisako Takase Gonçalves - Florianópolis / UFSC

Luiz Roberto Ramos - São Paulo / UNIFESP

Martha Pelaez - Washington, DC / OPAS

Úrsula Margarida Karsch - São Paulo / PUC-SP

Normalização / Normalization

Iris Maria Carvalho dos Santos

Colaborações / Contributions

Os manuscritos devem ser encaminhados ao Editor Executivo e seguir as "Instruções aos Autores" publicadas ao final de cada fascículo.

All manuscripts should be sent to the Editor and should comply with the "Instructions for Authors", published in the end of each issue.

Assinaturas / Subscriptions

Pedidos de assinatura ou permuta devem ser encaminhados à revista, no endereço de correspondência.

Subscription or exchange orders should be addressed to the journal.

Correspondência / Correspondence

Toda correspondência deve ser encaminhada à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia no endereço abaixo:

All correspondence should be sent to Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia at the address below:

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

UERJ/UnATI/CRDE

Rua São Francisco Xavier, 524 – 10º andar - bloco F - Maracanã

20 559-900 – Rio de Janeiro – RJ

Telefones: (21) 2587-7236 / 7672 / 7121 Ramal 6

Fax: (21) 2587-7236 Ramal 211

E-mail: crdetext@uerj.br

Web: <http://www.unati.uerj.br>**Indexação / Indexes**

LILACS-Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

Latindex – Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Edubase – Faculdade de Educação/Unicamp/São Paulo/Brasil

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é continuação do título revista Textos sobre Envelhecimento, fundada em 1998. É uma publicação do Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento, UnATI-Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tem por objetivos publicar e disseminar produção científica no âmbito da geronto-geriatria e contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano.

The Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology is the continuation of the publication entitled Text on Aging, first published in 1998. It is a publication of the Reference and Documentation Center on Aging, from the Open University for Studies on the Elderly, Rio de Janeiro State University. It aims to publish and to disseminate scientific production on Gerontology-Geriatrics, and to contribute to go deeper into questions concerned with human aging.

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é associada à

Associação Brasileira de Editores Científicos


Sumário / Contents

Editorial / Editorial	5
Artigos originais / Original Articles	
IMPACTOS DA LONGEVIDADE NA FAMÍLIA MULTIGERACIONAL Impacts of longevity on the multigenerational family <i>Vania Beatriz Merlotti Herédia, Miriam Bonho Casara, Ivonne Assunta Cortelletti</i>	7
AValiação DO DESEMPENHO COGNITIVO EM IDOSOS Evaluation of cognitive performance in the elderly <i>Pollyanna da Silva de Souza, Jorge Tarcísio da Rocha Falcão, Márcia Carréra Campos Leal, Jacira Guiro Marino</i>	29
NUTRIÇÃO E ENVELHECIMENTO: ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A INTEGRAÇÃO ENTRE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO NO PROJETO NUTRIÇÃO E TERCEIRA IDADE Nutrition and aging: some reflections on the integration among teaching, research and extension in the Project Nutrition and the Elderly <i>Shirley Donizete Prado, Maria Fátima Garcia de Menezes, Débora Martins dos Santos, Elda Lima Tavares, Luciana Maria Cerqueira de Castro</i>	39
ENVELHECIMENTO E REJUVENESCIMENTO: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL Aging and rejuvenescence: study of social representation <i>Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira, Ana Beatriz Bonini Franchin, Flávia Ayami Durso, Luciana Bosco Donati, Mariana Martinez Facin, Paola Terra Pedreschi</i>	49
CARACTERIZAÇÃO NUTRICIONAL DE IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL EM TERESINA, PI Nutritional characterization of elderly people with hypertension in Teresina, Piauí State <i>Maria do Rosário Dias Ribeiro dos Santos, Samara Cristina Soares Macedo Mendes, Daurivanda Barbosa Moraes, Maria do Perpétuo Socorro Moura Coimbra, Marcos Antônio da Mota Araújo, Cecília Maria Resende Gonçalves de Carvalho</i>	73
ACUPUNTURA, ESPECIALIDADE MULTIDISCIPLINAR: UMA OPÇÃO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS APLICADA AOS IDOSOS Acupuncture, multidisciplinary specialty: an option in public services designed for the elderly <i>Ana Luzia Batista de Góis</i>	87

Sumário / Contents

Artigos de Revisão / Review Articles

ENVELHECIMENTO, AMOR E SEXUALIDADE: UTOPIA OU REALIDADE? Aging, love and sexuality: utopia or reality? <i>Thiago de Almeida, Maria Luíza Lourenço</i>	101
A CONSTRUÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS The construction of violence against the elderly <i>Ana Carla Petersen de Oliveira Santos, Cátia Andrade da Silva, Lucimeire Santos Carvalho, Maria do Rosário de Menezes</i>	115
Orientação aos autores / Guidelines for authors	129



A missão de uma publicação científica é contribuir para a construção do edifício teórico em seu campo. Portanto, o compromisso da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é fazer a sua parte, para que a Gerontologia mantenha bases sólidas e bem reconhecidas por todas as demais áreas do conhecimento.

Um grande mérito da RBGG é sua capacidade de atrair um público cada vez maior, tanto de leitores como de pesquisadores que a buscam para publicar sua produção. Cada vez mais contribuições chegam, e a revista se consolida como um veículo de grande difusão nacional.

Como em edições anteriores, este número apresenta estudos de pesquisadores provenientes de diversas regiões brasileiras. Há quatro artigos com estudos originais: da Universidade de Caxias do Sul vem artigo sobre os impactos da longevidade na família; da Universidade Federal de Pernambuco, a pesquisa sobre a avaliação do desempenho cognitivo em idosos; da Universidade Mackenzie – São Paulo vem um estudo de representação social sobre envelhecimento e rejuvenescimento; da Universidade Federal do Piauí, um estudo de caracterização nutricional de idosos com hipertensão arterial.

Um relato de experiência da Universidade do Estado do Rio de Janeiro sobre a acupuntura como especialidade multidisciplinar e dois artigos de revisão também são apresentados: uma revisão sobre envelhecimento, amor e sexualidade, proveniente da Universidade de São Paulo, e outro da Universidade Federal da Bahia, sobre a construção da violência contra idosos.

Aproveitamos a oportunidade para agradecer aos pareceristas, consultores científicos e corpo editorial que tanto têm contribuído para os nossos esforços de melhorar, a cada número, a qualidade científica desta publicação. O resultado desse esforço poderá ser apreciado aqui.

Boa leitura!

Célia Pereira Caldas
Editora Associada

Impactos da longevidade na família multigeracional

Impacts of longevity on the multigenerational family

Vania Beatriz Merlotti Herédia*
Miriam Bonho Casara*
Ivonne Assunta Cortelletti*

Resumo

O presente artigo tem como objetivo conhecer os impactos da longevidade na família multigeracional e é resultado de uma pesquisa desenvolvida no Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Universidade de Caxias do Sul, denominada “A família multigeracional em Caxias do Sul”, no período de 2004-2006. A amostra da pesquisa é composta por 27 famílias multigeracionais do município de Caxias do Sul - RS, com a participação de três pessoas de gerações diferentes de uma mesma família, perfazendo um total de 81 pessoas que compõem uma amostra intencional, orientada e conveniente. A metodologia utilizada envolve análise de conteúdo e abordagem dialética. Com os resultados da pesquisa, pretende-se contribuir para a discussão dos problemas que a família enfrenta no convívio com idosos e das dificuldades que os mesmos sofrem no ambiente familiar. Conhecer esses desafios e propor alternativas para enfrentá-los, de modo a qualificar a vida de relações das pessoas individualmente e da própria família, como instituição, são necessidades relevantes.

Palavras-chave:

longevidade; família; relação entre gerações; impacto psicossocial; Caxias do Sul

Abstract

This article aims at getting to know the impact of longevity on the multigenerational family, and it is a result of the survey “The multigenerational family in Caxias do Sul”, carried out in the Working Group on Aging of the University of Caxias do Sul, from 2004 to 2006. Sampling consisted of 27

Correspondência / *Correspondence*

Vânia Beatriz Merlotti Herédia

E-mail: vheredia@terra.com.br

* As autoras são pesquisadoras que integram o Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Universidade de Caxias do Sul. A pesquisa contou com a colaboração das bolsistas de Iniciação Científica: Nives Silva Sirena (CNPq) e Lísiane Besutti (BIC-UCS).

multigenerational families in the municipality of Caxias do Sul, RS, Brazil, with the participation of three people from different generations of the same family, representing 81 people who make up an intentional, oriented and convenient sampling. Methodology used was content analysis and dialectical approach. Survey results intend to contribute to the discussion of the problems the family faces when living with elderly people, and the difficulties the latter have in living together with their family. To know these challenges and propose alternatives to face them in order to qualify people's relationships individually and in the family itself as an institution is a necessity regarded as relevant.

Key words: longevity; family; intergenerational relations; psychosocial impact; Caxias do Sul city

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população mundial também se faz presente no Brasil, sobretudo nas últimas décadas. Desde meados do século passado, os brasileiros ganharam, em média, 25 anos de vida. Essa longevidade permite às pessoas viverem muito mais e amplia o número de famílias com idosos. Não raro uma família apresenta três ou quatro gerações que convivem entre si. Esse fato implica mudanças no conceito de família e na configuração familiar, trazendo consigo desafios. De modo especial, os referentes às relações familiares intergeracionais, aos apoios e cuidados, aos ganhos e às novas necessidades, aos papéis que envolvem todos os componentes de uma mesma família e à proposição de formas alternativas de educação para o envelhecimento.

Com o objetivo de contribuir para fazer frente a esses desafios, este estudo tem como finalidade conhecer os impactos da longevidade na família multigeracional. Dessa forma, apresenta o resultado de uma investigação realizada em 27 famílias multigeracionais do município de Caxias do Sul - RS, com a participação de três pessoas de gerações diferentes de uma mesma família, perfazendo um total de 81 pessoas que compõem uma amostra intencional,* orientada e conveniente.

* Na composição da amostra são consideradas quatro variáveis: geração, faixa etária, situação de domicílio e zona de localização, variáveis estas subdivididas em: três gerações - avós, filhos e netos; três faixas etárias - de 70 anos ou mais, de 40 a 69 anos e de vinte a 39 anos; duas situações de domicílio - domiciliado ou asilado e duas zonas de localização: urbana e rural, o que possibilita oito combinações, conforme quadro 1 no anexo 1. Houve a preocupação de contemplar também representações de situações econômicas distintas, buscando-se famílias em diferentes bairros da cidade - Centro, Exposição, São Pelegrino, Colina Sorriso, Jardim América, Desvio Rizzo, Reolon, Ana Rech, Mariani, Petrópolis, Sagrada Família - e ainda na zona rural - Monte Bérico da Nona Légua, Santa Justina e Vila Seca.

Quadro 1 – Constituição da amostra

Variáveis	Subvariáveis	Combinações possíveis
Geração	avós	domiciliados X 70 anos ou mais X urbano domiciliados X 70 anos ou mais X rural asilados X 70 anos ou mais X urbano asilados X 70 anos ou mais X rural
	filhos	domiciliados X 40 a 69 anos X urbano domiciliados X 40 a 69 anos X rural
	netos	domiciliados X 20 a 39 anos X urbano domiciliados X 20 a 39 anos X rural
Situação	domiciliado asilado	
Faixa etária	de 70 anos ou mais de 40 a 69 anos de 20 a 39 anos	
Zona de localização	urbana rural	
Total	4	
		8

Fonte: Projeto de Pesquisa “A família multigeracional em Caxias do Sul”. Caxias do Sul, 2004.

Para obter-se uma amostra representativa, levando em consideração as variáveis e suas subvariáveis, são consideradas todas as combinações possíveis, de tal forma que cada combinação esteja representada na amostra.

Como representantes da geração de avós, encontraram-se: avós (sexo feminino): 24, sendo 17 maternas e 7 paternas; estado civil: 19 viúvas, 4 casadas e 1 separada; faixa etária: 4 de 70 a 74 anos, 6 de 75 a 79 anos, 8 de 80 a

84 anos e 6 de 85 a 89 anos; zona de localização: 20 urbanas e 4 rurais; situação de residência: 12 domiciliadas com família, 8 domiciliadas sozinhas, 2 domiciliadas só com cônjuge, 2 domiciliadas com pessoas não-parentes. Avôs (sexo masculino): 3, sendo 2 maternos e 1 paterno; estado civil: 2 viúvos e 1 casado; faixa etária: 2 de 75 a 79 anos e 1 de 80 a 84 anos; zona de localização: 3 urbanas; situação de residência: 1 domiciliado só com cônjuge, 1 domiciliado com família e 1 asilado.

Como representantes da geração de filhos, encontraram-se: filhas: 15; estado civil: 10 casadas, 3 separadas, 2 viúvas; faixa etária: 2 de 40 a 44 anos, 2 de 55 a 49 anos, 5 de 50 a 54 anos, 4 de 55 a 59 anos, 2 de 60 a 64 anos; zona de localização: 15 urbanas; situação de residência: 14 domiciliado com a família e 1 domiciliado só com cônjuge. Filhos: 12; estado civil: 10 casados, 1 viúvo e 1 solteiro; faixa etária: 1 de 40 a 44 anos, 2 de 45 a 49 anos, 3 de 50 a 54 anos, 3 de 55 a 59 anos, 2 de 60 a 64 anos e 1 de 65 a 70 anos; zona de residência: 8 urbanas e 4 rurais; situação de localização: 10 domiciliados só com família e 2 domiciliados só com cônjuge.

Como representantes da geração de netos, encontraram-se: netas: 13; estado civil: 5 casadas, 5 solteiras e 3 separadas; faixa etária: 6 de 20 a 24 anos, 2 de 25 a 29 anos, 3 de 30 a 34 anos e 2 de 35 a 39 anos; zona de residência: 11 urbanas e 2 rurais; situação de residência: 12 domiciliadas com a família e 1 domiciliada só com cônjuge. Netos: 14; estado civil: 9 solteiros e 5 casados; faixa etária: 8 de 20 a 24 anos, 5 de 25 a 29 anos e 1 de 30 a 34 anos; zona de residência: 13 urbana e 1 rural; situação de residência: 12 domiciliados com família e 2 domiciliados só com cônjuge.

A metodologia de análise de conteúdo sustenta este estudo, porque permite ler e interpretar o conteúdo de documentos que, analisados adequadamente, possibilitam o entendimento de aspectos da vida e das relações sociais em família. Segundo Moraes¹⁵ (2001b, p. 2), essa metodologia permite “*descrever e interpretar alguns dos sentidos que a leitura de um conjunto de textos suscita.*”

A abordagem dialética é a matriz metodológica utilizada para atender à proposta de analisar o diálogo entre gerações do mesmo grupo familiar, suas contradições e convergências no contexto contemporâneo. Os conceitos, as compreensões e os fatos acerca do envelhecimento, da família, das gerações e dos vínculos familiares orientam a discussão e o debate das questões que norteiam o estudo, o que oportuniza o destaque e a identificação de perdas e ganhos nas relações familiares.

Transição demográfica e mudanças na família

As últimas décadas têm sido marcadas por mudanças significativas provocadas pelos avanços científicos, por tecnologias inovadoras, pela transição demográfica e por novas formas de organização e funções sociais.

As características de uma dessas mudanças – a transição demográfica – trazem uma nova configuração etária e a longevidade como um fato novo na história da humanidade, fazendo com que as questões relativas ao envelhecimento ganhem interesse, desencadeiem estudos e pesquisas e mereçam destaque no cenário mundial atual.

Sabe-se que o envelhecimento humano é acentuadamente marcado por mudanças, e as ciências fazem uma leitura dos mecanismos e das mutações que o homem sofre com o passar do tempo. Segundo teorias biológicas, o envelhecimento tem origem e explicação na própria estrutura físico-funcional do corpo físico. A Psicologia se preocupa em explicar

as mudanças do comportamento do indivíduo que envelhece. As teorias sociológicas têm sustentação no contexto em que vive ou viveu o idoso. Enfocam o comportamento social e se preocupam em explicar a relação que existe entre o entorno sociocultural e o comportamento do velho.

Não se tem uma explicação suficientemente abrangente para a compreensão do envelhecimento humano em toda sua dimensionalidade, embora sejam várias as teorias que se propõem a explicá-lo. Cada uma delas explica parte do fenômeno, mas não consegue elucidá-lo completamente. Cada teoria está estruturada em um conjunto próprio de conceitos e fatos, conforme a ciência a que se vincula. As principais teorias estão vinculadas às ciências da Biologia, da Psicologia e da Sociologia. Segundo Jeckel-Neto e Cunha⁹ (2002, p. 14), “*a ausência de consenso sobre conceitos básicos para definir o processo de envelhecimento impede a formulação de uma teoria fundamental que explique, elucide, interprete e unifique o domínio dos fenômenos envolvidos no envelhecimento*”.

No século XXI, as pessoas com 60 anos ou mais* vão representar mais de 20% da população mundial. No Brasil, o percentual de pessoas idosas tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas. Segundo dados do IBGE⁸ (2000), são 14,5 milhões os idosos brasileiros, correspondendo a 8,56% da população total. Destes, 62,4% são responsáveis pelos domicílios, representando um contingente de quase nove milhões de domicílios brasileiros. No Rio Grande do Sul, a

população idosa é representada por 6,32% da população total, correspondente a 4,43% em relação ao total de idosos do País. Na Região Nordeste do estado, 7,83% são idosos, representando 11,22% em relação à população idosa do RS. Em Caxias do Sul, o número total de habitantes é de 360.419, sendo que 30.178 são idosos, correspondendo a 8,37% da população total do município, 41,74% dos idosos da Região Nordeste, 4,68% dos idosos do estado e 0,21% do total de idosos do País.

Considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS¹⁹) como uma das grandes conquistas do século passado, a longevidade se constitui também num grande desafio para o século XXI, por provocar significativas transformações de ordem demográfica, biológica e de saúde, socioeconômica, cultural, relacional e comportamental, mobilizando a sociedade como um todo.

Em documento da Organização Pan-Americana da Saúde (2005, p. 13), a saúde deve ser vista desde uma ampla perspectiva e viabilizada por políticas que promovam um envelhecimento saudável e ativo. O conceito de ativo refere-se ao “*processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. [...] Diz respeito à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis*”. Qualidade de vida é um conceito amplo que abrange saúde física, psicológica, nível de dependência, relações sociais, crenças e suas relações com o meio ambiente.

* A Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População estabeleceu a idade de 60 anos como início da terceira idade nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento e de 65 anos nos desenvolvidos (ONU, 1982).

Portanto, a busca pelo envelhecimento saudável e ativo requer um trabalho integrado para que os idosos vivam com mais dignidade e sejam um recurso cada vez mais valioso para suas famílias, comunidades e para o País.

Os próprios dados do último censo demonstram que a população idosa não deve ser considerada um peso para a família e para a sociedade. Os idosos participam na vida familiar, tanto no que se refere à contribuição para a renda quanto em atividades que incluem cuidados aos demais membros do núcleo em questão.

A família é uma das instituições sociais mais antigas e assume uma diversidade de formas ao longo do tempo, e em sociedades distintas. Etimologicamente, o termo *família* deriva do latim *famulus*, que significa o conjunto de servos e dependentes de um chefe ou senhor (Rocha-Coutinho²¹, 2006, p. 91). Família pode ser compreendida como um grupo social, formado por pessoas que vivem juntas por um determinado tempo e que possuem laços determinados por parentesco, matrimônio ou relações afetivas.

Historicamente, constata-se que se atribui a origem da família ao momento em que o homem fixou residência, e que os laços estabelecidos entre os pares se tornaram definidos. A divisão do trabalho na família estava baseada na divisão sexual, sendo essa a “base para a distribuição da propriedade entre o homem e a mulher” (Engels⁷, 1980, p. 182). A esfera desse ambiente dava à mulher atribuições de poder e lhe permitia identificar o

grupo, estabelecer regras e definir papéis. Com o desenvolvimento da sociedade e com a “divisão do trabalho fora da família”, a mulher doméstica perde a supremacia do domínio familiar, o que provoca alterações que afetam principalmente as relações sociais e as relações de produção.

A família tornou-se uma unidade econômica e, com essa configuração, assumiu uma série de funções sociais que lhe deram esse *status*. Diante dos papéis que incorporou como grupo econômico, tornou-se responsável pela reprodução de seus membros, pelo suprimento de suas necessidades, pela garantia de suas condições de vida, pela sua formação e por seus princípios religiosos.

A família nuclear é constituída pelos cônjuges e por sua respectiva prole e, em muitas situações, por outras pessoas que possuem vínculos de parentesco próximo (Beltrão³, 1973, p. 18). A família nuclear é considerada na sociedade atual o tipo mais universal de família e nasce em substituição à família extensa, que possui características distintas. Segundo esse autor (p. 19), a família extensa é “*composta de duas ou mais famílias nucleares, formando uma agremiação familiar única, em virtude da extensão, não já da relação conjugal entre marido e mulher, como do tipo poligâmico, mas da relação parental entre pais e filhos, isto é, abrange a família nuclear do adulto casado e de seus pais.*” A família extensa pode se apresentar, segundo o mesmo autor, sob a forma de família patriarcal, desde que possua como chefe de família a figura do pai e nesse núcleo coexistam três gerações de famílias nucleares que habitam próximas ou sob o mesmo teto.

Para Morais¹⁷ (1986), na família tradicional, numerosa, onde todos viviam juntos, a educação era cuidada de perto por pais e mães, quase sempre presentes. Nela, os velhos eram responsabilidade da família e considerados um privilégio. Fatores de impacto destruíram esse modelo. Talvez hoje a família esteja à procura de uma reestruturação e em busca de uma reidentificação.

As mudanças sociais se evidenciam na estruturação da família moderna, com um espaço maior para a igualdade e valorização de seus membros. Ela se transforma, se adapta e se reorganiza por conta da redução do número de filhos, das diversas formas de relacionamentos e casamentos, dos recasamentos, do surgimento de novas funções institucionais e pessoais, das mudanças nas relações de gênero e na esfera da sexualidade, da participação da mulher no mercado de trabalho. Os efeitos das mudanças na constituição e na dimensão da família atual causam alterações na estrutura etária das gerações.* Vários são os motivos: a idade em que as pessoas casam, a instabilidade e fragilidade das uniões, a diminuição dos índices de fecundidade da mulher brasileira em geral e a significativa diferença desses índices entre mulheres maduras e jovens, entre mulheres de situações econômicas e de nível socioeducacional distintos, entre mulheres que optaram ou não pela carreira profissional. Como resultado disso, há um aumento no índice de fecundidade em jovens adolescentes pobres, motivado pela falta de informação sobre métodos contraceptivos e

cuidados preventivos e uma diminuição em mulheres de idade madura de classes mais privilegiadas. Nessas últimas, o advento de filhos é menor e comumente postergado, devido à opção pelo exercício profissional e busca de estabilidade financeira; constituem-se famílias-mosaico devido às separações de casais, dissolução de casamentos e formação de novas famílias. Contrariamente à família convencional, na qual homem e mulher casam sem ter sido casados anteriormente e têm filhos comuns, as famílias-mosaico aparecem quando pai e mãe separados constroem novas relações e têm outros filhos, surgindo a figura do *meio-irmão*. Enquanto na família convencional as relações de parentesco se definem pelos laços sanguíneos, na família-mosaico, para ser parente basta a proximidade, e as relações familiares se modificam substancialmente.

Ao mesmo tempo em que diminui o número de crianças, aumentam a longevidade, o número de idosos e, dentre eles, o de centenários. As mudanças na família se dão também pelo fato de elas mesmas estarem envelhecendo. Atualmente, um quarto das famílias brasileiras possui um ou mais idosos (IBGE⁸, 2000).

A longevidade traz a possibilidade de um maior tempo de convivência familiar e intergeracional, não raro de quatro gerações, superposição e transferência de papéis antes exclusivos da família e agora delegados a outras instituições. Isso tudo tem implicações diretas na vida dos indivíduos.

* A palavra *geração* refere-se ao tempo histórico que agrega pessoas em função de sua idade. A vivência dos mesmos acontecimentos origina atitudes, sentimentos e condutas semelhantes, que permitem identificar seus membros como sujeitos da mesma geração (Moragas¹⁴, 2004, p.8).

Camarano⁵(2004) enfatiza que a família é a mais direta fonte de apoio informal aos idosos, o que se verifica em situações de co-residência ou não. Os membros de uma família “se ajudam na busca do alcance do bem-estar coletivo, constituindo um espaço de *conflicto cooperativo*, onde se cruzam as diferenças por gênero e intergeracionais” (p. 137).

As conseqüências da transição demográfica, da maior longevidade, do aumento do número de idosos e das mudanças na estrutura e nas funções da família se refletem nas diversas esferas sociais e nas relações humanas.

Todas essas transformações desencadeiam a necessidade de conhecer em maior profundidade o impacto do fato social *longevidade* nas relações da família multigeracional contemporânea, com vistas a detectar os aspectos bons e ruins relativos à convivência intergeracional, suas facilidades, dificuldades e necessidades, identificar as relações estabelecidas no âmbito familiar e propor formas alternativas de uma co-educação para a velhice.

As relações familiares intergeracionais

Para Rocha-Coutinho²¹ (2006), a família é o espaço de convivência e de trocas afetivas, onde são estruturados e reproduzidos valores, hábitos, costumes e padrões de comportamento. Constitui um grupo de pessoas com características distintas, que se relacionam cotidianamente, gerando uma complexa e dinâmica trama de emoções. Por isso, a família deve ser entendida em sua complexidade e discrepância de interesses, necessidades e sen-

timentos e apreendida em suas funções e contradições internas.

Nesse sentido, é no grupo familiar que as relações se estabelecem primordialmente, permitindo que o homem se construa, se desenvolva e se realize como um ser social. Todo ser humano tem necessidades afetivas. Quando as relações possibilitam uma proximidade mais íntima, uma maior afinidade, nascem os afetos e se estabelecem vínculos. O vínculo é a representação da relação que permanece, visto que o que vale na vida é criar vínculos, laços, ser acolhido e acolher.

Segundo Pichon-Rivière²⁰ (2000), vínculo se refere às relações interpessoais e diz respeito à maneira particular pela qual cada indivíduo se relaciona com o outro ou com os outros, criando uma estrutura particular a cada caso e a cada momento. Destaca que o vínculo é concreto e configura uma estrutura dinâmica em contínuo movimento, que funciona acionada por motivações psicológicas, resultando daí uma determinada conduta, que tende a se repetir, tanto na relação interna quanto na relação externa com o outro. Os vínculos internos e externos se integram num processo que configura uma permanente espiral dialética, produzindo-se uma passagem constante daquilo que está dentro, para fora, e do que está fora, para dentro. O vínculo é estabelecido pela totalidade da pessoa, totalidade interpretada como uma *Gestalt* em constante processo de evolução e inclui a conduta, visto que o pensar sempre implica uma relação com outros ou outro. Sempre se pensa a favor ou contra alguém. Tudo o que se realiza na mente, todo o pensamento está em relação com o outro.

Para esse autor, o campo psicológico é o campo das interações entre o indivíduo e o meio, e o vínculo é sempre social, mesmo sendo com uma só pessoa. Através da relação com essa pessoa, repete-se uma história de vínculos determinados com um tempo e em espaços determinados. Por essa razão, o vínculo se relaciona com a noção de papel, de *status* e de comunicação. Salienta que nunca existe um só tipo de vínculo, mas que as relações que o sujeito estabelece com o mundo são mistas, na medida em que sempre emprega simultaneamente estruturas vinculares diversas.

“O processo de vinculação é antes de mais nada um encontro, o mais profundo dos encontros que pode ou não acontecer entre duas pessoas.” (Berthoud⁴, 1998, p. 146). Estabelecer vínculos é o próprio movimento da vida afetiva, é a essência da vida humana na dimensão em que o ser humano, social por natureza, se relaciona e se vincula a outras pessoas. Amar e sentir-se amado, ter apego por alguém especial que lhe seja receptivo e acolhedor, é uma capacidade e uma necessidade básica do ser humano, condição de saúde psíquica.

O significado das relações humanas repousa nos vínculos afetivos que se estabelecem entre as pessoas em diferentes circunstâncias e épocas da vida. É preciso estar sempre em relação com o outro, desenvolvendo nessas relações novos laços e desempenhando diferentes papéis. Por isso, a capacidade de desenvolver vínculos está intimamente relacionada com a experiência vivida ao longo da vida.

As relações familiares, considerando-se as famílias que possuem avós, filhos e netos,

normalmente se configuram como intrincadas redes relacionais, nas quais são estabelecidos vínculos afetivos e de apego ou onde as relações se mostram conflituosas. A vivência em família é uma experiência rica em oportunidades para a construção de diferentes relacionamentos pessoais, e a dinâmica familiar traduz não só o sistema relacional do grupo como um todo, mas particulariza a experiência grupal, na experiência de cada um, no sentido em que as vivências falam ao mesmo tempo das necessidades, dificuldades, capacidades e incapacidades relacionais de todos e de cada um.

As relações interpessoais em um grupo social, entre eles a família, são regidas por um permanente interjogo de papéis assumidos e delegados. É isso que cria a coerência entre o grupo e os vínculos que se estabelecem dentro dele.

Vieira²² diz que “os vínculos criados pelo indivíduo carregam em si uma forte relação com o que ele tem de mais íntimo e o que mais quer preservar: a sua autonomia e o senso de controle sobre sua vida e suas escolhas. Essa autonomia não se refere exclusivamente à capacidade ou habilidade de a pessoa determinar a própria vida, mas a um direito de exercê-la da melhor forma possível, assumindo, inclusive, os riscos decorrentes dessas escolhas” (2003, p. 45).

A busca por vínculos confiáveis caminha na direção de um diálogo no campo do possível, do desejável, do praticável e do real. A multiplicidade do ser humano e a ampliação e diversificação de suas necessidades parecem

sinalizar essa tendência. A confiança existe entre pessoas que se conhecem bem, mediante um relacionamento considerado estável. “A liberdade do indivíduo se dá a partir da construção de relações com o outro e com o meio em que vive. Talvez por isso, o diálogo constante com os sujeitos e suas mais diversas demandas seja frutífero na construção de tentativas de se criarem alternativas e estratégias de vida que promovam um sentimento de segurança, conforto e bem-estar, sem conflitar com as incursões necessárias de todos os membros da família, inclusive do próprio idoso.” (Vieira²², 2003, p. 57).

Como são as relações estabelecidas entre avós, filhos e netos, membros de uma mesma família multigeracional? As formas de comportamento são distintas de uma geração para outra, e isso tem implicação direta com a qualidade das relações em família, *locus* onde normalmente convivem mais de uma geração. Vários são os conceitos e significados atribuídos à palavra *geração*.

Num sentido clássico, a definição de *geração* relaciona-se a um determinado ciclo de vida, correspondente a grupos etários diferentes, e a uma posição num sistema de parentesco na estrutura familiar.

Segundo Kühner¹² (2001), historicamente, a sucessão de gerações vem marcada quase sempre por um conflito entre seus membros. Em todas surge a figura de um pai, em nome do qual a ordem social é estabelecida; a ele cabe julgar, impor, ser o guardião das leis que ele estabelece. As relações assim estabelecidas são “relações de poder ou de dominação”,

sempre conflituosas. O idoso é o símbolo e senhor, o artesão da ordem. A primazia dada a ele visa a legitimar uma sociedade patriarcal, autoritária, hierarquizada e centralizadora, não só pelas leis criadas, como por toda a ideologia vigente. A relação entre geração jovem x geração idosa se baseia numa divisão que hierarquiza e opõe.

Moragas¹⁴ (2004, p. 8) destaca que “a palavra geração refere-se ao tempo histórico que agrega pessoas em função de sua idade. A vivência dos mesmos acontecimentos origina atitudes, sentimentos e condutas semelhantes, que permitem identificar a seus membros como sujeitos da mesma geração.”

Barros² (2006), ao referir Mannheim, diz que pertencer a uma mesma geração significa vários indivíduos estarem em uma posição específica para viverem determinados acontecimentos, ou seja, estarem vivendo uma situação comum num tempo histórico e social, que os predispõe a um certo modo de experiência e pensamento. As gerações incorporam valores e normas sociais, adquirindo uma forma própria de comportamento. Cada geração tem um modo específico de viver. É neste sentido – o de ter um estilo de vida próprio – que as diferentes idades são entendidas.

Conforme afirma Debert⁶ (1998, p. 60), “a idéia de geração, implica um conjunto de mudanças que impõem singularidade de costumes e comportamentos a determinadas gerações. Nesse caso, a geração não se refere às pessoas que compartilham a idade, mas às que vivenciaram determinados eventos que definem trajetórias passadas e futuras”.

Para Magalhães¹³ (2000), as gerações são mais que *coortes* demográficos. Envolvem as relações sociais, entre elas as familiares, implicam estilos de vida, valores morais e culturais.

Neste trabalho, utiliza-se o sentido clássico de geração: as faixas etárias (70 anos e mais, de 40 a 69 anos e de 20 a 39 anos) e a posição ocupada na estrutura familiar (avô, pai e neto), para, então, verificar quais as relações estabelecidas, a qualidade das relações e o que elas evidenciam de bom e de ruim.

Em todas as épocas se atribuem ao idoso experiência e sabedoria, valorizando-o por um trazer e transmitir relacionados ao saber ou conhecimento associado à experiência. Porém, o valor da experiência, como fonte de saber e conhecimento/sabedoria, decai no início dos tempos modernos, quando o homem, com sua ciência e técnica, se volta para o exterior, para o domínio e controle da natureza. Diante disso, outra é a relação com o mundo, com os outros, consigo mesmo, uma relação mecanicista: conhecer e organizar, para controlar e dominar. O homem busca aumentar a consciência de si e seu poder de reflexão e ação. Isso permite ver que, da unidade comunitária à divisão, da divisão ao conflito, do conflito ao convívio que hoje se esboça, há todo um processo histórico, que é cultural, atribuição de papéis e valores aos jovens e ao idoso – ou seja, “uma construção social”.

Hoje a longevidade exhibe uma sociedade que envelhece por conta do progresso científico e tecnológico relacionado à saúde, das políticas de saúde, da atenção dada ao corpo

e à mente. E esse quadro torna urgente uma nova postura.

Segundo Kühner¹², “*a convivência com a alteridade, com a diferença (seja ela de idade, gênero, de classe, de etnias ou de culturas) é ainda difícil numa sociedade que, para manter o poder e o controle, normatiza e normaliza, classifica, rotula, regulamenta, define, divide, hierarquiza e exclui. [...] Na ordem social, depois de um século XIX marcado pela luta de classes e um século XX sacudido pela liberação das mulheres, caminhamos, no século XXI, para um confronto entre as gerações, uma luta de idades*” (2001, p. 15). “Reduzir um jovem ou um idoso apenas à sua idade ou geração é igualmente deixar de nele descobrir sua humanidade”. (2001, p. 21).

Sempre é tempo de aprender. Conviver com outras gerações é também uma forma de educação, é co-educação, que supõe convívio de gerações em movimento, legados que se renovam numa alternância em que os sujeitos se refazem e se reconstituem mutuamente. Idosos, jovens e adultos interagem na vida em comum e se modificam reciprocamente. É uma possibilidade que se inaugura a partir da coexistência de gerações, numa dada situação social. Porém, só coexistir não garante um convívio estreito, respeitador das diferenças entre as gerações, porque a coexistência pode ajudar a elucidar ou a ratificar tanto uma possível consciência de união quanto de oposição entre as gerações. A co-educação, para se realizar, necessita da anuência de sujeitos diferentes na busca de relações igualitárias. Para Oliveira¹⁸ (1996, p. 9): “*nenhum humano se humaniza sozinho. Sempre precisa de outro, aquele que testemunha seu inacabamento. Por isso, humanizar*

o humano é tarefa que tem um norte, mas que não tem fim". E ainda: "Co-educação supõe gerações em movimento. Este fazer-se sugere que cada geração, além de ser vista como depositária de uma época e, portanto, banhada por um tempo datado historicamente, pode igualmente ser percebida como modeladora das marcas de sua passagem, no tempo e no espaço" (p. 5).

A educação ocupa cada vez mais espaço na vida das pessoas, pela necessidade evolutiva de aquisição de novas competências e capacidade de adaptação. O humano, para ser humano, precisa aprender ao longo de toda a sua vida, e uns saberes penetram e enriquecem os outros, levando as pessoas a um conhecimento dinâmico do mundo, dos outros e de si mesmas. Esse *continuum* educativo, coextensivo à vida e ampliado às dimensões da sociedade, é condição para um domínio mais perfeito dos ritmos e dos tempos da pessoa humana. A educação ao longo de toda a vida valoriza a complementaridade dos espaços e tempos dos indivíduos.

As relações entre as pessoas se constituem também em elementos educativos. De um modo especial, as relações intergeracionais oportunizam trocas benéficas. Para o jovem, porque o idoso lhe transmite a experiência e a perspectiva histórica de que carece e que vai ser uma ancoragem à sua futura necessidade de pertencer a uma comunidade. Para o idoso, porque, além de lhe permitir contribuir para o futuro em que o jovem viverá e do qual os mais velhos têm uma perspectiva reduzida, lhe dá a possibilidade de continuar aprendendo com os jovens e sentir-se integrado e valorizado no meio em que vive.

Análise

O estudo tomou como sustentação metodológica a análise de conteúdo, uma vez que visa à compreensão das relações familiares multigeracionais e à proposição de elementos teóricos e práticos a partir do processo de explicitação da relação entre as diferentes categorias. Segundo essa metodologia, a interpretação dos dados coletados em uma pesquisa qualitativa envolve a leitura compreensiva, a descrição sistemática e a interpretação do material originado das entrevistas.

O movimento inicial do processo de análise, desencadeado pela leitura do *corpus* da pesquisa, constitui a unitarização, exercício desconstrutivo em que as informações são agrupadas pelo estabelecimento de relações entre elas, constituindo-se a categorização. Categorização, segundo Moraes¹⁶ (2001a), é um processo classificatório de redução dos dados coletados através de entrevistas. Dessa operação de classificação resultam categorias, representando a síntese dos aspectos mais significativos do conteúdo investigado, em função dos objetivos e do problema da pesquisa.

A descrição de cada uma das categorias expressa o conjunto de significados percebidos e intuídos das entrevistas analisadas.

A interpretação, compreensão mais aprofundada do conteúdo das descrições, tem suas bases nos dados e nas categorias de análise. Para a interpretação dos dados, fez-se uso da abordagem dialética. Essa abordagem permite refletir a realidade mediante a contraposição de idéias e compreender essa

realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação. A dialética reflete tanto as contradições entre as partes quanto a união entre elas. Reconhece na contradição o princípio básico do movimento dialético e tem como categorias reflexivas a mudança e a permanência. (Konder¹¹, 1985).

Usando essa metodologia – análise de conteúdo e abordagem dialética –, as falas que constituíram o *corpus* para a discussão das relações entre as famílias multigeracionais neste trabalho se originam de respostas dadas por três gerações de uma mesma família a duas perguntas abertas: *O que você identifica como ganhos na sua família em relação à convivência entre avós, filhos e netos?* e *O que você identifica como perdas na sua família em relação à convivência entre avós, filhos e netos?* As pergun-

tas foram realizadas por meio de entrevista oral, gravadas e transcritas posteriormente.

As manifestações resultantes das perguntas feitas aos avós, filhos e netos das famílias investigadas demonstraram os distintos aspectos da convivência entre as diferentes gerações de uma mesma família. As respostas vieram de forma espontânea, expressas às vezes de modo amplo, às vezes conciso. A leitura interpretativa das respostas que constituíram os ganhos permitiu a compreensão das idéias, sua unitarização, e possibilitou a construção de categorias, que representam a síntese das falas em seus principais aspectos, relacionadas no quadro 2. Para mostrar a fidedignidade, esse quadro registra as palavras-chave utilizadas pelas pessoas que responderam à questão.

Quadro 2 – Categorização dos dados coletados

Categoria	Unidades de significado
Manifestações de afeto	amizade, amor, carinho, respeito, dedicação, interesse, bem-querer, simpatia, calor humano, solidariedade, preocupação com a família, afeto, boa relação
Apoio	apoio, segurança, ajuda mútua, cuidados, amparo, ajuda financeira, ajuda no trabalho, proteção e ajuda
Convivência	convivência, não estar só, relacionamentos, intimidade, união, proximidade, diálogo, presença, vínculos geracionais, se defendem, paciência, contato, acolhimento, companhia
Troca	poder dividir os problemas, ser útil, possibilidade de aprender, possibilidade de ensinar, troca de experiência, poder conversar, interação, troca de informações, diálogo, vínculos, influência positiva na educação, reunião, lições de vida, exemplos de dignidade, ensinamentos, visitas, conversar, aprendizado, trocas
Valor	tolerância, paz, saúde como valor, ter família, história, alicerce do conhecimento, sentimento de pertença, reconhecimento do que foi, família como prioridade, conhecimento da experiência, família como valor, estar vivo, costumes, tradição, admiração, valor/respeito transmitidos, ensinamentos, idoso como modelo, perseverança
Compreensão	compreensão

Fonte: Pesquisa “A família multigeracional em Caxias do Sul”. Caxias do Sul, 2006.

Importante chamar a atenção que, pela junção das respostas dadas, as categorias construídas são as mesmas para as três gerações e são aqui apresentadas e analisadas. A leitura interpretativa das perdas possibilita o contraponto da análise, num movimento dialético, buscando explicações coerentes, lógicas e racionais. O diálogo entre as gerações permite relacionar convergências e contradições, ganhos e perdas proporcionados pelas relações em família.

Os agrupamentos de unidades de significado e de sentido constituíram as seis categorias: *manifestação de afeto, apoio, convivência, troca, valor e compreensão*.

Manifestação de afeto é a categoria que aparece em todas as gerações, tendo mais destaque nas falas dos avós. Os afetos são sentimentos e emoções positivas expressas por atitudes e comportamentos e, aqui, manifestam respeito, amor, carinho, bem-querer, amizade, preocupação, dedicação, calor humano, simpatia, interesse e bom relacionamento entre os membros familiares. Isso revela que as relações são alimentadas por emoções favoráveis que levam ao estabelecimento e à manutenção de vínculos.

“Acho que os anos que os avós vivem juntos, os exemplos de amor e os sacrifícios feitos para manter a unidade da família reforçam os laços afetivos.” (S. D., avô, 80 anos).

“O que existe de bom é o amor que um tem pelo outro”. (C. D., filho, 43 anos).

Apoio, a segunda categoria traduz os recursos de ajuda mútua e auxílio que são en-

contrados nessas famílias: ajuda, cuidado, apoio, amparo e proteção. Percebe-se que essa categoria aparece com destaque nas gerações dos filhos e netos. O apoio tem a mesma equivalência entre si, porém de menos significado do que para os avós, pela situação de maior fragilidade em que se encontram, devido à idade e às conseqüências que ela impõe.

“Nossa convivência é maravilhosa, onde as três gerações com as suas próprias estruturas conseguem se apoiar, cada um desempenhando o seu papel, desde o cultivo da horta até a modernidade do computador. Esse complemento é fantástico para sobreviver com tanta mudança e de forma veloz.” (R.B., filho, 54 anos).

“Ela me ajuda a cuidar das crianças também né! Às vezes a gente sai e é sempre ela que fica com eles. Tudo que precisa, se eu ficar doente é ela que vem e eu corro por ela e ela corre por mim.” (V.L.R.C., filha, 40 anos).

Convivência é a categoria que aparece a seguir. Diz respeito ao contato e convívio familiar freqüente e manifesta união, proximidade, companhia, relacionamentos, presença, diálogo, intimidade, acolhimento, contato, paciência. De todos os aspectos revelados, o mais importante para os avós, no contexto das relações familiares, é a convivência. As narrativas apontam para as questões derivadas da convivência.

“É uma satisfação morar perto deles [...], e eu tenho um neto muito agarrado comigo e eu com ele, por causa dele então... Eu acho difícil me tirar de perto dele, eu acho difícil, eu tenho medo até

dele andar sozinho na rua.” (C.G., avó, 83 anos).

“Dou graças a Deus porque todos os meus filhos moram aqui no bairro. Esta mora comigo, o filho homem mora na frente, a Nara mora ali e a Terezinha lá e a Eva mais embaixo, então dou graças a Deus. Agradeço a Deus, porque procurei sempre estarem unidos, inclusive quando meu marido faleceu, acharam horrível ficar com cinco filhos, e de fato não foi brincadeira... Mas eu quero sempre ficar sabendo o que eles estão fazendo, o que é que deixam de fazer, se eles me pedem conselho, aonde eu posso eu dou conselho, né, e vamos indo.” (M. I., avó, 72 anos).

“A convivência com os netos, eu adoro os meus netos. Estou sempre xingando aqui e ali, mas eu adoro eles. Gostaria que fossem por um caminho meio certo, porque é difícil, nem a gente não vai. Mas eu procuro fazer o melhor que eu posso.” (M. I., avó, 72 anos).

A importância da convivência para os avós reside no fato de não se sentirem sós, de estarem com alguém, de viverem aspectos da vida em comum, de usufruírem da intimidade familiar, de terem quem os acolhe, quem lhes quer bem, quem proporciona apoio e permite trocas, quem os valoriza e compreende.

A outra categoria se refere à *troca*. Para os filhos e netos, ela tem um menor significado que representa troca de experiências e de informações, testemunho, diálogo, interação, partilha de situações e problemas, possibilidade de aprender e de ensinar.

Compartilhar experiências, aprendizagens, dividir sonhos e esperanças.

“Acredito que os netos renovam a vontade de viver dos idosos e avós, por sua vez, são fonte de conforto, apoio e admiração.” (P.E.M., neta, 26 anos).

“Conhecimento maior, digo, trocas de conhecimentos, hoje com a tecnologia e ontem com os antigos aprendizado.” (S.B., neto, 25 anos).

“União na família, convívio, avó ganha juventude conosco e nós, netos, ganhamos comidas maravilhosas, experiências transmitidas.” (P.B.A., neta, 31 anos).

“É o ensinamento que eles nos transmitem das experiências que já tiveram durante a sua vida e que para nós pode ser importante para enfrentarmos situações que virão para nós.” (M. X.D., neto, 26 anos).

Embora a categoria se apresente nas três gerações, há maior reconhecimento de ganhos pelas trocas por parte da geração jovem, dos netos. Isso se dá pelos exemplos, pelas lições de vida, pelas narrações de experiências, pelas histórias contadas, pelo valor do trabalho realizado, pela preservação de aspectos culturais que marcam a vida das famílias e norteiam sua ética.

Na seqüência está a categoria *valor*. Ela aparece com maior relevância entre netos e filhos, sendo menos manifestadas pelos avós. A categoria valor expressa a importância que uma geração atribui à outra, revelada pelo reconhecimento do indivíduo como ser humano e pela posição que ocupa na hierarquia familiar, o que intensifica o sentimento de pertença de cada um na família. Reconhece o mérito das relações, situações e condições que para ela são desejáveis.

“Observo como ponto positivo a perseverança, os antepassados lutaram e trabalharam muito para nós estarmos aqui onde estamos hoje. As lições de vida dos nossos ascendentes nos dão vários exemplos de dignidade e de como nos portarmos para sermos pessoas de sucesso.” (L.S, neto, 20 anos).

“Elas não querem, mas eu faço questão de reunir todo mundo e fazer um almoço, elas não permitem, mas já no dia das Mães eu reuni todo mundo aqui em casa [...]. É isto, eu acho que manter a família é manter a paz. É importante ter a paz, a compreensão, o carinho, o amor, com a graça de Deus.” (A. C., avó, 87 anos).

O estudo ainda identifica a categoria *compreensão*, de menor expressividade para as diferentes gerações. Compreender traduz o ato de entender o outro, de respeitar suas possibilidades, habilidades, dificuldades e limitações, de perceber o significado de seu papel e de seu lugar no espaço familiar. Colocar-se no lugar do outro, sentir empaticamente o que há nele de importante.

O que tem de bom é a convivência, compreensão, diálogo, amizade, paciência. (M.B., neta, 32 anos).

[...] “É importante ter a paz, a compreensão, o carinho, o amor, com a graça de Deus.” (A. C., avó, 87 anos).

“Compreensão entre todos, acompanhamento das diferentes etapas da vida de todos e vivência dos momentos de alegria, de tristeza e dos problemas, favorecendo a unidade.” (T. B., filha, 56 anos).

As convergências de opiniões que ofereceram elementos para a proposição das categorias são as revelações dos aspectos que qualificam a convivência familiar, constituindo-se em ganhos para cada um e para todos os membros da família. Os ganhos são sempre elementos de satisfação, positivos no sentido de algo mais ou melhor. Nesse caso, traduzem-se como diferentes formas de valorização e acolhimento dos sujeitos, naquilo que cada um tem de melhor, que cada um tem para dar ou receber. As relações favorecem as trocas, que se dão em diferentes graus de intensidade, de acordo com experiências, interesses e necessidades de cada pessoa envolvida nesse processo.

Isso faz com que seja possível observar que são muito importantes para os avós a *convivência*, o *apoio* e o *afeto*, porque a geração mais velha atribui grande valor à família como o lugar privilegiado dessas buscas e nela, primordialmente, as encontram. É a família a fonte mais direta de suporte, ajuda e apoio ao idoso e, além disso, características próprias da velhice induzem ao maior recolhimento e ao estreitamento desse grupo de relações.

A geração do meio – a dos filhos – é o contraponto entre as três gerações familiares. Ela parece representar a busca do jogo do equilíbrio entre as necessidades e os anseios familiares. Essa percepção advém da constatação de que a maior representação de significado de uma categoria nunca está na geração dos filhos, contemporizando o papel que a geração do meio ocupa na manutenção das relações familiares.

Observa-se também que o *afeto* e a *troca* são as duas categorias de maior significado para os netos. A geração jovem revela muito afeto aos pais e avós, manifestado principalmente pelo respeito e carinho, e nisso encontra reciprocidade. Reconhece a importância da troca pela experiência e pelas oportunidades que ela oferece. A percepção positiva da presença dos avós em família se dá pelos vínculos estabelecidos através dos sentimentos, geralmente sem cobranças ou exigências. Os netos quase sempre encontram nos avós grandes aliados.

A maior aproximação entre avós e netos encontra-se nas *manifestações de afeto*; entre filhos e netos, na categoria *valor*; entre avós e filhos, na categoria *troca*. Constata-se igualdade de posições entre filhos e netos na categoria *apoio*, e entre avós e filhos na categoria *compreensão*.

No contraponto dos ganhos nas relações familiares estão as situações diversas ou opostas acerca da realidade investigada. Da análise dos dados da segunda pergunta emergem as contradições que mostram as perdas dessas relações.

As opiniões expressas nas respostas à pergunta *O que você identifica como perdas na sua família em relação à convivência entre avós, filhos e netos?* são as revelações dos aspectos que desqualificam a convivência familiar multigeracional, constituindo-se em problemas, preocupações, perdas e conflitos para os membros da família. Os problemas e as preocupações são controvérsias, dificuldades, transtornos, inquietações, perturbações presen-

tes que afetam a qualidade e o equilíbrio das relações. As perdas são sempre elementos de privação, de não ter algo ou alguém, de ausência ou falta, de deixar de ganhar ou usufruir, de dano – negativos no sentido de menos ou pior. Conflitos são divergências e oposição que geram enfrentamentos e desavenças.

“Um dos pontos negativos na convivência entre avós, filhos e netos é o conflito de idéias, pois cada geração apresenta uma visão diferente para cada situação e com isso algumas vezes pode gerar desgastes no relacionamento diário.” (M.B., neto, 26 anos).

As relações também provocam problemas, preocupações, perdas e conflitos que, nesse caso, se traduzem como diferentes formas de desvalorização e rejeição de idéias e dos próprios sujeitos, expressos por sentimentos negativos, discussões, por necessidades geradas pela presença de doenças.

“É difícil, ainda mais... Eu sempre digo, com os filhos ainda dava, mas com os netos não dá pra contar nada, porque se a gente fala, eles não entendem nada, a vó é assim, a vó é assado.” (A. T. S., avó, 85 anos).

“O conflito de mudanças, culturais, sociais, morais, que existem na sociedade e que nem sempre são entendidas.” (R.S., filho, 46 anos).

Uma mesma situação pode mostrar-se boa ou não para cada elemento do grupo intergeracional, dependendo do momento vivido, da história, das condições de vida, do tipo de relações estabelecidas pelos membros familiares individualmente. Isso significa que,

por exemplo, uma doença em família pode representar uma oportunidade de exercer ajuda, de demonstrar afeto, etc., ou de negação de ajuda, de impaciência.

“Com a morte de meu marido, meu pai comprou um apartamento, no qual passamos a conviver eu, meus dois filhos e meu pai, por oito anos meu pai morou conosco. Como meu pai perdeu a visão não tinha como deixá-lo sozinho, optamos em procurar uma casa de repouso a qual ele está há dois anos. Quando ele morava comigo, eu muitas vezes perdia a paciência com ele, o que agora eu me sinto triste ao lembrar. Já na casa de repouso temos um outro relacionamento, ele se tornou uma pessoa mais agradável.” (M.C.F., filha, 55 anos).

As contradições que se identificam pela análise realizada mostram que, nas relações familiares entre grupos multigeracionais, há também sentimentos de desamor e rejeição; comportamentos de falta de carinho, de desrespeito, de impaciência, de incompreensão, de raiva, de irritação; revelações de estorvo e incômodo.

“Nunca fez um carinho, nunca deu atenção e depois de idosa ficou pior ainda. Eu também sou uma pessoa que não tenho paciência, eu não judio, mas eu não tenho paciência de ficar escutando porque eu lembro do que ela fazia para gente, e aí tu vai encarar como?” (E.C.C., filha, 63 anos).

As limitações trazidas pelo envelhecimento e as peculiaridades advindas da presença de idosos no âmbito familiar, agravadas muitas vezes pela doença, geram necessidades de cuidados, ajuda e apoio. O atendimento a es-

sas necessidades é, por vezes, inexistente ou dificultado pela carência financeira da família, pela falta de tempo, pelo medo, pelas mudanças, pela dependência.

“Quando as pessoas não aceitam os limites impostos a cada idade, deixam de ter uma convivência saudável.” (N.T.B., avó, 71 anos).

“Para o idoso, acho que ele fica limitado, precisando cada vez mais do apoio familiar. Para a família, a dificuldade aparece quando os laços não foram criados ou muitas vezes eles existiram, mas com muita perturbação, desentendimentos, não sendo uma relação saudável.” (M.F., neta, 25 anos).

Os conflitos geracionais presentes nas famílias são provocados pelas divergências de opiniões, atitudes e comportamentos, pela perda de papéis e pela autoridade imposta pela posição ocupada na hierarquia familiar. Trazem como conseqüências brigas, discussões, atritos, desentendimentos, violência, intromissão, desarmonia, controle, inflexibilidade, falta de diálogo, dificuldade de convivência, desgaste emocional e sofrimento.

A harmonia familiar não é fácil, porque está relacionada à convergência de necessidades e interesses e é fruto da concordância de seus membros. Quando isso não acontece, há o conflito.

Os aspectos bons da convivência intergeracional em uma mesma família mostram que a família exerce um papel fundamental ao bem-estar de seus membros, especialmente no que diz respeito aos idosos, sendo o lugar natural e privilegiado do estabele-

cimento de relações, da valorização e promoção dos indivíduos; da consolidação do sentimento de pertença, da busca e do encontro de apoio, amparo e suprimento das necessidades individuais e do grupo familiar. Entretanto, também é a família o mesmo lugar natural de atritos e conflitos, gerados pela proximidade, cumplicidade e partilha de problemas e dificuldades, quando a convivência existe. A família é, portanto, contraditoriamente, o *locus* de apoio e de desamparo, de proximidade e de afastamento, de aceitação e de negação, de ajuda e de rejeição, de afeto e de desafeto, de harmonia e de desavenças, de alegria e de preocupações e tristezas, de companhia e de solidão, de aconchego e de abandono, de valorização e de desvalorização, de ganhos e de perdas.

Sendo a família o espaço da intimidade e do segredo, de complexidade e discrepância de interesses, dificilmente ela é compartilhada ou exposta ao olhar externo. Por isso é difícil ao pesquisador dar conta da complexidade das relações familiares. (Motta, apud Aquino¹; Cabral, 2002, p. 1.057).

O fato de idosos terem filhos ou de morarem com eles não é garantia de apoio e cuidado, nem da ausência de maus-tratos. Dificilmente se constata evidências disso, pois há encobrimento de aspectos da real situação familiar. Esta pesquisa não revelou situações reais de maus-tratos e violência. Normalmente, a violência e maus-tratos são trazidos à tona através de denúncias e registros em delegacias ou outros órgãos específicos, e quase sempre aparecem nos casos em que as diferentes gerações coabitam uma mesma casa. Os casos

de infração aos direitos humanos, de violência psicológica e de agressões físicas nem sempre aparecem nas estatísticas, embora, em alguns casos, possam ser identificadas em serviços de saúde, na segurança e em grupos de convivência.

Nessa relação de interdependência geracional, o usufruto do suporte que a família pode proporcionar, ou o fato de não receber dela o que espera ou necessita, está seguramente relacionado com a qualidade das relações construídas e mantidas pela convivência ao longo da vida de cada um. A qualidade dessas relações é influenciada pela educação, pela ética, pela religião, pela condição socioeconômica, pelas condições de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente às evidências do envelhecimento populacional, reconhecer a importância e o impacto dos conflitos e das diferenças intergeracionais na experiência coletiva do envelhecer pode ser fundamental (Kalache¹⁰ et al., 1987).

Este trabalho evidencia as transformações que dizem respeito à transição demográfica e à atual configuração etária brasileira, às mudanças sociais e da família; possibilita perceber a integração entre esses fatos; mostra um panorama de relações e de vínculos familiares diferentes do de algum tempo atrás e permite apontar os impactos que permeiam as relações familiares causados pela longevidade humana.

A longevidade provocou impactos por que desestabilizou a família, que não estava preparada para tal fato, gerando reações que exigiram mudanças na estrutura dessa instituição e em suas relações. A longevidade aumenta a probabilidade de:

a) netos terem avós por muito mais tempo que seus pais tiveram;

b) idosos tornarem-se dependentes, ocasionando sobrecarga emocional, de preocupação e de trabalho à família;

c) maior número de idosos serem cuidados por filhos ou familiares também idosos;

d) maior número de netos, filhos adultos e filhos idosos serem cuidados por pais e avós idosos;

e) necessidade da presença efetiva e contínua de familiares para atender o idoso, em detrimento do atendimento das necessidades pessoais;

f) sobrecarga financeira para a família;

g) maior número de idosos morarem sozinhos;

h) dificuldade em aceitar as diferenças de valores entre gerações;

i) mudança e alternância de papéis familiares;

j) diferença nos níveis culturais, estabelecendo um hiato intergeracional.

Esses impactos e a investigação realizada, que pôs em evidência ganhos e perdas da

convivência familiar intergeracional, levam a propor a educação como caminho para qualificar as relações familiares, considerando que é a família a primeira e mais forte instância que torna possível ao indivíduo forjar valores, modelar sua formação pessoal e integrar-se socialmente. Educação é aqui entendida como promotora da família e de vínculos afetivos, que tenha na sua essência aspectos que reconheçam a família como o centro das atividades da vida individual e social.

Nessa concepção de educação, feita pela família e na família, a presença física e o diálogo são elementos indispensáveis. A presença física, porque é ela que possibilita a interação necessária à aquisição e aprimoramento de comportamentos, atitudes e habilidades, elementos agregadores das relações humanas. O diálogo, porque permite aprimorar as relações em família e porque é dele que emana o respeito ao outro e às suas opiniões, a compreensão e a aceitação mútuas. Dialogar é ter disponibilidade de ouvir e de saber falar para referendar, por meio de incentivo e apoio, ou para orientar, propondo alternativas e redimensionamentos. A presença física por si preenche um espaço e supre necessidades. Por ex.: não estar sozinho; se precisar de algo há alguém presente; sempre há oportunidade de dialogar. A impossibilidade da presença física pode ser provisoriamente atenuada por algum tipo de comunicação. Por ex.: um telefonema, uma carta, um *e-mail*..., recursos que de alguma forma aproximam.

Esses elementos todos constituem os meios que permitem aos diferentes membros de uma família serem partícipes nas ações de

partilha, cooperação, ajuda e troca. Eles são facilitadores do estabelecimento e fortalecimento dos vínculos de afeto, base de sustentação e de equilíbrio da estrutura da família, porque permeia cada um e todos os seus membros. Barros²(2006, p. 104).ratifica essa idéia, dizendo: “[...] a freqüência do contato e as obrigações entre pais e filhos vão se modificando à medida que os filhos crescem e se desenvolvem como pessoas. As relações passam a ser um compromisso que deve ser mutuamente aceito, para que a relação entre eles se estreite. Isso altera as formas de relação entre as diferentes gerações da família, cada vez mais baseadas na troca, na cooperação, na cumplicidade e no afeto entre seus membros”.

Outro elemento indispensável é que essa educação seja promotora do conhecimento sobre o envelhecimento e sobre as relações humanas, porque é o conhecimento que possibilita a compreensão das mudanças advindas com o passar do tempo e dá condições para reconhecer essas transformações, aceitar e respeitar os limites e as possibilidades de cada um.

A educação pela família e na família se dá num processo de convivência e coloca como princípios o respeito e a valorização das pessoas, emanados do amor. Isso intensifica e fortalece o sentimento de pertença, sempre levando em conta as constantes mudanças que a própria vida impõe ao indivíduo, ao seu corpo, à sua história, às relações e ao contexto social.

Essa educação só tem sentido se for efetivada com o envolvimento e comprometimen-

to de todos os membros da família, num caminho de duas vias, num processo de co-educação, uns educando e sendo educados pelos outros. Se esse tipo de educação acontece, gradativamente a família atenua o fato de ser um *locus* de contrários, e passa a aprimorar e a intensificar o que de bom nela existe, passa a diluir e transformar o que existe de ruim, qualificando as relações familiares, promovendo afetos, criando e fortalecendo os vínculos.

REFERÊNCIAS

1. Aquino FTM, Cabral BES. O idoso e a família. In: Freitas EV, et al. organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
2. Barros ML., organizador. Família e gerações. Rio de Janeiro: FGV; 2006.
3. Beltrão PC. Sociologia da família contemporânea. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 1973.
4. Berthoud CME, et al. Ensaios sobre formação e rompimento de vínculos afetivos. Taubaté: Cabral Editora Universitária; 1998.
5. Camarano AA, organizador. Os novos idosos brasileiros muito além dos 60? A família como locus de apoio e de trocas intergeracionais. Rio de Janeiro: Ipea; 2004.
6. Debert GG. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: Barros MML. Velhice ou terceira idade? Rio de Janeiro: FGV; 1998.
7. Engels F. A origem da família, da propriedade privada e do Estado. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1980.
8. IBGE. Censo Demográfico de 2000. Rio de Janeiro, 2000.

9. Jeckel-Neto EA, Cunha GL. Teorias biológicas do envelhecimento. In: Freitas EV, et al, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.13-9.
10. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Rev Saúde Pública 1987; 21(3): 200-10.
11. Konder L. O que é dialética. São Paulo: Brasiliense; 1985.
12. Kühner MH. Do conflito ao convívio de gerações: diálogo entre uma mãe de mais de 60 anos e um filho chegando aos 40. Revista Terceira Idade 2001; 12 (23): 7-23.
13. Magalhães DN. O anel mágico: o repasse entre as gerações. Rio de Janeiro: Razão/Cultural; 2000.
14. Moragas Moragas R. As relações intergeracionais nas sociedades contemporâneas. Revista A Terceira Idade 2004 jan; 15(29):7-27.
15. Moraes R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual qualitativa. Porto Alegre; 2001b. Texto disponibilizado pelo autor.
16. Moraes R. Análise de conteúdo. Porto Alegre; 2001a. Texto disponibilizado pelo autor.
17. Moraes R. O que é ensinar. São Paulo: EPU; 1986.
18. Oliveira PS. Universidade aberta e co-educação de gerações. Revista Terceira Idade 1996; 9(12).
19. OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Trad. Suzana Contijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
20. Pichon-Rivière E. Teoria do vínculo. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
21. Rocha-Coutinho, ML. Transmissão geracional e família na contemporaneidade. In: Barros ML, organizador. Família e gerações. Rio de Janeiro: FGV; 2006. p. 91-106.
22. Vieira EB. Instituições geriátricas: avanço ou retrocesso. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.

Recebido para publicação em: 10/10/2006

Aceito em: 15/12/2006

Avaliação do desempenho cognitivo em idosos*

Evaluation of cognitive performance in the elderly

Pollyanna da Silva de Souza^a
Jorge Tarcísio da Rocha Falcão^b
Márcia Carréra Campos Leal^c
Jacira Guiro Marino^d

Resumo

Objetivo: avaliar o processo do envelhecimento, relacionando-o ao desempenho cognitivo. Método: estudo epidemiológico, descritivo, transversal, realizado na UNATI/UFPE, com 65 idosos. Foi utilizado questionário semi-estruturado, incluindo dados sociodemográficos, escala de avaliação da satisfação global com a vida e o Miniexame do Estado Mental (MEEM). Resultados: 83,1% apresentam uma doença ou condição crônica; 59,3% - hipertensão, 18,5% - problemas de coluna e artrose, 14,8% - osteoporose, 13% - colesterol elevado, 11,1% - doença do coração, 9,3% - artrite e 3,7% - diabetes. Foi reportada por 16,9% dos sujeitos a não-realização de atividades rotineiras por problema de saúde nas últimas duas semanas. Com relação à percepção acerca da própria saúde, 93,8% consideraram boa ou muito boa. No entanto, 66,2% mencionaram ter alguma dificuldade de memória, sendo esta freqüente para 58,1% dos sujeitos com queixa, e rara ou muito rara para 41,9%. Além disso, 73,8% praticam alguma atividade física: caminhada (44,6%), a hidroginástica (23,1%) e ioga (13,8%). As análises inferenciais estatísticas evidenciaram efeito isolado significativo da escolaridade ($F=8,703$, $p<0,000$, 64g.l.), mas nenhum efeito significativo isolado da idade ($F=0,442$, $p=0,724$, 64g.l.) sobre os escores do MEEM. Conclusões: o processo de envelhecimento não deve ser associado necessariamente ao adoecimento e degeneração patológica, pois não inviabiliza o funcionamento sócio-psicocultural.

Palavras-chave:
envelhecimento;
terapia cognitiva;
transtornos
cognitivos; estudos
epidemiológicos.

Correspondência / *Correspondence*

Pollyanna da Silva de Souza

Universidade Federal de Pernambuco - Av. Prof. Moraes Rego s/n, Cidade Universitária,
50739-970 - Recife-PE - Brasil - E-mail: pollysouza@ig.com.br

* Baseado em dissertação intitulada "Efeitos do envelhecimento sobre o desempenho cognitivo", apresentada em 19 de agosto de 2005 na pós-graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco - UNATI/UFPE

Abstract

Objective: this research aims to analyze the process of human ageing, concerning cognitive aspects. Method: epidemiologic-descriptive and transversal method was used. A sample of 65 elderly was constituted. Participants of this sample were interviewed about socio-demographic aspects and level of satisfaction with their lives, and were submitted to the Mini-Examination of Mental Condition (MEEM) Test. Results: 83.1% of participants reported at least one disease; 59.3% - hypertension, 18.5% - spine problems and arthritis, 14.8% - osteoporosis, 13% - high cholesterol levels, 11.1% - heart diseases, 9.3% - arthritis and 3.7% - diabetes. Among the participants, 16.9% reported interruption of daily activities due to a disease or organic malfunction, and a majority reported a good health condition. Nevertheless, 66.2% reported some degree of memory impairment, this problem being frequent for 58.1% of them. And 73.8% reported participation in some kind of physical activity: walking (44.6%), hydrogymnastics (23.1%) and yoga (13.8%). Analysis of effects of variables showed isolated significant effect of school level over MEEM score ($F=8.703$, $p<0.000$, 64g.l.), but no significant effect of age ($F=0.442$, $p=0.724$, 64g.l.). Conclusions: data collected here show that seniority cannot be necessarily associated to cognitive losses; ageing is not only an organic, biological process, but also a familiar, economic and cultural one.

Key words: aging; cognitive therapy; cognition disorders; epidemiologic studies.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento cognitivo na vida adulta e na velhice vem sendo um tema explorado na psicologia mundial nos últimos anos, visto que o envelhecimento populacional se configura como realidade demográfica em todo o mundo e não apenas no Brasil. Este teve, segundo Veras⁹ (2003), entre os anos de 1950 e 2002, um aumento da população idosa de 700%, passando dos 2 milhões para 15,4 milhões em apenas 50 anos.

Esses estudos discutem principalmente dois aspectos relevantes no campo do desenvolvimento cognitivo em adultos: o primeiro diz respeito às perdas biológicas naturais do envelhecimento. É inegável que, com o pas-

sar dos anos, as células, órgãos e sistemas do corpo humano comecem a apresentar déficits, havendo perdas em seu bom funcionamento.

O segundo se refere à cultura, que cada vez mais vem propiciando um envelhecimento saudável. Nesse sentido, teorias psicológicas vêm ressaltando as compensações culturais sobre eventuais perdas, privilegiando, por exemplo, investigações a respeito do desenvolvimento da *sabedoria*, demonstrando que pessoas idosas se beneficiam dessa característica ao serem comparadas com jovens no desempenho de tarefas cognitivas, o que será discutido pelos estudos relatados em seguida.

Um dos autores que desenvolvem pesquisas sobre esse tema, com o enfoque no envelhecimento cognitivo, é Paul B. Baltes, diretor

do Lifespan Psychology, do Max Planck Institut for Human Development, em Berlim, Alemanha. Entre outras, duas linhas de pesquisa são desenvolvidas no instituto na área de psicologia cognitiva: envelhecimento cognitivo e psicologia da *sabedoria*.

Baltes e seus colaboradores investigam o que o autor chama de mecânica cognitiva e pragmática cognitiva (Baltes³, 1994). Lançando mão de uma metáfora computacional, propõe que a primeira (a mecânica cognitiva) é concebida como o *hardware* da inteligência, referindo-se à arquitetura neurofisiológica do cérebro, que é resultado da evolução da espécie. Em termos operacionais, a mecânica cognitiva diz respeito à velocidade e à precisão dos processos elementares de processamento do *input* da informação sensorial, memória motora e visual, além de processos de discriminação, comparação e categorização. Já a segunda, a pragmática cognitiva, diria respeito ao *software* da mente, ao conteúdo e sua funcionalidade em contextos culturais reais. A pragmática cognitiva tem relação com o tipo de conhecimento e de informação provenientes da cultura, como todos os conhecimentos a respeito do mundo e das ações humanas, que são adquiridos pelo processo de socialização do indivíduo. Incluem-se aqui a linguagem (leitura e escrita), qualificações educacionais, habilidades profissionais, conhecimento do *self* e habilidades que possibilitam lidar com situações da vida cotidiana.

Outras pesquisas evidenciaram que o desempenho de idosos é prejudicado quando se trabalha com reaprendizagem, revisão ou lembrança de informações recentes. Abando-

nar ou recontextualizar conhecimentos prévios para que uma nova aprendizagem se dê parece mais difícil para idosos do que para adultos jovens; em outras palavras, esquecer parece ser mais difícil para os primeiros do que para os segundos (Kliegl; Linderberger, 1993, apud Baltes³, 1994). À medida que o grau de dificuldade e complexidade nas tarefas cognitivas aumenta, as diferenças entre desempenhos de idosos e jovens também aumentam, segundo Mayer e Kliegl (no prelo, apud Baltes³, 1994). Em tarefas mais fáceis, os idosos levam cerca de 50% de tempo a mais que os adultos jovens, e quando as tarefas se tornam mais complexas, esse tempo passa a ser o dobro. Todas essas investigações sugerem que o déficit decorrente do envelhecimento afeta consideravelmente a mecânica cognitiva (*hardware*) e o funcionamento dos processos básicos de memória.

Observamos que estudos na área da psicologia do envelhecimento cognitivo apresentam algumas linhas de pesquisas consolidadas, como é o caso do grupo liderado por P. Baltes, em Berlim. Não obstante, estudos acerca do desenvolvimento cognitivo na fase adulta e na velhice são proporcionalmente menos frequentes que aqueles direcionados ao desenvolvimento infantil. Sendo assim, este trabalho pretende contribuir com dados acerca da relação entre processo do envelhecimento e desempenho cognitivo.

MÉTODO

Realizou-se estudo epidemiológico, descritivo, transversal, do qual participaram 65 in-

divíduos com idades a partir de 60 anos. Todos os idosos entrevistados eram brasileiros, residentes na região metropolitana de Recife (estado de Pernambuco). Esses sujeitos foram inicialmente entrevistados com base em questionário semi-estruturado para a caracterização da amostra em termos de dados sociodemográficos, ao que se seguiram a aplicação de escala de avaliação da satisfação global com a vida e o Miniexame do Estado Mental (MEEM), abaixo detalhados.

A amostra foi constituída por idosos alunos da Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), que foram convidados a participar da pesquisa. A UnATI foi criada em 1996, vinculada ao Programa do Idoso (PROIDOSO) da Pró-reitoria de Extensão da UFPE, e tem como finalidade a promoção de ações para melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, mediante atualização de seus conhecimentos e interação na sociedade contemporânea. A amostra foi calculada em 10% do universo existente: 650 alunos matriculados no primeiro semestre de 2005, em 29 cursos, no período da manhã e tarde, em diversas áreas, como por exemplo, Ioga, Línguas Estrangeiras (Espanhol, Italiano e Inglês), Educação e Saúde, Nutrição e Envelhecimento, dentre outros. Assim, a amostra foi constituída por 65 sujeitos, de ambos os sexos. Os participantes foram obtidos através de um sorteio aleatório realizado a partir da listagem de matrícula.

As pessoas convidadas a participar da pesquisa foram devidamente esclarecidas quanto às finalidades da mesma, e solicitadas a regis-

trar sua livre aceitação de participação por escrito, em documento específico para tal fim (termo de consentimento livre e esclarecido), em conformidade com a Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a investigação científica com seres humanos. Ainda em conformidade com a resolução acima, o projeto referente a esta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE), protocolo de pesquisa n° 054/2005.

Os instrumentos utilizados para a realização do estudo foram os seguintes: a) um questionário semi-estruturado para caracterização da amostra, no qual foram solicitados dados de identificação pessoal, acrescido de b) uma escala de avaliação da Satisfação Global com a Vida (Neri⁸ 2001a apud Miranda⁷ 2005); c) o Min-Exame do Estado Mental (MEEM), usado para avaliar o desempenho cognitivo dos participantes (Antunes² et al., 2005).

O questionário foi desenvolvido pela própria pesquisadora, com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) do IBGE⁵ e perguntas pertinentes ao objetivo do estudo. A escala de Satisfação Global com a Vida é uma versão adaptada de Cantrill (1969 apud Miranda⁷, 2005), por Neri⁸ (2001a apud Miranda⁷, 2005), que tem por objetivo uma auto-avaliação de estados subjetivos dos sujeitos.

O Miniexame do Estado Mental (MEEM) foi escolhido a partir de estudos realizados por Bertollucci⁴ et al. (1994) e Almeida¹ (1998).

RESULTADOS

Os dados coletados foram inicialmente categorizados, de forma a permitir tratamento estatístico descritivo e inferencial-estatístico, em termos de características de perfil sociocultural e resultados do MEEM, bem como efeitos

isolados e combinados de determinadas variáveis sobre o desempenho obtido no MEEM. A partir do referido tratamento, foram obtidos os resultados que são apresentados nas subseções seguintes. Dados acerca da caracterização sociodemográfica da amostra são resumidos pela tabela 1.

Tabela 1 - Frequência e percentual de ocorrência relativa aos dados sociodemográficos da amostra (n=65). Recife 2005

Dados Sociodemográficos		Frequência	Percentual
Idade em anos categorizada	60 a 64	12	18,5
	65 a 69	24	36,9
	70 a 74	23	35,4
	75 ou mais	6	9,2
Gênero	Feminino	62	95,4
	Masculino	3	4,6
Estado Civil	Solteiro	8	12,3
	Casado	24	36,9
	Viúvo	24	36,9
	Descasado	9	13,8
Nível Sócio-econômico em número de salários mínimos	Não renda	3	4,6
	1 a 4	45	69,2
	5 a 8	9	13,8
	9 a 12	4	6,2
	13 a 16	1	1,5
Cor ou raça	17 a 20	3	4,6
	Branca	35	53,8
	Parda	24	36,9
	Preta	5	7,7
Religião	Indígena	1	1,5
	Católica	53	81,5
	Espírita	6	9,2
	Evangélica	4	6,2
Escolaridade	Não tem	2	3,1
	Analfabeto	2	3,1
	Nível Fundamental	24	36,9
	Nível Médio	17	26,1
	Nível Superior e pós-graduado	22	33,8

No que se refere às causas específicas de morbidade, 83,1% dos idosos entrevistados mencionaram ter pelo menos uma doença ou condição crônica. Destes, 59,3% relataram ter hipertensão, seguida de problemas de coluna e artrose (ambos com 18,5%), osteoporose - 14,8%, colesterol - 13%, doença do coração - 11,1%, artrite - 9,3 % e diabetes - 3,7%. Outras doenças foram lembradas, mas suas frequências foram muito baixas, com um ou duas citações. Vale ressaltar que cada um dos participantes poderia indicar mais de uma doença ou condição crônica e que esse levantamento foi feito através de morbidade auto-referida, podendo o sujeito participante subestimar as prevalências de doenças ou condições crônicas, por problema de memória ou ausência de diagnóstico médico.

Há ainda um outro indicador da condição de saúde, que se refere ao fato de ter deixado de realizar atividades rotineiras por problema de saúde nas últimas duas semanas: 16,9% do total de participantes disseram ter passado por tal situação. Com relação à percepção acerca da própria saúde, os idosos entrevistados, em sua grande maioria, consideraram sua saúde como boa ou muito boa (93,8% de respostas). No entanto, 66,2% mencionaram alguma dificuldade de memória, sendo esta freqüente ou muito freqüente para 58,1% dos idosos com queixa e rara ou

muito rara para 41,9% deles. Além disso, 73,8% disseram praticar alguma atividade física. Destes, a atividade mais citada foi caminhada, com 44,6%, seguida de hidroginástica, com 23,1%, e ioga, com 13,8% (observe-se, para a interpretação destes percentuais, que cada participante poderia mencionar mais de uma atividade física).

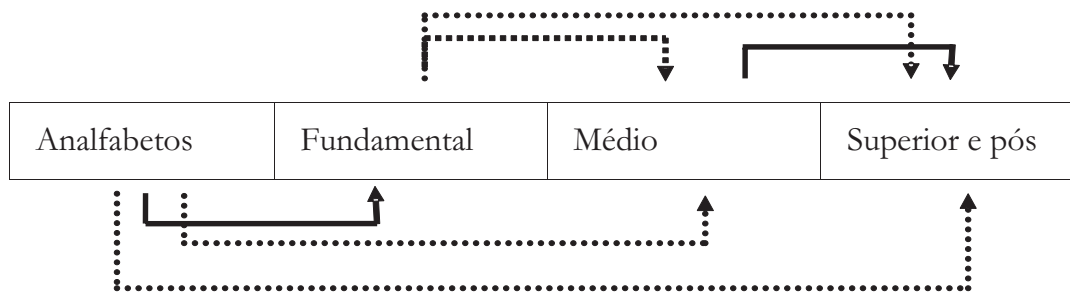
A análise descritiva do desempenho no MEEM dos participantes mostrou um escore mínimo de 22 pontos, um máximo de 30 e média de 26,9.

A análise de variância em que se verificou o efeito do nível de escolaridade e idade dos participantes sobre o desempenho no MEEM evidenciou efeito isolado significativo da escolaridade $F=8,703$, $p<0,000$, 64g.l., mas nenhum efeito significativo isolado da idade $F=0,442$, $p=0,724$, 64g.l. sobre os escores do MEEM. A análise *post-hoc* para verificação de contrastes (*Tukey HSD Test*) revelou diferenças significativas de escores MEEM entre analfabetos e sujeitos de nível médio e sujeitos de nível superior e pós-graduados, bem como diferença significativa entre os sujeitos com nível de escolaridade fundamental e sujeitos de nível médio e superior e pós-graduados, conforme resumido pela tabela 2 e pelo diagrama.

Tabela 2 - Significância de contrastes de desempenho no MEEM em função de diferenças de níveis de escolaridade

Escolaridade	Analfabetos	Fundamental	Médio	Superior e Pós
Analfabetos	-	-	-	-
Fundamental	-	-	-	-
Médio	0,004	0,038	-	-
Superior e Pós	0,001	0,003	-	-

Diagrama - Significância de contrastes de desempenho no MEEM em função de diferenças de níveis de escolaridade (setas pontilhadas = contraste estatisticamente significativo)



A média de escores do MEEM foi crescente, de acordo com o aumento da escolaridade. Ou seja, idosos analfabetos tiveram a

média no MEEM de 22,5 pontos; os do nível fundamental, 25,9; o nível médio, 27,4; e o nível superior e pós-graduados, 28,1 (tabela 3).

Tabela 3 - Escores no MEEM e níveis de escolaridade

Escolaridade	Média do MEEM	Escore Mínimo no MEEM	Escore Máximo no MEEM
Analfabetos	22,5	22	23
Nível Fundamental	25,9	22	29
Nível Médio	27,4	23	30
Nível Superior e pós-graduados	28,1	25	30

A análise da avaliação da satisfação global com a vida evidenciou que a maioria dos participantes (67,7%) atribuiu escores entre 8 e 10 a esta questão (avaliações próximas do extremo “Melhor vida”), seguida dos escores 5 a 7, com 30,8; e por fim, 1 a 4 (avaliações próximas do extremo “Pior vida”), com 1,5%.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O MEEM é um instrumento psicométrico usado mundialmente para avaliar estados demenciais em pessoas idosas, tanto normais como portadoras de quadros demenciais, como a doença de Alzheimer. O presente estudo teve como proposta usar o MEEM em idosos presumivelmente saudáveis, que estivessem vivendo em comunidade familiar e extrafamiliar. Os resultados encontrados confirmaram uma influência significativa da educação sobre os escores do MEEM – ou seja, quanto mais anos de estudo o sujeito tiver, maiores escores ele atinge quando submetido à avaliação através desse instrumento. Estudos de Bertolucci⁴ et al. (1994) e Almeida¹ (1998) corroboram este dado. No entanto, os mesmos autores referem efeito significativo da idade sobre o MEEM, o que não foi verificado no presente estudo.

O efeito da variável independente “escolaridade” sobre o desempenho no teste MEEM, encontrado neste e em outros trabalhos, se coaduna com a estrutura desse instrumento: o MEEM é uma escala composta por itens que avaliam orientação para tempo e local, registro de palavras, atenção e cálculo, lembrança de palavras, linguagem e capaci-

dade construtiva visual. Sendo assim, sobretudo o tópico de linguagem – para o qual se exigem leitura, escrita, atenção e cálculo, que requerem um desenvolvimento lógico-formal do indivíduo –, são itens difíceis de serem respondidos por pessoas de pouca ou nenhuma escolaridade.

Considerando a influência da educação sobre o MEEM, Bertolucci⁴ et al. (1994) propuseram que o ponto de corte para o diagnóstico genérico de “declínio cognitivo” em sujeitos brasileiros fosse de 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para escolaridade baixa/média e 26 pontos para alta escolaridade. Entretanto, segundo Almeida¹ (1998), o corte para diagnóstico de demência em pessoas idosas sem escolaridade avaliadas pelo MEEM deveria ser de 19/20 pontos e para as escolarizadas, 23/24 pontos. Em nosso estudo, observamos que os idosos entrevistados apresentaram escores acima dos propostos por Bertolucci e próximos aos sugeridos por Almeida. O grupo dos analfabetos entrevistados atingiu 22 pontos como menor escore; nos demais grupos de escolarização, o nível fundamental obteve 22 pontos; o médio, 23 pontos, e superior e pós-graduados, 25 pontos. Isso demonstra que os idosos participantes não se encontram em estados demenciais ou de declínio cognitivo, independentemente do nível de escolaridade, de acordo com os parâmetros do instrumento utilizado.

O perfil epidemiológico da amostra nos revela que, apesar dos critérios restritivos de composição da amostra, a grande maioria dos idosos entrevistados relatou ter pelo menos uma doença ou condição crônica, o que co-

incide com os dados de Lima-Costa⁶ (2004), ao nos indicar que 69% dos idosos brasileiros também fazem tal relato. Um grande percentual desses idosos tem a hipertensão como doença mais freqüente, o que também vai ao encontro das informações da mesma autora. Além disso, os idosos entrevistados demonstraram bastante satisfação com seu estado de saúde, pois em sua grande maioria consideraram sua saúde como boa ou muito boa. Ressaltamos que esta variável, segundo Lima-Costa⁶ (2004), em sua pesquisa, apresenta diferenças entre os idosos paulistas, com valor de 70%, e os cariocas, com 44%. Os dados aqui obtidos corroboram, os dados obtidos em São Paulo. Em relação ao indicador de saúde (não-realização de atividades rotineiras), observamos que o percentual de incidência desse indicador (16,9%) está próximo dos índices nacionais, de 14%.

No que se refere aos aspectos sociodemográficos, houve a esperada predominância percentual de presença de mulheres em relação aos homens na amostra aqui constituída. Além dos aspectos demográficos já aludidos, podemos pensar que os homens idosos estejam mais reclusos em suas casas, socialmente isolados, com menor disponibilidade para engajamento em projetos voltados para terceira idade, como aqueles promovidos pela UnATI, por exemplo, e/ou disponíveis para participação em pesquisas acadêmicas.

Verificamos que os idosos participantes deste estudo se encontram inseridos nos dados epidemiológicos nacionais. Em relação aos dados do MEEM, os idosos apresentam-se saudáveis, não-enquadráveis em estados

demenciais. Apesar de ainda persistirem atitudes de desvalorização social em relação a esse segmento etário, os dados sugerem que os idosos pesquisados estão incluídos numa situação de “*velhice bem-sucedida*”, nos moldes propostos por Neri⁸ (2004), que descreve o idoso dessa categoria como sendo uma pessoa que mantém a autonomia, independência e envolvimento ativo com a vida, sendo funcionalmente capaz e produtivo. Nesse sentido, os dados aqui coletados confirmam a idéia segundo a qual o processo de envelhecimento não pode ser assimilado necessariamente ao adoecimento e à degeneração patológica. O envelhecimento não inviabiliza o funcionamento sócio-psicocultural do indivíduo, apenas o força a mudanças e adaptações, como de resto em qualquer outra passagem de etapas no percurso da vida.

Estudos adicionais poderiam abordar outros aspectos relevantes do envelhecimento, como por exemplo, o desenvolvimento da sabedoria (“*wisdom*”), na linha proposta por Paul Baltes³ e colaboradores. Em psicologia cognitiva, tais estudos poderiam evoluir na direção de fornecer subsídios de resposta à seguinte pergunta: “*Será que ao envelhecer o ser humano passa a funcionar cognitivamente de outro modo, a fim de compensar déficits somáticos e assim permanecer socialmente adaptado?*”.

Outro aspecto relevante a se considerar em futuros estudos diz respeito à ultrapassagem de indicações baseadas apenas em escores, que deveriam ser complementadas por avaliações clínico-qualitativas voltadas para a abordagem de estados afetivo-emocionais ligados à esfera do autoconceito, auto-estima e representa-

ção social da velhice e do envelhecimento. Tal aspecto é crucial para a compreensão de um processo complexo, o envelhecimento, que, além de inegáveis bases orgânicas, se insere num contexto psico-sócio-histórico-cultural que não pode ser ignorado.

NOTAS

- ^a Mestra em Psicologia Cognitiva pela Universidade Federal de Pernambuco
- ^b Doutor em Psicologia pela Université de Paris. Professor e pesquisador do departamento de psicologia da Universidade Federal de Pernambuco
- ^c Doutora em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade de Pernambuco - Professora Adjunto II e coordenadora do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) da Universidade Federal de Pernambuco.
- ^d Doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora adjunta da Universidade Federal de Pernambuco.

REFERÊNCIAS

1. Almeida O. Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 1998; 56: 605-12.
2. Antunes HKM, Santos RF, Mello MT. Avaliação cognitiva. In: Matsudo SMM. *Avaliação do Idoso: física e funcional*. Londrina: Midiograf; 2005.
3. Baltes PB. Envelhecimento cognitivo: potencialidades e limites. *Gerontologia*. 1994; 2(1): 23-44.
4. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 1994; 52: 1-7.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). Rio de Janeiro; 2004.
6. Lima-Costa MF. Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI; 2004.
7. Miranda ML. Avaliação Psico-social. In: Matsudo SMM. *Avaliação do idoso: física e funcional*. Londrina: Midiograf; 2005.
8. Neri AL. Apresentação. In: Neri AL, Yassuda MS, organizadores. *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papirus; 2004.
9. Veras R. A novidade da agenda social contemporânea: a inclusão do cidadão de mais idade. *A terceira idade* 2003; 14: 6-29.

Recebido para publicação em 19/05/2006
 Aceito em 28/11/2006

Nutrição e envelhecimento: algumas reflexões sobre a integração entre ensino, pesquisa e extensão no Projeto Nutrição e Terceira Idade

Nutrition and aging: some reflections on the integration among teaching, research and extension in the Project Nutrition and the Elderly

Shirley Donizete Prado*
Maria Fátima Garcia de Menezes*
Débora Martins dos Santos*
Elda Lima Tavares*
Luciana Maria Cerqueira de Castro*

Resumo

Buscamos discutir a articulação entre pesquisa e extensão no âmbito do Projeto de Extensão Nutrição e Terceira Idade desenvolvido pelo Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro no qual implementamos um conjunto de atividades individuais e coletivas organizadas em quatro eixos principais: (a) assistência nutricional individual e personalizada; (b) avaliação nutricional individual: análise antropométrica e dietética; (c) pesquisa sobre comportamento alimentar: cultura, envelhecimento e saúde; (d) práticas educativas: desenvolvimento de metodologias. Para tanto, tomamos o pensamento de Nogueira sobre a *extensão* como uma relação de mão dupla entre Universidade e Sociedade que possibilita a oportunidade da elaboração da práxis de um conhecimento acadêmico; os conceitos de *ciência* e de *técnica* em Canguilhem a partir de suas discussões sobre a Medicina e o campo da saúde; e os referenciais teóricos de Foucault relativos a *saberes* em seus debates acerca do campo das Ciências Humanas. Identificamos algumas limitações importantes a exigirem de nós novas posturas. Principalmente, a necessidade de escrever, de registrar o que fazemos. Estamos gerando novos *conhecimentos* e *saberes*, novas *técnicas* que estão ainda encerradas em nossos muros. Múltiplos fatores podem ser elencados na identificação da determinação desses limites. Certamente, ações individuais e institucionais precisam ser implementadas para a superação desses limitantes que, acreditamos, sejam característicos, em algum grau, das atividades extensionistas na UERJ e talvez no Brasil.

Palavras-chave:

programas de nutrição; envelhecimento; ensino; pesquisa aplicada; assistência ambulatorial

Correspondência / *Correspondence*

Shirley Donizete Prado

* Departamento de Nutrição Social do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rua São Francisco Xavier, 524, 12º andar, Bloco D, sala 12.02820559-900 Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Abstract

We try to discuss the articulation between research and extension within the extension project “Nutrition and the Elderly”, carried out by the Nutrition Institute at Rio de Janeiro State University (UERJ), which develops several individual and collective activities organized in four main branches: (a) individual and personalized nutritional aid; (b) individual nutritional evaluation; (c) research about feeding behavior: culture, aging and health; (d) educational practices: development of methodologies. For this purpose, we take Nogueira’s¹¹ ideas on extension as a two-way relation between university and society which allows the elaboration of a praxis on academic knowledge; Canguilhem’s concepts on science and technique, based on his discussions on Medicine and the Health area; and Foucault’s theoretical references concerning knowledge and his debates on the Human Sciences. We identified some important limitations that require new viewpoints, mainly the need for taking note, recording all we do. We create new knowledge, new techniques that are still unveiled. Many factors determine these limits. Individual and institutional actions must be implemented to overcome these limits that, in our opinion, characterize to some degree extension activities at UERJ and maybe in Brazil.

Key words: nutrition programmes; aging; teaching; applied research; ambulatory care

Integração entre ensino, pesquisa e extensão: referenciais teóricos.

O papel da Universidade relaciona-se, tradicionalmente, à produção, reprodução e transmissão de conhecimento. Mais recentemente, as atividades de extensão vêm ganhando espaços expressivos no cenário universitário como mais uma oportunidade de ensinar e de aprender. A Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), é uma das mais fortes expressões nacionais na implementação de atividades extensionistas; no ano de 2006, há na Sub-Reitoria de Extensão e Cultura 138 projetos cadastrados, somente na área estratégica da Saúde²¹.

Desse sub-conjunto faz parte o Projeto Nutrição e Terceira Idade (PNTI). Criado em 1993, corresponde a parceria entre o Depar-

tamento de Nutrição Social do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e a Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), que é um Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde estruturado como núcleo de formação de recursos humanos, estudos, debates, centro de convivência e de assistência à população idosa na UERJ.

No Projeto Nutrição e Terceira Idade, desde sua criação, são desenvolvidas diferentes atividades com indivíduos com 60 anos e mais. Os usuários apresentam perfil sócio-demográfico semelhante ao da população idosa do Município do Rio de Janeiro⁶. Em sua maioria são mulheres, aposentadas e/ou pensionistas, viúvas, solteiras e descasadas. A escolaridade é superior a média nacional, com grande parte apresentando segundo grau completo¹⁷.

A trajetória do PNTI traz as marcas de parceiros que foram conquistados e que, em muito enriqueceram o trabalho: alunos do Curso de Graduação em Nutrição, bolsistas, estagiários, voluntários, residentes de diversas áreas, profissionais e docentes oriundos de várias unidades acadêmicas e de outras instituições e idosos participantes das atividades.

No PNTI são realizadas ações de ensino para alunos de graduação em Nutrição: um espaço importante na qualificação de futuros profissionais através de aulas práticas de diferentes disciplinas e campo de estágio da área de Nutrição em Saúde Coletiva. No espaço da pesquisa, o Projeto vem possibilitando a realização de diferentes estudos e gerando conhecimentos e saberes específicos acerca da população idosa que participa das atividades aí oferecidas. No que se refere à extensão, são oferecidos serviços e assistência em nutrição – consultas individuais e personalizadas, cursos, grupos de reflexão e promoção de eventos. O presente trabalho tem por objetivo discutir algumas questões pertinentes à articulação das ações de extensão e pesquisa no âmbito do Projeto de Nutrição e Terceira Idade, buscando identificar limites e possibilidades. Para tanto, são considerados alguns balizamentos conceituais apresentados a seguir.

Historicamente, a extensão tem início a partir de duas vertentes bem diferenciadas. O modelo europeu que entendia a extensão como um espaço através do qual seriam disseminados conhecimentos técnicos à população carente; uma forma que a universidade teria para se redimir do seu distanciamento de um determinado grupo que não teria acesse

so a ela; na Universidade Livre de São Paulo, essa linha de atuação é caracterizada pela realização de conferências semanais gratuitas dirigidas a população. O modelo americano coloca na extensão a perspectiva de prestação de serviços, de certa forma reduzindo o papel do Estado para com suas próprias obrigações. Em Minas Gerais, a partir dessa referência, tem início a extensão por meio de prestação de assessoria a pequenos agricultores. Como afirma Castro³: “*O que se nota é que, além do caráter opcional, a extensão aparece como a maneira de aproximar a Universidade da população, principalmente de forma assistencial, esvaziada de qualquer significado emancipatório, mas como uma forma de realização das políticas de governo.*” (p. 25)

A extensão inserida na estrutura universitária vem buscando, ao longo de sua trajetória, romper com diferentes rótulos que a ela se associavam (ou que permanecem até os dias de hoje), como: invasão cultural, assistencialismo, messianismo, prestação de serviços. A partir de eventos e processos marcantes como a criação do Fórum Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas, entre outros, novos rumos foram dados à extensão a partir da década de 1980. Reconhece-se como imprescindível o contato de setores da universidade com os serviços de saúde, de educação, de assistência social, entre outros, como caminhos para a construção de uma maior articulação entre a academia e a vida cotidiana¹⁶. Não se trata de mera divulgação de informações ao público, mas como definição no referido Fórum¹¹, de um “...*processo educativo, cultural e científico que articula o ensino e a pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre Universida-*

de e a sociedade. A extensão é uma via de mão dupla, com trânsito assegurado à comunidade acadêmica, que encontrará, na sociedade, a oportunidade da elaboração da práxis de um conhecimento acadêmico. No retorno à Universidade, docentes e discentes trarão um aprendizado que, submetido à reflexão teórica, será acrescido àquele conhecimento. Este fluxo, que estabelece a troca de saberes sistematizados-acadêmico e popular, terá como consequência: a produção de conhecimento resultante do confronto com a realidade brasileira e regional; e a democratização do conhecimento e a participação efetiva da comunidade na atuação da Universidade. Além de instrumentalizadora desse processo dialético de teoria/prática, a extensão é um trabalho interdisciplinar que favorece a ação integrada do social...” (p.11).

Assim, a extensão pressupõe a relação entre Universidade e Sociedade, que os pode irmanar em uma ação solidária, entre sujeitos ativos, autônomos e responsáveis; sujeitos de conhecimento, que refletem, modificam seus conhecimentos e buscam caminhos para a construção/reconstrução do mundo¹.

Em comparação com a extensão, a ciência ocupa, há muito, um lugar privilegiado no mundo moderno, especialmente, nos meios acadêmicos; seu desenvolvimento, em particular no que se refere aos aspectos tecnológicos, colocam-na em posição de destaque por conta do estatuto de verdade que confere às conclusões sobre os mais diversos fenômenos que aborda¹⁹.

A identificação daquilo que se constitui ciência encontra fundamentos na Epistemologia de Bachelard através de suas análises acerca da cientificidade nos procedimentos de pesquisa no campo das “ciências da natureza ou

da matéria”: a Física e a Química⁷. Partindo dessas mesmas referências Canguilhem² volta-se para as “ciências da vida” – Biologia e Fisiologia – distinguindo-as da Medicina, clínica e terapêutica, construída a partir do sofrimento, da doença de um ser, de obstáculos patológicos, entendendo-a como situada em um outro campo que não o da ciência, mas o das técnicas de alívio do sofrimento, da cura, um campo de subjetividades, de valores, de construção incessante de novas normalidades. Operando um certo deslocamento em relação à Epistemologia, encontramos em Michel Foucault⁴ a Arqueologia do Saber, cujas análises estão centradas na questão do homem, na constituição histórica das “ciências do homem” na modernidade: uma nova região ao lado dos campos “da natureza” e “da vida”; trata-se de uma nova abordagem analítica que guarda em comum com a Epistemologia a exigência de realizar uma análise conceitual profunda e que tem a Filosofia e a História como elementos chave para seu desenvolvimento, mas que se distingue pelo abandono à questão da cientificidade, cerne do projeto epistemológico. As palavras sintéticas de Machado⁷ são esclarecedoras em relação a essas distinções: “*Parece-nos mesmo que a riqueza do método arqueológico é ser um instrumento capaz de refletir sobre as ciências do homem enquanto saberes – investigando suas condições de existência através da análise do que dizem, como dizem e porque dizem – neutralizando a questão da cientificidade e escapando assim ao desafio impossível da recorrência, sem, no entanto, abandonar a exigência de realizar uma análise conceitual capaz de estabelecer descontinuidades, não certamente epistemológicas, mas arqueológicas, isto é, situadas ao nível dos saberes.*” (p. 11).

Essencialmente, o trabalho de Foucault⁴ implica um deslocamento metodológico da Epistemologia para a Arqueologia que coloca, em lugar do *conhecimento*, um novo objeto: o *saber*. Enquanto que as análises epistemológicas não são aplicáveis para *formações discursivas* não científicas, a Arqueologia é tomada para dar conta de disciplinas (formações discursivas) não propriamente científicas, o que se dá por meio da análise da *positividade* do que foi efetivamente dito. Enquanto que a positividade na epistemologia mantém correspondência com a cientificidade, na arqueologia ela é capaz de caracterizar e individualizar um discurso como saber, como portador de verdade.

Partindo dos referenciais epistemológicos, podemos pensar na extensão como um investimento situado num espaço que pode articular campos científicos e técnicas de intervenção – como em Canguilhem², a Biologia e a Fisiologia aproximam-se da Medicina; a Fisiologia da Nutrição aproxima-se dos nutricionistas em seus consultórios diante de patologias mais próprias de pacientes idosos; a Epidemiologia fundamentando a definição de políticas e programas de atenção à saúde e nutrição de populações idosas. Ou, se são tomadas premissas de natureza arqueológicas, torna-se possível visualizar a extensão como iniciativas que podem relacionar a produção de saberes e as técnicas de intervenção – a Sociologia, a Antropologia em suas relações com as práticas educativas em alimentação e nutrição no processo de envelhecimento.

No que se refere ao ensino, a pesquisa e a extensão aparecem como elementos valorizados

nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição emanadas pelo Ministério da Educação¹⁰. Consta de seus princípios *“Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão”*

A pesquisa insere-se nas diretrizes curriculares, como uma prerrogativa fundamental para a formação profissional que possibilita o desenvolvimento, na graduação, de um olhar científico, curioso, indagador e criativo⁵. Segundo Maldonado⁸ *“...a participação em atividades de pesquisa estimula a criatividade e curiosidade e incrementa a atitude crítica dos alunos, que desenvolvem uma nova postura em relação ao saber e se tornam mais motivados para aprender.”*(p.155).

O mesmo pode ser dito em relação à extensão. Essas referências conceituais vêm orientando as atividades no PNTI no sentido da proposição e implementação de um conjunto de ações que possibilitam um certo trânsito entre distintas atividades que correspondem, ao menos em parte, em concretizações de articulação entre ensino, pesquisa e extensão. Algumas reflexões sobre limites e possibilidades dessas iniciativas encontram-se apresentadas a seguir.

Integração entre ensino, pesquisa e extensão no âmbito do Projeto Nutrição e Terceira Idade: limites e possibilidades

O envelhecimento da população brasileira trouxe para a Universidade desafios no sentido de buscar respostas para questões relati-

vas à identificação de necessidades, à compreensão dos processos de saúde-doença, ao cuidado individual e à intervenção em face de demandas específicas, entre outras. Como afirma Veras²³, é necessário “...*mudar conceitos já enraizados e utilizar novas tecnologias, com inovação e sabedoria, a fim de alcançar de forma justa e democrática a equidade na distribuição dos serviços e facilidades para o grupo populacional que mais cresce em nosso país.*” (p.700)

Nesse cenário, as atividades do Projeto Nutrição e Terceira Idade tiveram início buscando a construção de articulações entre ensino, pesquisa e extensão. Essas proposições foram, aos poucos, se transformando, buscando uma postura cada vez mais reflexiva diante da realidade dinâmica, complexa, com múltiplos determinantes, que colocava sempre a necessidade de maior refinamento de instrumental para conhecer, compreender e agir. As dúvidas, incertezas, erros, acertos, impuseram reflexões, transformando conhecimentos, saberes e práticas. Melo *et al*⁹ nos dizem que “...*a idéia chave é a de que a inserção na realidade, a interação entre todos os atores envolvidos e o enfrentamento responsável dos problemas detectados proporcionam uma prática coletiva onde o agir, o aprender e o pesquisar se somam, se complementam, se potencializam, produzindo dessa forma um fecundo processo de formação e transformação de sujeitos, de saberes e de realidades sociais objetivas.*” (p.1)

Por esses caminhos, foi definido o conjunto de ações implementados nos dias atuais e que pode ser apresentado por meio de quatro eixos principais: (a) assistência nutricional individual e personalizada; (b) estudos sobre avaliação nutricional individual: análise

antropométrica e dietética; (c) estudos sobre comportamento alimentar: cultura, envelhecimento e saúde; (d) práticas educativas: desenvolvimento de metodologias.

No plano da *assistência nutricional individual e personalizada*, a promoção da saúde de idosos é a marca fundamental do Projeto. No interior do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI, recebemos usuários com vistas a proceder avaliação nutricional individual e orientação dietética personalizada de caráter preventivo em face dos diagnósticos estabelecidos. Essa atividade é coordenada pelo corpo docente e da qual participam alunos do Curso de Graduação em Nutrição (bolsistas de extensão, estagiários e voluntários). É o espaço que mais se aproxima das técnicas de diagnóstico clínico, da arte da cura e do alívio das dores e desconfortos, se olharmos como Canguilhem² vê a Medicina. Potencialmente, este corresponde ao *locus* de geração de publicações sobre modelos de atenção nutricional especificamente voltado para idosos.

Para além da assistência articulada à formação profissional, é a partir daí que são realizados estudos no âmbito da *avaliação nutricional individual: análises antropométrica e dietética* da população atendida; esses estudos acontecem dentro de uma perspectiva mais ampla na qual também são analisadas múltiplas dimensões da vida do idoso em conjunto com outros profissionais que correspondem aos parceiros institucionais. No momento do atendimento nutricional individual são levantados dados qualitativos e quantitativos sobre a situação nutricional e alimentar dos idosos. Esses dados que servem tanto para a condução da

orientação nutricional individualizada como para a produção de conhecimento sobre perfil dietético e antropométrico da população atendida incluindo associação entre dieta, condições de saúde e de vida. Aqui é desenvolvida a produção de conhecimento tal como a encontramos em Canguilhem² ao tratar da Fisiologia e da Biologia: o lugar da cientificidade partilhada com alunos de Graduação, cujos resultados contribuem para o embasamento da construção das práticas ambulatoriais.

Um outro eixo de estudos volta-se para o *comportamento alimentar: cultura, envelhecimento e saúde*. Conduzido por docentes com a presença de graduandos em Nutrição, materializa-se através de entrevistas semi-estruturadas e das Oficinas de Produção de Textos, nas quais idosos com interesse pela ficção, pelas narrativas ou outras formas de expressão escrita, revelam suas experiências e visões sobre a alimentação. É o espaço dos *saberes*, das reflexões acerca dos significados do alimento, do cotidiano de vida, da memória, da cultura em suas relações com o envelhecimento e com a saúde. É o campo que, a partir de Foucault⁴, é tomado para discussão das positivities dessas formações discursivas. Iniciativas que também têm trazido retorno para as práticas ambulatoriais e educativas em nutrição no interior do PNTI.

Assim, o enfoque das pesquisas dirige-se às condições de vida dos idosos, ao estado nutricional e ao consumo alimentar articulados à compreensão das práticas alimentares, da caracterização de atitudes, percepções, representações sobre alimentação, nutrição, saúde e doença no contexto das intensas trans-

formações que vêm ocorrendo nos últimos séculos no campo da cultura alimentar.

Finalmente, o eixo da realização de *práticas educativas e desenvolvimento de metodologias* apropriadas ao trabalho com o público idoso que se apóia na perspectiva crítica da educação em saúde^{20,22}. A partir desses referenciais, são privilegiados o respeito aos diferentes saberes e experiências, o diálogo, a interdisciplinaridade e a autonomia, considerando as possibilidades e limitações das condições de vida de cada um; é dada especial atenção às necessidades específicas do idoso, valorizando sua capacidade de aprender e criar e considerando as possíveis dificuldades inerentes ao processo de envelhecimento (limitações da capacidade auditiva, visual, de memória, concentração, entre outras); e são enfatizados os princípios do Sistema Único de Saúde, visando atender a toda a clientela sem discriminação (universalidade), respeitando as singularidades (equidade) em ações necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde (integralidade). As atividades desenvolvidas sob o enfoque individual acontecem através da orientação nutricional personalizada. O olhar coletivo inclui os Grupos de Sala de Espera e o Grupo Roda da Saúde, atividades do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI para discussão de temas relacionadas à saúde e envelhecimento; também é oferecido o Curso Nutrição e Terceira Idade, onde se procura não apenas transmitir informações, mas construir um espaço de reflexão e troca de conhecimentos e experiências cotidianas entre os profissionais, estudantes e os idosos, o que potencializa o pensar sobre a atenção ao idoso.

Todo esse conjunto opera como um laboratório dinâmico no qual são experimentados diferentes procedimentos em consulta ambulatorial; temas e estratégias são discutidos; são produzidos materiais didáticos que possibilitam reflexões sobre as ações educativas, reconstruindo novas práticas voltadas tanto para os idosos quanto para os alunos que estão permanentemente presentes. Cabe registrar a necessidade da apresentação para a comunidade científica, para os serviços e para a sociedade dos modelos de práticas educativas aí implementados.

Após todos esses anos de atuação junto aos serviços de saúde e ao centro de convivência que compõem a UnATI, foram produzidos textos relativos a informação nutricional para idosos^{14,15}, ao desenvolvimento de ações educativas na UnATI¹² e a reflexões sobre alimentação, saúde e cultura na velhice^{13,18}. A perspectiva de articulação entre ensino, pesquisa e extensão tem colocado a necessidade de avaliação da produtividade da equipe do PNTI em matéria de publicações relativas geração de *conhecimentos* e de *saberes* e de desenvolvimento de *técnicas* de atuação em serviços. Essa produção é considerada, por nós, ainda incipiente. Identificamos que o intenso envolvimento com as ações extensionistas e com as complexas ações interdisciplinares ocupam a maior parte do nosso tempo, em detrimento de investimentos em publicações. Estes aspectos apresentaram-se como um desafio: como gerenciar a organização/desenvolvimento das atividades de forma a contemplar, com qualidade, a prática extensionista, a pesquisa e a geração de publicações?

Talvez seja necessária maior qualificação da equipe no campo da ciência para que esse diálogo tão desejado entre extensão e pesquisa possa se materializar através de publicações academicamente relevantes. Talvez seja necessário valorizar adequadamente a produção de conhecimentos e saberes provenientes da extensão, que trazem em seu bojo a riqueza das experiências acumuladas. Talvez seja preciso reorientar as prioridades buscando racionalizar o tempo disponível, suprimindo algumas atividades para incluir a publicação de trabalhos científicos. Talvez a estrutura de distribuição de cargas horárias docentes na UERJ possa acontecer de modo a considerar com mais profundidade avaliações de mérito dos projetos implementados e de seus potenciais possibilitando a incorporação de novos docentes em seus quadros. Talvez a constituição de políticas institucionais que valorizem, em algum grau, a realização de atividades articuladas de extensão, ensino e pesquisa com retornos concretos para os projetos e docentes envolvidos na consecução de propostas que se enquadrem no escopo dessas políticas. Talvez um pouco de cada uma dessas possibilidades.

O fato é que são identificadas algumas limitações importantes que exigem de nós novas posturas. Principalmente, a necessidade de escrever, de registrar o que é feito. Estão sendo gerados novos *conhecimentos* e *saberes*, novas *técnicas*, ainda encerradas nos muros da Universidade. Múltiplos fatores podem ser elencados na identificação da determinação desses limites. Certamente, ações individuais e institucionais precisam ser implementadas para a superação desses limitantes que, acreditamos,

sejam característicos, em algum grau, das atividades extensionistas na UERJ e no Brasil.

Referências

1. Andrade LB, Silva EP. A reforma da universidade começa pela extensão. *Interagir: pensando a extensão*. 2003; 4:25-38.
2. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1982.
3. Castro LMC. A universidade, a extensão universitária e a produção de conhecimentos emancipadores: ainda existem utopias realistas [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2004.
4. Foucault M. As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes; 1990.
5. Goldenberg M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record; 1997.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 1991: resultados do universo: microdados. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. 21 CD-ROM; IBGE, Censo Demográfico 2000. tabela 13 Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br>
7. Machado R. Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Foucault. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1988.
8. Maldonado LA, Paiva EV. A iniciação científica na graduação em Nutrição: possibilidades e contribuições para a formação profissional. In: Calazans J, organizador. *Iniciação Científica: construindo o pensamento crítico*. São Paulo: Cortez; 1999. p. 141-62.
9. Melo EM, et al. Promoção da saúde do adolescente: experiência de extensão, ensino e pesquisa do projeto morada nova. In: *Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária*; Belo Horizonte, Brasil; 2004.
10. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. *Diário Oficial da União* de Mar. 10, 2001, Seção 1E, p. 131.
11. Nogueira ML. Extensão Universitária: diretrizes conceituais e políticas. Fórum PROEX/UFMG; Belo Horizonte, Brasil; 2000.
12. Pacheco LC, Menezes MFG. In: Assis M. *Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos*. Rio de Janeiro: CRDE/UnATI/ UERJ; 2002. p. 42-56. Disponível em: URL: <http://www.unati.uerj.br>
13. Prado SD, et al. Alimentação, saúde e cultura: algumas reflexões sobre uma experiência com narrativas de idosos. *Textos Envelhecimento* 2005; 8(3):361-79.
14. Prado SD, Tavares ED, Veggi AB. Nutrição e saúde no processo de envelhecimento. In: Veras RP. *Terceira idade: desafios para o próximo milênio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1999.
15. Prado SD, Tavares EL. Alimentação saudável na terceira idade. In: Assuero LS, Caldas CP. *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro. Interciência; 2004.
16. Rocha RMG. Produção do conhecimento e metodologia da extensão. In: *Anais do I Congresso Brasileiro de Extensão Universitária*; João Pessoa, Brasil; 2002.
17. Sant'Anna MJG. UnATI, a velhice que se aprende na escola: um perfil de seus usuários. In: Veras RP. *Terceira idade: desafios para o próximo milênio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1999.

18. Santos DM, Menezes MFG. Representações da alimentação saudável em idosos: UERJ sem muros - 1999 a 2001. In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; Rio de Janeiro, Brasil; 2003.
19. Stengers I. Da racionalidade científica (capturas, eventos, interesses). In. Quem tem medo da ciência: ciências e poderes. São Paulo: Siciliano;1990. p. 77-109.
20. Stotz EN. Enfoques sobre educação e saúde. In. Valla VV, Stotz EN. Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993.
21. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Sub-reitoria de Extensão e Cultura. Projetos, Programas e Produtos de Extensão. Disponível em: URL: <http://www.sr3.uerj.br/depext>.
22. Vasconcelos EM. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular em saúde. São Paulo: HUCITEC; 2001.
23. Veras RP. Saúde e envelhecimento. Cad. Saúde Pública 2003; 19(3):700-1.

Envelhecimento e rejuvenescimento: um estudo de representação social

Aging and rejuvenescence: study of social representation

Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira^a
Ana Beatriz Bonini Franchin^b
Flávia Ayami Durso^b
Luciana Bosco Donati^b
Mariana Martinez Facin^b
Paola Terra Pedreschi^b

Resumo

O estudo baseou-se na teoria das representações sociais para analisar o conteúdo das representações sociais que três gerações diferentes de mulheres têm sobre assuntos relacionados com envelhecimento e rejuvenescimento. Setenta e duas mulheres participaram da pesquisa, sendo 34 universitárias de 25 a 35 anos, 18 de 40 a 50 anos e 20 acima de 60 anos. Utilizou-se como método de coleta e análise de dados a técnica de associação livre de palavras. Os termos indutores foram envelhecimento e rejuvenescimento. A análise dos vocábulos evocados seguiu os critérios de frequência e de ordem de evocação. Foram calculadas as médias de ambos os critérios para compor os quadrantes que formariam os conteúdos das hipóteses de núcleos centrais e periféricos de representação social. Os principais resultados mostraram que ao redor do envelhecimento ainda existem idéias antigas cristalizadas em imagens, como sabedoria e experiência. Já em relação ao rejuvenescimento, as mulheres participantes expressaram uma atitude favorável à prevenção do envelhecimento direcionada à melhora de condições de saúde, em detrimento dos cuidados estéticos, o que mostra que nos conteúdos centrais está presente uma dimensão funcional da representação social em termos de uma prática de cuidados preventivos. Conclui-se que, independentemente da faixa etária das participantes, elas construíram uma representação social do rejuvenescimento voltada para cuidados em saúde muito mais do que com a beleza estética.

Palavras-chave:
envelhecimento;
rejuvenescimento;
percepção social;
mulheres

Correspondência / *Correspondence*

Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira

E-mail: cris@teixeira.org

Abstract

This study is based on the theory of the social representations to analyze the content of the social representations that three different generations of women have on subjects related to aging and rejuvenescence. Seventy-two women participated on the research: 34 university students from 25 to 35 years old, 18 from 40 to 50 years old, and 20 above 60 years. The method for data collection and analysis was the technique of free association of words. The inductive terms were aging and rejuvenescence. The analysis of the evoked words followed the criteria of frequency and order of evocation. The averages were calculated in both criteria to create the quadrants that would form the contents of the hypothesis of central and peripheral cores of social representation. The main results had shown that around aging there are still crystallized old ideas in images as wisdom and experience. As to rejuvenescence, the women had expressed a favorable attitude to the prevention of aging directed to the improvement of conditions of health in detriment of the aesthetic cares, showing that in the core contents a functional dimension of the social representation in terms of preventive care practices is present. We concluded that, independently of the participants' age groups, they built a social representation of the rejuvenescence directed toward health care much more than the aesthetic beauty.

Key words: aging; rejuvenation; social perception; women

INTRODUÇÃO

Segundo dados do IBGE, no final da década de 90 o número de idosos (pessoas com mais de 60 anos) chegou a 14,5 milhões, representando 9,1% da população brasileira. Estima-se que daqui a 25 anos, aproximadamente, essa população de idosos será superior a 30 milhões (IBGE⁸, s/d). O número de indivíduos idosos vem aumentando devido à elevação da expectativa de vida e também à diminuição dos índices de fecundidade. De um lado aumenta a expectativa de vida e, de outro, nas sociedades em geral acontece um fenômeno social em que o idoso nem sempre é valorizado nos grupos e na família.

Como coloca Morin¹² (2000), nota-se uma cultura de massa que desagrega os valores

gerontocráticos, acentua a desvalorização da velhice, dá forma à promoção dos valores juvenis e assimila uma parte das experiências adolescentes. Cabe ressaltar que, em nível social, mídia, mercado de trabalho e sistemas de produção vendem a imagem de que é o jovem quem produz, trabalha e consome, sendo também voltados para esses jovens os denominados ideais de beleza. Inclusive, muitos indivíduos sentem que a manutenção de uma aparência jovem pode estar associada à vitalidade e produtividade.

Novas crenças e cultos ao corpo se tornam inevitáveis e novos panos de fundo podem determinar pesquisas muito relevantes em psicologia do envelhecimento. Uma das abordagens compreensivas do envelhecimento que tem

atingido ampla repercussão positiva dentro dos pesquisadores da área gerontológica são as teorias de curso de vida. Citam-se dentro dessa teoria alguns autores de destaque, como Neugarten e Hagestad¹⁶ (1976) e Baltes² (1987).

Segundo as teorias de curso de vida, o ser humano está em uma progressão contínua de desenvolvimento, desde o nascimento até a morte. Para poder explicar o conceito de envelhecimento, essas perspectivas utilizam a definição de curso de vida. Esses enfoques propõem a definição no seguinte sentido: diversas maneiras como a sociedade atribui significados sociais e pessoais à passagem do tempo biográfico, permitindo a construção social de personalidades e trajetórias de vida, com base em uma seqüência de transições demarcadas socialmente e diferenciadas pela idade.

Baltes² (1987), por exemplo, desenvolveu uma série de pressupostos que, conforme o autor, caracterizariam a teoria. Um deles aponta para uma compreensão de curso de vida como uma resultante dialética da influência de diversos sistemas. Um sistema relaciona-se com a gradação por idade, outro é o contexto histórico, e outros estão compostos pelos sistemas que são associados aos eventos não-normativos. Um evento não-normativo diz respeito àquele elemento de caráter biológico e ambiental não-universal que dependem da significação individual ou grupal que ele tenha para as pessoas.

Tendo em consideração o pressuposto da teoria de curso de vida proposta por Baltes² (1987), este estudo teve como objetivo geral identificar possíveis representações sociais so-

bre dois assuntos de extrema relevância na atualidade, o envelhecimento e o rejuvenescimento, partindo do pressuposto da estreita relação que ambos os conceitos têm ao discutir temas como velhice e juventude. Sobre tudo pelo fato de se tratar de assuntos não-normativos, seguindo a colocação de Baltes acima citada. A pesquisa teve como objetivo específico explorar a saliência de conteúdos centrais de representação social sobre o envelhecimento e rejuvenescimento que grupos de diferentes gerações de mulheres tinham.

As mulheres são os maiores alvos deste novo paradigma que promove a manutenção de uma aparência física jovem cada vez mais prolongada, e isto é trazido pelos meios de comunicação. Jorge¹¹ (1999, p. 17) aponta: “[...] Para a mulher a situação parece mais dolorosa, na medida em que a beleza física é o principal atributo de valor para ela no mundo contemporâneo [...]”. Acredita-se que seja por conta dessa exigência que a demanda de mulheres que buscam técnicas de embelezamento tenha aumentado nos últimos anos (Nociti et al.¹⁷, 2003; Barbosa et al.³, 2005). É comum que algumas pessoas confundam muitas dessas abordagens compreensivas sobre o processo de envelhecimento com a definição de rejuvenescimento.

Segundo Stuart-Hamilton²³ (2002), rejuvenescer é mascarar a velhice e o processo natural de envelhecimento. O rejuvenescimento é um tratamento para atenuar as alterações de envelhecimento. Para isto podem ser usados métodos cirúrgicos, clínicos, cosmetológicos e terapias alternativas naturais para diminuir o envelhecido e tentar obter aparência com ca-

racterísticas mais parecidas com a dos jovens. A partir de alguns estudos científicos, mostra-se que podem existir benefícios psicológicos com o uso desses métodos, a saber; melhora na autoconfiança, vida profissional e afetiva, e alívio na autopercepção daqueles desconfortos visuais do aspecto externo (Concio & Rolando⁴, 1977).

Esta pesquisa se baseou na teoria das representações sociais, formulada por Moscovici em *La psychanalyse, son image et son public* (Moscovici¹³, 1978), que partiu da tradição sociológica durkheimiana e desenvolveu uma psicossociologia do conhecimento. Esta pressupõe a representação social como um conjunto de conceitos, afirmações e explicações que podem ser considerados como “teorias” do senso comum, que compõem a intersecção entre o que é psicológico e o que é social, e têm por função construir conhecimentos e a comunicação entre os indivíduos. Assim, o objetivo deste trabalho foi analisar a organização e a saliência de conteúdos da representação social de assuntos ligados ao envelhecimento e ao rejuvenescimento em três grupos de mulheres de gerações diferentes.

Envelhecimento, rejuvenescimento e retardo do envelhecimento

“*Tudo é efêmero e descartável*” (Jorge¹¹, 1999, p. 14). “*É o homem e a mulher que não querem envelhecer, que querem ficar sempre jovens para sempre se amarem e sempre desfrutarem do presente*” (Morin¹², 2000, p. 152). Essas frases exemplificam o surgimento de um novo culto. Culto àquilo que pode ser renovado e se

conserva relativamente jovem, o que também está associado ao processo de desvalorização da velhice, visto que, além dos aspectos positivos que a velhice possa ter no sentido de se valorizar como símbolo de autoridade e conhecimento, ela também tem sido vista sob um prisma negativo de doença, inutilidade e conservadorismo (Santos & Belo²¹, 2000, p. 41).

Para a mulher, o processo de envelhecimento nas últimas décadas da vida pode ser sentido com maior afínco, na medida em que seus atributos físicos são fatores relevantes nas competições afetivas e profissionais. Esse envelhecimento pode trazer sentimentos de baixa autoestima e alguns desequilíbrios psicológicos, acarretando uma busca pelo rejuvenescimento. Os métodos de rejuvenescimento são usados para minimizar o impacto do envelhecimento físico em qualquer fase da vida adulta. Atualmente existem inúmeros tratamentos para melhorar os sinais da idade, como a tecnologia da LIP (luz intensa pulsada), que é usada para correção de uma variedade de condições benignas da pele, e a aplicação de Botox, que é um medicamento que relaxa a musculatura onde é aplicado, fazendo com que as marcas de expressão fiquem menos acentuadas.

A procura por alternativas que proporcionam uma aparência mais jovial é muito alta. Dados fornecidos por uma especialista em medicina e responsável pela Clínica Ligia Kogos de Dermatologia, na cidade de São Paulo, confirmam que, em média, são executados por semana 35 a 45 aplicações de Botox em regiões como testa, olhos e pescoço; 30 a 40 preenchimentos no sulco nasolabial, lábios e bochechas com polidimetil ou restylane e,

10 a 15 aplicações de laser no rosto, mãos, colo, pescoço para a eliminação de manchas e nas pernas para a eliminação de vasos.

A sociedade muitas vezes defende uma crença de que o que é velho também é feio. A juventude tem-se tornado uma espécie de mercadoria, que como qualquer outra pode ser comprada e vendida, e conseqüentemente vem sofrendo uma alteração no seu significado (Schabbel²², 2002). Ser jovem tornou-se sinônimo de ser belo, produtivo e eficaz, e talvez por isso a vontade de aparentar-se como tal está sendo assimilada por pessoas de todas as idades.

A medicina se dedica atualmente a não apenas a tratar as pessoas que se encontram enfermas, mas também a cuidar da aparência daquelas que gozam de boa saúde. Existem inúmeras técnicas que podem proporcionar ao indivíduo a possibilidade de sentir-se mais belo ou mais jovem. Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, são realizadas 385 mil cirurgias plásticas no país anualmente, sendo a metade de caráter estético. O Brasil é o segundo país que mais realiza cirurgias plásticas no mundo: a cada três minutos uma pessoa se submete a uma cirurgia plástica (COREN¹⁸, 2003).

A mídia propaga mensagens segundo as quais, para ser feliz, é necessário ser belo, jovem e ter um corpo perfeito, difundindo a idéia de juventude eterna. Alguns indivíduos, receptores dessa ideologia, parecem querer controlar o ciclo de vida inerente a todos os seres vivos, e a busca pelo rejuvenescimento é nos dias atuais uma preocupação comum em

muitas mulheres de diferentes gerações do Brasil. Em geral, as mulheres são consumidoras das técnicas e produtos amplamente divulgados pelos setores midiáticos. A comunicação social, nas relações entre indivíduos, aparece como condição de possibilidade e de determinação das representações e dos pensamentos sociais, como coloca Jodelet¹⁰ (2001).

Há três possibilidades de comunicação praticadas pelos órgãos da imprensa: a difusão, a propagação e a propaganda. “[...] *A difusão é caracterizada por uma indiferenciação entre a fonte e os receptores da comunicação [...]. Seu objetivo principal é, ao mesmo tempo, criar um saber comum e adaptar-se aos interesses de seu público. A relação de propagação é estabelecida pelos membros de um grupo que produz uma visão do mundo bem organizada, que dispõe de uma crença a propagar, esforçando-se para acomodar outros saberes a este quadro estabelecido [...]. A propaganda é uma forma de comunicação que se inscreve em relações sociais conflituosas [...]*” (Jodelet¹⁰ 2001, p. 191).

A mídia postula que o bem-estar emocional depende dos aspectos físicos, da beleza do corpo, e que a velhice e o passar do tempo, que anteriormente eram correspondentes a sabedoria e experiência, devem ser adiados a qualquer custo. É no corpo que se colocam muitas das expectativas do futuro.

A teoria da representação social

Ao propor a teoria das representações sociais, Serge Moscovici diferenciou-se da teoria das representações coletivas de Durkheim⁶ (1963), que são pensamentos acumulados e associados durante muito tempo, passados de

geração para geração, abrangem uma gama muito ampla e heterogênea de conhecimentos e não são facilmente modificados (Moscovici¹³, 1978). São entidades irreduzíveis e absolutas, assim como os mitos e os ditados populares. Já as representações sociais, segundo Moscovici¹³ (1978), são elaborações e explicações da linguagem e dos comportamentos contemporâneos de senso comum, localizando-se num ponto de intersecção do psicológico e do social. Desempenham papel importante na construção e preservação das identidades grupais e na integração dos indivíduos e grupos sociais. “*Por representação social nós queremos dizer um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no curso do cotidiano, no curso das comunicações interindividuais. Elas são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; elas podem até mesmo ser vistas como uma versão contemporânea de senso comum*” (Moscovici¹⁴, 1981, p. 181).

Durante as conversas do dia-a-dia e nas interações sociais formam-se as representações sociais. São fenômenos psicossociais histórica e culturalmente condicionados. Quando se trabalha com o conceito de representação, se está pressupondo que é uma forma de saber muito prático que liga um grupo de sujeitos a um ou vários objetos. Um objeto cuja natureza, afirma Sá²⁰ (1996), pode ser social, material ou ideal. O tema que é objeto deste estudo pode ser categorizado muitas vezes como um objeto material e real (encontrar-se vivenciando a velhice), ou ideal (pensar na velhice, pensar em rejuvenescimento, almejar rejuvenescer, etc.), mas que espreme um profundo condicionamento social. A representação simboliza o objeto, confere-lhe

um significado, é uma construção desse sujeito em seu grupo; ele a utiliza para se expressar e, ao mesmo tempo, regula e controla o comportamento desse sujeito.

Segundo Moscovici¹³ (1978), os processos formadores de uma representação social são, basicamente, a ancoragem e a objetivação. Ancorar um assunto significa integrar cognitivamente um determinado objeto no pensamento social que já existe no sujeito. Durante a ancoragem ocorrem diversas transformações nesse processo, que implicam classificar e rotular tudo aquilo que parece estranho e que fica sem classificação e nomeação. Muitas vezes isso determina uma certa objetivação, que consiste na transformação do significado do pensamento abstrato em algo imagético, concreto, que representará o objeto e o diferenciará de outros (Sá²⁰, 1996). A objetivação explica uma operação imaginante e estruturante, no sentido de dar forma ao conhecimento acerca de determinado assunto, tornando-o concreto, tangível e material a partir de certas palavras mais icônicas. É o processo que permite compreender a formação de uma estrutura denominada “núcleo figurativo” – aquelas palavras que conseguem expressar de maneira imagética um conjunto de idéias. A ancoragem e a objetivação são processos que estão envolvidos na noção de como o social se transforma em representação e como esta, por sua vez, transforma o social (Sá²⁰, 1996; Moscovici¹³, 1978).

Conforme afirma Jodelet¹⁰ (2001), o ato de representar possui algumas características fundamentais: é sempre a representação de um objeto; tem caráter de imagem e contém

a possibilidade de poder-se trocar a idéia pelo sensível, a percepção pelo concreto; possui caráter simbólico e significante; tem caráter construtivo; autônomo e criativo. Esse ato de representar leva algo social, quer dizer, aquelas categorias que o estruturam e o expressam são tomadas de um fundo comum de cultura, são categorias da linguagem.

Teoria do núcleo central

A *teoria do núcleo central* foi proposta em 1976 por Abric¹ (1998) e estabelece que a representação social possui uma organização interna que diferencia conteúdos centrais dos periféricos.

O núcleo central é a parte mais estável da representação, seu caráter imutável faz com que pouco se influencie com o contexto imediato. É rígido e coerente, ligado à memória coletiva e à história do grupo. “*Constitui a base comum, compartilhada e consensual da representação social?*” (Sá²⁰, 1996, p. 70-71). Garante a homogeneidade do grupo, já que uma de suas funções é fornecer continuidade e permanência à representação. O núcleo central se estabelece quando se dá a interação significativa; ele estrutura como a situação é representada e, em conseqüência, determina o comportamento dos sujeitos. Sua ligação com a representação é tão intrínseca que, à medida que acontece uma mudança no núcleo central da representação social, espera-se uma variação da representação como um todo e diz-se que quando há duas representações sociais haverá, provavelmente, mais de um núcleo central. O núcleo central é “*um subconjunto da representação, composto de um ou alguns elementos cuja*

ausência desestruturaria a própria representação ou lhe daria uma significação completamente diferente?” (Abric *apud* Sá,²⁰, 1996, p. 67).

Uma das funções mais importantes do núcleo central é a organizadora. Sendo assim, seus conteúdos agem como elementos unificadores, estabilizadores e geradores que tomam sentido e conferem significado à própria representação. Possui também uma dimensão funcional, no sentido de explicar o funcionamento de práticas, hábitos e atitudes que estão presentes no cotidiano. A dimensão normativa relaciona-se com aqueles conteúdos de caráter mais informativo e conceitual. Um aspecto importante da relação entre as dimensões é que, em geral, quando o grupo utiliza a representação com fins operatórios ou funcionais, isto é, para regular as práticas, significa que esse grupo conhece e já possui certas normas sobre o objeto da representação em questão.

Os aspectos ou sistemas periféricos da representação são indispensáveis, pois permitem a integração das experiências e histórias individuais, assim como uma adaptação à realidade, justificando seu caráter maleável, flexível e evolutivo. Protege o núcleo ou sistema central, já que suporta a heterogeneidade e contradições, envolvendo prescrições condicionais. O funcionamento do núcleo central não se compreende, senão, em dialética contínua com a periferia (Flament⁷, 2001).

Para um melhor entendimento, pode-se exemplificar com uma figura, acreditada como atual: um adolescente que compartilha com seus amigos a idéia de que o idoso é

inútil (núcleo central); na medida em que o tempo passa, lê sobre o atleta idoso, observa seu avô freqüentando bailes de terceira idade, fica sabendo de um empresário que tem 70 anos de idade... (conteúdos do possível núcleo periférico), podendo assim acrescentar essas informações ao seu conceito original ou até mudar sua representação (núcleo central).

METODOLOGIA

Participantes

Participaram da pesquisa três grupos de mulheres, sendo o primeiro caracterizado por 34 mulheres de 25 a 35 anos, o segundo por 18 mulheres entre 40 e 50 anos e o terceiro por 20 mulheres acima de 60 anos de idade. Para a caracterização geral da amostra, foi usado um questionário que explorava alguns dados de identificação geral dos sujeitos.

Os dados permitiram caracterizar a amostra da seguinte maneira: no total participaram do estudo 72 mulheres, distribuídas por diferentes faixas etárias em três grupos. No grupo de 25 a 35 anos, 65% delas têm nível superior incompleto; 94% disseram ser a favor de tratamentos para o rejuvenescimento, apesar de só 7% das mesmas terem se submetido aos mesmos. Isso pode ser justificado pelo fato de essas mulheres serem jovens e, talvez por isso, ainda não necessitem dos tratamentos. No grupo de mulheres de 40 a 50 anos, 88% se mostraram favoráveis ao uso de tratamentos de rejuvenescimento e, de fato, 22,2% delas já os tinham utilizado. Este foi o grupo que apresentou renda média maior –

62,5% possuem em torno de R\$ 3.900, o que talvez favoreça o acesso a esses tratamentos para rejuvenescimento. O grupo de mulheres acima de 60 anos se caracterizou, em sua maioria (80%), por possuir renda média de R\$ 2.065; 82,3% posicionaram-se a favor dos tratamentos, mas apenas 15% tinham utilizado algum tipo de tratamento para rejuvenescer.

Material e instrumento de coleta de dados

Foi utilizada a técnica de associação livre de palavras para a coleta dos dados, que é um dos métodos de levantamento dos possíveis elementos do núcleo central. Envolve a colocação em evidência das propriedades de saliência e de conexidade dos diferentes elementos de uma representação, permitindo um levantamento hipotético inicial daqueles mais suscetíveis de fazer parte do núcleo central e a formulação de hipóteses quanto à constituição do mesmo (Sá²⁰, 1996).

Abrie¹ (1998) coloca que a técnica de associação livre, em relação à entrevista, tem um caráter mais espontâneo e menos controlado, permitindo a projeção e o acesso muito mais fácil aos elementos que constituem o universo das representações do objeto estudado. A associação livre permite a atualização de elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas. A análise de dados foi realizada por meio da freqüência absoluta de cada palavra evocada e pela ordem média de evocação de cada palavra (a ordem média de cada palavra é calculada, assim, como a média das ordens médias em que elas foram evocadas pelos diversos sujeitos, atribuindo-se peso “1”

a uma evocação em primeiro lugar, peso “2” a uma evocação em segundo lugar e assim por diante). A combinação da análise da frequência de evocação e da ordem média de cada palavra possibilitou o levantamento de conteúdos que provavelmente pertenciam ao núcleo central e que, segundo Abric¹ (1998), permitiriam criar um conjunto de categorias organizadas em torno desses termos, para assim confirmar as indicações sobre seu papel organizador das representações.

A intersecção desses dados permitiu a elaboração de quatro quadrantes que conferem diferentes graus de centralidade às palavras que os compõem. Nos dois quadrantes superiores estão localizadas palavras ditas com frequência maior e nos inferiores estão situadas as palavras ditas com menor frequência. Já nos quadrantes da esquerda encontram-se as palavras mais prontamente evocadas e nos da direita as menos prontamente evocadas. Conclui-se que o quadrante superior esquerdo representa os possíveis elementos do núcleo central e que os quadrantes restantes representam os possíveis elementos do núcleo periférico. No trabalho foram usados dois termos indutores, na sequência: “envelhecimento” e “rejuvenescimento”. Foram solicitadas, para cada termo, três palavras em livre associação. Pretendeu-se com essas evocações conhecer quais as representações que os sujeitos da pesquisa têm sobre ambos os assuntos.

Procedimento e análise de dados

O estudo, de tipo exploratório, utilizou na análise de dados uma abordagem qualitativa.

A coleta de dados foi feita por meio da técnica de associação livre de palavras. A análise das evocações foi feita seguindo a proposta de Vergès, do cálculo de frequência e da ordem média de evocação (Vergès³¹, 1992). Por meio dessa técnica de organização de dados de pesquisa, foram identificadas a organização e a saliência de conteúdo da representação social de assuntos ligados aos objetos de estudo: envelhecimento e rejuvenescimento.

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Os resultados de pesquisa discutidos aqui correspondem a uma primeira etapa na análise da estrutura da representação social dos assuntos norteadores do estudo. Outras etapas da pesquisa incluíram a aplicação de uma técnica de grupo focal, com alvo na discussão sobre os temas de envelhecimento e rejuvenescimento, assim como da aplicação de uma técnica de triagem hierarquizada sucessiva, para confirmar a saliência dos conteúdos centrais e periféricos das representações sociais obtidos nas evocações que foram objeto de outros trabalhos já publicados (Teixeira *et al.*²⁴, 2006; Teixeira *et al.*²⁵, no prelo). No presente artigo serão discutidos apenas os resultados da primeira etapa da análise sobre o levantamento do conteúdo da representação a partir do método interrogativo, com a correspondente análise da saliência desses conteúdos.

O conjunto de evocações, segundo o termo indutor “envelhecimento” nos três grupos, pode ser observado nos quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1 – Estrutura da representação social sobre o assunto “envelhecimento” em um grupo de estudantes universitárias pela frequência e pela média de evocação.

Palavras	F.M.E. *	O.M.E. **	Palavras	F.M.E. *	O.M.E. **
	>2,3	<2,1		>2,3	≥2,1
Rugas	12	1,8	Debilidade/ Fragilidade/ Enfraquecimento	3	3
Experiência	11	1,7	História	3	2,3
Sabedoria	11	1,9	Flacidez	3	2,3
Maturidade/ Maturação/ Amadurecimento	8	1,5			
Medo	3	1,6			
Idade/ Idade avançada	3	1			
Solidão/ Isolamento	4	2			
Palavras	F.M.E. *	O.M.E. **	Palavras	F.M.E. *	O.M.E. **
	≤2,3	<2,1		≤2,3	≥2,1
Natural	2	1	Fim	2	2,5
Preconceito	2	2	Inevitável/ Certo	2	3
Cabelos brancos	2	1,5	Frustração	1	3
Descanso/ Tranquilidade	2	2	Perda de credibilidade	1	3
Limitador	1	2	Dor	1	3
Qualidade de vida	1	2	Aposentadoria	1	3
Crítica	1	2	Vida	1	3
Dific. De memorização	1	2	Vida mais curta	1	3
Dificuldade	1	1	Impossibilidade	1	3
Família	1	2	Neto	1	3
Rejeição	1	1	Vivência	1	3
Cinza	1	2	Mente	1	3
Corpo	1	2	Realização	1	3
Face	1	2	Encanto	1	3
Perda da auto-estima	1	2	Decadência	1	3
Satisfação	1	2			
Parar no tempo	1	1			
Doença	1	1			
Inadaptabilidade	1	2			
Perda de beleza	1	2			

* F.M.E.: Frequência Média de Evocação das Palavras

** O.M.E.: Ordem Média de Evocação das Palavras

As hipóteses de conteúdos de núcleos centrais nos três grupos pesquisados permitiram identificar a presença de palavras e expressões que apontaram para uma dimensão normativa do assunto envelhecimento: vários termos descreveram o envelhecimento no

sentido de “experiência”, “sabedoria” e “rugas”, sendo estas heranças da antigüidade que ainda continuam estagnadas e estereotipadas na sociedade como forma de representação do envelhecimento (Sá²⁰, 1996).

Quadro 2 – Estrutura da representação social sobre o assunto “envelhecimento” em um grupo de mulheres de 40 a 50 anos pela frequência e pela média de evocação.

Palavras	F.M.E. *	O.M.E. **	Palavras	F.M.E. *	O.M.E. **
	>1,31	<2,07		>1,31	≤2,07
Tristeza	6	2			
Experiência	4	2			
Rugas	2	1			
Velho	2	1,5			
Solidão	2	1,5			
Perda	2	1			
Palavras	F.M.E. *	O.M.E. **	Palavras	F.M.E. *	O.M.E. **
	≤1,31	<2,07		≤1,31	≤2,07
Fraqueza	1	2	Remédios	1	3
Acabado	1	2	Fim	1	3
Vida	1	2	Amor	1	3
Senil	1	1	Dor	1	3
Pé-de-galinha	1	2	Flacidez	1	3
Avó/avô	1	1	Tempo para filosofar	1	3
Cadeira de balanço	1	2	Angústia	1	3
Pobreza	1	1	Negativismo	1	3
Falta de amor	1	2	Preservar	1	3
Doença	1	1	Equilíbrio	1	3
Mãe	1	1	Não motivação	1	3
Bonita	1	2	Tranqüilidade	1	3
Inatividade	1	1			
Limitações	1	2			
Idade	1	1			
Prazer	1				

* F.M.E.: Frequência Média de Evocação das Palavras

** O.M.E.: Ordem Média de Evocação das Palavras

A análise permitiu também perceber que há uma dicotomia no conteúdo dos termos, ou seja, existem termos que descrevem conteúdos positivos do envelhecimento e outros que descrevem aspectos negativos. No grupo de mulheres universitárias de 25 a 35 anos, houve uma equivalência nos dois aspectos e a ocorrência de um termo merecedor de maior atenção: medo (quadro 1). Compreende-se o aparecimento desse termo pelo fato de essas jovens se encontrarem numa faixa etária distante do envelhecimento, sendo natural a emissão desse sentimento de medo perante contingências que elas ainda não vivenciaram.

No grupo de mulheres de 40 a 50 anos, houve predominância dos termos negativos, merecendo destaque a palavra “perda” (quadro 2). Talvez o termo reflita o sentimento que esse grupo está começando a vivenciar com a entrada em uma nova realidade, visto que é dentro dessa faixa etária que as pessoas começam a perder alguns sinais físicos da juventude, assim como certos comportamentos de vigor que caracterizavam fases anteriores do desenvolvimento.

Quadro 3 – Estrutura da representação social sobre o assunto “envelhecimento” em um grupo de mulheres com mais de 60 anos pela frequência e pela média de evocação.

Palavras	F.M.E. *	O.M.E. **	Palavras	F.M.E. *	O.M.E. **
	>1,3	<2,1		>1,3	≥2,1
Experiência	4	1,75	Rugas	2	3
Sabedoria	3	1,3			
Maturidade/ Amadurecimento	3	2			
Perda de memória	2	1,5			
Vivência	2	2			
Paz/ Tranquilidade	2	1,5			
Viver com amor/ Amor	2	2			
Dor	2	2			
Palavras	F.M.E. *	O.M.E. **	Palavras	F.M.E. *	O.M.E. **
	≤1,3	<2,1		≤1,3	≥2,1
Certeza	1	2	Abatimento	2	2,5
Limitação Física	1	1	Eternidade	2	3
Natural	1	1,5	Sufrimento	1	3
Normal	1	2	Bonito	1	3
Alegria	1	2	Etapas da vida	1	3
Gostoso	1	1	Bom ser avó	1	3
Boa fase da vida	1	1	Aprende a entender mais as pessoas	1	3
Depressão	1	1	Solidão	1	3
Tristeza	1	1	Aproveitar	1	3
Ânimo	1	2	Ter sempre o que fazer	1	3
Prazer	1	2	Acerto	1	3
Rejuvenescer	1	1	Indisposição	1	3
Alimentar	1	2	Não ter esperanças e sonhos	1	3
Idade	1	1	Liberdade	1	3
Conseqüência	1	1			
Estagnação Cerebral	1	1			
Perda da auto-estima	1	2			
Falta de agilidade	1	2			
Saudades do passado	1	2			

* F.M.E.: Frequência Média de Evocação das Palavras

** O.M.E.: Ordem Média de Evocação das Palavras

Já no grupo de mulheres acima de 60 anos predominou uma avaliação positiva do envelhecimento (sabedoria, maturidade, experiência, paz e amor – quadro 3). Apenas dois termos descreveram aspectos negativos. Entre eles, enfatizou-se a palavra “dor” que se acredita ser uma expressão simbólica relativa a perdas psicológicas ou até doenças, cuja prevalência aumenta na medida em que a pessoa se aproxima da velhice. A palavra “dor” também apareceu nos grupos de mulheres entre 25 e 35 anos e entre 40 e 50 anos, só que fazendo parte dos conteúdos do núcleo periférico (quadros 1 e 2), o que caracteriza uma representação que não é compartilhada pela maioria, podendo sofrer alterações por estar distante de suas realidades.

As hipóteses de núcleos periféricos próximos e distantes das mulheres entre 25 e 35 anos e entre 40 e 50 anos (quadros 1 e 2) apontaram para uma predominância dos aspectos negativos sobre os positivos, por exemplo: decadência, depressão, pobreza, doença, perda de auto-estima, dor, fraqueza, acabado, angústia, limitação e rejeição, dentre outros (quadros 1 e 2). Já no grupo acima de 60 anos (quadro 3), houve predomínio de aspectos positivos (alegria, bonito, prazer, gostoso, certeza, ânimo, bom ser avó, liberdade (quadro 3). Isso mostra que o envelhecimento, para essas participantes, não adota um significado tão estereotipado e negativo. Quando essas mulheres representam o envelhecimento, os aspectos negativos apontam para condições objetivas que acompanham a fase da velhice, no caso: falta de agilidade, solidão, indisposição, tristeza e limitações físicas (quadro 3).

Chama a atenção que, no caso das mulheres entre 25 e 35 e entre 40 e 50 anos, o sentido negativo de algumas das palavras encontradas foi diferente e até mais irreal, descrevendo uma velhice futura muito mais limitada que a velhice vivida pelo grupo acima de 60 anos (palavras: parar no tempo, inadaptabilidade, perda de credibilidade, frustração, decadência, acabado, fim, angústia, baixo astral – quadros 1 e 2). Acredita-se que os conteúdos dos núcleos periféricos das mulheres que chegaram a essa etapa da vida apresentam um caráter maleável, flexível, evolutivo e mais sensível ao contexto imediato (Sá²⁰, 1996). Isso representa aquilo que a pessoa está vivenciando durante a etapa, e por isso há uma distinção entre os núcleos periféricos da representação social deste grupo em relação aos outros dois.

Assim como no núcleo central, o núcleo periférico também apresentou predominância da dimensão normativa, pois descreve o inevitável, que são o processo do envelhecimento e a entrada na fase da velhice. O termo “envelhecimento” possibilitou o surgimento de núcleos figurativos, como cinza e cadeira de balanço, que se caracterizam por serem uma estrutura imagética que reproduz um conceito de maneira visível (Moscovici¹³, 1978). Por exemplo, o cinza nos remete à idéia de cabelos cinza, de cinzas resultantes da morte, de ser uma cor triste e sem graça; da mesma forma, a cadeira de balanço nos remete à idéia de ócio, estagnação, incapacidades físicas e doenças em geral.

Quadro 4 – Estrutura da representação social sobre o assunto “rejuvenescimento” em um grupo de estudantes universitárias pela frequência e pela média de evocação.

Palavras	F.M.E.* >1,69	O.M.E.** <2,06	Palavras	F.M.E.* >1,69	O.M.E.** ≥2,06
Alegre /Alegria/ Felicidade	8	2	Cuidado	4	2,25
Beleza	8	1,87	Vaidade	2	3
Energia/ Estar ativo/ Disposta/ Vigor/ Vida/ Vivacidade	6	1,6	Bem-estar	2	3
Saudável/ Saúde	5	1,6			
Jovialidade/ Jovem/ Juventude	4	1,25			
Auto-estima	4	1,25			
Aparência/ Externo	2	1,5			
Bom	2	1,5			
Renovação	2	1,5			
Estética	2	1,5			
Bobagem	2	2			
Cirurgia-plástica	2	1			
Necessário	2	2			
Palavras	F.M.E.* ≤1,69	O.M.E.** <2,06	Palavras	F.M.E.* ≤1,69	O.M.E.** ≥2,06
Consciência	1	1	Pele lisinha	1	3
Conhecimento	1	2	Possível	1	3
Brincadeiras	1	2	Novidades	1	3
Fuga	1	1	Gasto	1	3
Impossível	1	2	Rugas	1	3
Recordar	1	1	Aceitação	1	3
Busca	1	1	Calma	1	3
Prazer	1	2	Alimentação	1	3
Dúvida	1	1	Tratamentos	1	3
Ilusão	1	1	Cosmético	1	3
Elegância	1	2	Mudança	1	3
Desejável	1	2	Hobby	1	3
Lipoaspiração	1	2	Se amar	1	3
Pílulas	1	2	Mente sã	1	3
Amizade	1	2	Insegurança	1	3
Realização	1	2	Eternidade	1	3
Segurança	1	2			
Filhos	1	1			
Amor de marido	1	2			
Chance	1	1			
Vontade de viver	1	1			

* F.M.E.: Frequência Média de Evocação das Palavras, ** O.M.E.: Ordem Média de Evocação das Palavras

O outro termo a ser discutido é “rejuvenescimento”. As hipóteses de núcleo central de todas as participantes mostraram uma saliência a partir de vocábulos relacionados com aspectos positivos que remetem tanto a fatores físicos (como por exemplo, estética, aparência e cirurgia plástica); quanto à qualidade de vida (como caminhada, energia e saúde), mostrando que, para essas mulheres, rejuvenescer não é apenas apagar traços físicos do

envelhecimento, mas manter o bem-estar geral e fazer atividades que permitam prevenir alguns tipos de doenças. Notou-se também no núcleo central a presença de termos que representam a dimensão normativa, a qual descreve e normatiza o rejuvenescimento como alegria, e termos que representam uma dimensão funcional, como cirurgia plástica e exercícios físicos, no sentido de práticas em prol de rejuvenescer.

Quadro 5 – Estrutura da representação social sobre o assunto “rejuvenescimento” em um grupo de mulheres de 40 a 50 anos pela frequência e pela média de evocação.

Palavras	F.M.E. *	O.M.E. **	Palavras	F.M.E. *	O.M.E. **
	>1,54	<2,01		>1,54	≤2,01
Beleza	6	1,83	Satisfação	2	3
Alegria	5	1,6	Auto-estima	2	2,5
Bem-estar	4	1,75			
Saúde	3	2			
Dúvida	2	2			
Renovação	2	1			
Energia	2	2			
Palavras	F.M.E. *	O.M.E. **	Palavras	F.M.E. *	O.M.E. **
	≤1,54	<2,01		≤1,54	≤2,01
Vigor	1	1	Sorriso	1	3
Novidade	1	1	Nascimento	1	3
Despesas	1	2	Pele viçosa	1	3
Sem rugas	1	2	Beleza estereotípica	1	3
Juventude	1	2	Viva	1	3
Vida	1	1	Motivação	1	3
Frescor	1	2	Felicidade	1	3
Negação	1	1	Valorização	1	3
Valor externo	1	2	Interessante	1	3
Bom	1	2			
Sucesso	1	2			
Cuidado	1	1			
Mente	1	1			
Otimismo	1	1			
Vitalidade	1	2			
Auto-astral	1	1			
Prazer	1	2			

* F.M.E.: Frequência Média de Evocação das Palavras

** O.M.E.: Ordem Média de Evocação das Palavras

Na hipótese de núcleo central dos três grupos apareceu o vocábulo “alegria”. Ao discutir as relações causais entre rejuvenescimento e alegria, cabem duas hipóteses: a primeira pode estar associada com a alegria como possível causa ou fator para se manter jovem; e a segunda, relacionada com a alegria como consequência do processo de rejuvenescer.

Houve uma dicotomia nos conteúdos de núcleo central do grupo de mulheres de 25 a 35 anos que merece atenção: “necessário” e “bobagem” (quadro 4). A mídia propaga atualmente os métodos de rejuvenescimento e difunde a idéia de que é possível voltar a ser jovem. No Brasil, exemplo disso foi uma capa da revista *Playboy*, na qual mãe e filha posaram

juntas, parecendo ser da mesma geração (*Revista Playboy*¹⁹, 2003). Talvez por essa influência da mídia, o comportamento de procura de métodos de rejuvenescimento por muitas mulheres esteja sendo influenciado pelo estímulo de acreditar na possibilidade de deter os efeitos do tempo sobre o corpo, ou rejuvenescer um corpo envelhecido a ponto de lhe dar uma aparência de dez anos menos. Nesse sentido, as mídias impressa e televisiva exercem um forte papel de propaganda e propagação (Doise⁵, 2001; Jodelet¹⁰, 2001). Por outro lado, sabe-se que chegar aos 60 anos com o corpo e a pele de 20 é impossível, e é provável que as mulheres, tendo consciência disso, evocaram o vocábulo “bobagem” associado ao rejuvenescimento (quadro 4).

Quadro 6 – Estrutura da representação social sobre o assunto “rejuvenescimento” em um grupo de mulheres com mais de 60 anos pela frequência e pela média de evocação.

Palavras	F.M.E. *	O.M.E. **	Palavras	F.M.E. *	O.M.E. **
	>1,3	<1,9		>1,3	≥ 1,9
Alegria/ Felicidade	5	1,8	Espiritual/Estado de espírito	2	2
Caminhada/ Exercícios Físicos	2	1,5	Jovem/ Mocidade	2	2
Insegurança/ incerteza	2	1,5	Saúde	2	2,5
			Lazer	2	2
			Beleza	2	2
Palavras	F.M.E. *	O.M.E. **	Palavras	F.M.E. *	O.M.E. **
	≤ 1,3	<1,9		≤ 1,3	≥ 1,9
Sonho de alguns	1	1	Perigoso	1	2
Vida	1	1	Pele Jovial	1	3
Não é bom	1	1	Caro	1	3
Hidroginástica	1	1	Cabelos Brilhantes	1	2
Bem estar	1	1	Artificial	1	2
Cor	1	1	Trabalhoso	1	3
Força	1	1,5	Futilidade	1	2
Equilíbrio Emocional	1	1	Vaidade	1	3
Muito bom	1	1	Mentira	1	2
Fazer o que gosta	1	1	Decepção	1	3
			Auto estima	1	2
			Indefinição	1	3
			Bobagem	1	2
			Alimentação	1	3
			Plástica	1	3
			Filosofia e vida	1	2
			Equilíbrio Mental	1	2
			Brilho nos Olhos	1	3

* F.M.E.: Frequência Média de Evocação das Palavras

** O.M.E.: Ordem Média de Evocação das Palavras

Ainda analisando as hipóteses do núcleo central, o grupo entre 40 e 50 anos evocou o termo “dúvida” e o grupo acima de 60 evocou os vocábulos “insegurança” e “incerteza” (quadros 5 e 6, respectivamente). São palavras diferentes, mas que remetem ao mesmo significado. Compreende-se que, para essas mulheres, voltar a ser jovem implica insegurança e incerteza, pela razão de, provavelmente, não acreditarem que de fato existem possibilidades reais e irreversíveis de fazer com que o tempo volte atrás.

Deve-se enfatizar que, embora tenham sido evocadas palavras referentes à prevenção, houve também, nas hipóteses de núcleos centrais dos grupos entre 25 e 35 anos e entre 40 e 50 anos, a presença da palavra beleza (quadros 4 e 5). Já no núcleo central do grupo acima de 60 anos, o termo “beleza” não apareceu, mas notou-se sua presença no núcleo periférico próximo, refletindo que para essas mulheres idosas, talvez por já estarem vivenciando a velhice, rejuvenescer está além de uma questão de aparência.

A análise dos vocábulos que fazem parte das hipóteses do núcleo central do grupo entre 25 e 35 anos confirmou que rejuvenescer, para essas jovens universitárias, como já foi dito, não é apenas cuidar da beleza externa, mas também prevenir problemas de saúde, por meio de hábitos saudáveis e a prática de esportes.

Os termos que configuraram as hipóteses do núcleo periférico do grupo entre 40 e 50 anos foram na sua grande maioria positivos, e remetem também tanto a aspectos físicos

quanto aos cuidados de saúde. O grupo de mulheres acima de 60 anos, diferentemente dos outros dois grupos, não evocou nenhum vocábulo relacionado com o rejuvenescimento físico. Infere-se que, para essas mulheres, o gradiente de centralidade que explica o rejuvenescimento não se define a partir de uma pele lisa apenas, e sim de cuidados corporais que vão desde a hidroginástica, alimentação, saúde psicológica, etc. (quadro 6).

Nos três grupos há termos referentes ao alto custo dos tratamentos para rejuvenescer, o que mostra que todas as gerações estão cientes do valor financeiro de que se deve dispor para ter uma aparência mais jovem.

Tanto no grupo entre 25 e 35 anos, quanto no grupo que se encontrava acima de 60 anos, foram evocadas palavras nas hipóteses de núcleo periférico associadas à impossibilidade de rejuvenescer. Isso significa que, mesmo que haja um desejo de aparentar ser mais jovem, essas mulheres sabem que o início do envelhecimento é o nascimento e que um dia todos envelhecerão.

Consta no núcleo periférico distante do grupo acima de 60 anos uma palavra mercedora de ênfase: “perigoso”. Isso demonstra que essas mulheres participantes da pesquisa são informadas sobre os riscos que os métodos e técnicas que promovem o rejuvenescer podem oferecer. Percebe-se então a importância da informação que, segundo Moscovici¹³ (1978), diz respeito a todo conhecimento que um grupo possui em relação ao objeto da representação social, para a formação de uma crítica em re-

lação ao uso indiscriminado de métodos de rejuvenescimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Nascimento-Schulze¹⁵ & Camargo¹² (2000, p. 296), a análise de evocações consiste numa espécie de análise lexicográfica, na qual a palavra funciona como um índice empírico que corresponde ao indicador elemento de uma representação social. Como foi descrito no início do capítulo sobre método, o estudo permitiu levantar os possíveis elementos centrais das representações sociais sobre envelhecimento e rejuvenescimento. Estas hipóteses centrais foram feitas tendo como base um único critério: saliência.

A pesquisa permite concluir que, ao redor do tema “envelhecimento”, houve elementos que permitiram hipotetizar que existe consenso entre os três grupos em relação a alguns conteúdos. De um lado, esses conteúdos estavam ligados a imagens cristalizadas culturalmente em função de sabedoria, experiência e maturidade. De outro, houve elementos de conotação negativa, representados fundamentalmente pelas palavras “medo” e “solidão”. Elementos que não foram consensuados entre os grupos apareceram na palavra “tristeza”, que foi evocada no grupo de mulheres entre 40 e 50 anos, e nas evocações de conotação positiva “paz”, “tranqüilidade” e “amor”, do grupo de mulheres acima de 60 anos.

Quando se trata de assuntos ligados ao tema “rejuvenescimento”, diferente das evo-

cações sobre o assunto envelhecimento, nos elementos evocados entre os três grupos houve um consenso no qual predominaram dois aspectos. Um aspecto positivo ligado à alegria, bem-estar e felicidade, e um aspecto negativo, identificado a partir das evocações “dúvida” e “insegurança”. Outros aspectos apontaram para algumas especificidades em cada um dos grupos: no grupo de mulheres acima de 60 anos, a evocação dos termos “caminhada / exercícios físicos”, que podem ser avaliados dentro de uma dimensão funcional (Sá²⁰, 1996).

Parece haver consenso de que, para atingir um certo rejuvenescimento, um dos métodos que devem ser utilizados são os preventivos e, nessa prevenção, o exercício físico ocupa lugar essencial. Nos exercícios físicos parecem estar alternativas saudáveis para o rejuvenescimento. Lamentavelmente, essas alternativas não apareceram na centralidade dos outros grupos.

NOTAS

^a Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina. Doutora em Filosofia da Saúde pela Universidade Federal de Santa Catarina. Vínculo Institucional Atual: Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo. Brasil

^b Bacharel em Psicologia pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo. Brasil

REFERÊNCIAS

1. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadores. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB Editora; 1998. p. 27-38.
2. Baltes P. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology* 1987; 5: 611-26.
3. Barbosa FT, et al. Thoracic epidural anesthesia for mammoplasty in myasthenia gravis patient: case report. *Rev Bras Anestesiol* 2005; 55 (3): Available from: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942005000300013&lng=en&nrm=iso.
4. Concio PC, Rolando Z, organizadores. Rejuvenescimento facial. São Paulo: Medisa; 1977.
5. Doise W. Atitudes e representações sociais. In: Jodelet D, organizador. As representações sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001. p.187-204.
6. Durkheim E. As regras do método sociológico. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1963.
7. Flament C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: Jodelet D, organizador. As representações sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001. p. 173-86.
8. <http://www.ibge.com.br/home/presidencia/noticias/0404.sintese.shtm>
9. <http://www.cirurgiaplastica.com.br>
10. Jodelet D, organizador. As representações sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001.
11. Jorge MM. A mulher e o envelhecimento na contemporaneidade. *Revista de Psicologia* 1999; 2(9): 14-23.
12. Morin E. Cultura de massas no século XX. Rio de Janeiro: Forense Universitário; 2000. v.1. Neurose.
13. Moscovici S. A representação social da Psic análise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
14. _____. On social representations. In: Forgas PJ, organizador. *Social Cognition*. London: Wales South University; 1981. p.181-291.
15. Nascimento-Schulze C, Camargo BV. Psicologia Social, representações sociais e métodos. *Temas em Psicologia* 2000; 8(3): 287-99.
16. Neugarten EA, Hagestad GD. Age and life course. In Binstock R, Shanas E, editors. *Handbook of aging and the social sciences*. New York: Van Nostrand-Reinhold, 1976.
17. Nociti JR, et al. Dexmedetomidine/propofol association for plastic surgery sedation during local anesthesia. *Rev Bras Anestesiol* 2003; 53 (2): Available from: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003470942003000200007&lng=en&nrm=iso.
18. Revista COREN-SP 2003 jan./ fev. ; 43.
19. Revista Playboy 2003 abril; 333 .
20. Sá CP. Núcleo central de representações sociais . Petrópolis: Vozes; 1996.
21. Santos MFS, Belo I. Diferentes modelos de velhice. *Revista Semestral da Faculdade de Psicologia* 2000; 31(2): 31-48.
22. Schabbel C. Mediação escolar de pares. São Paulo: Willis Harman House (WHH); 2002.
23. Stuart-Hamilton I. A Psicologia do envelhecimento: uma introdução. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
24. Teixeira MCTV, Domingues C, Prado GA, Maeda M, Fioravanti, Braitte R, Paves T. Espelho, espelho meu: existe alguém mais jovem do que eu?. *Revista Psychologica* 2006; 42: 231-50.

25. Teixeira MCTV, Settembre FM, Leal SB. Envelhecimento, rejuvenescimento e ciência e a tecnologia ao serviço do rejuvenescimento: um levantamento de conteúdos de representações sociais em mulheres de três faixas etárias diferentes. No prelo na Revista "The Spanish Journal of Psychology".
26. Vergès P.L'évocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. Bulletin de Psychologie 1992; 45 (405): 203-09.
Recebido para publicação em: 06/12/2005
Versão final apresentada em: 29/11/2006
Aceito em: 11/12/2006

Caracterização nutricional de idosos com hipertensão arterial em Teresina, PI.

Nutritional characterization of elderly people with hypertension in Teresina, Piauí State.

Maria do Rosário Dias Ribeiro dos Santos^a
Samara Cristina Soares Macedo Mendes^a
Daurivanda Barbosa Morais^a
Maria do Perpétuo Socorro Moura Coimbra^b
Marcos Antônio da Mota Araújo^c
Cecília Maria Resende Gonçalves de Carvalho^d

Resumo

O objetivo do estudo foi avaliar o estado nutricional e o consumo alimentar, e caracterizar aspectos do estilo de vida de idosos hipertensos que frequentam centros de convivência na cidade de Teresina-PI. O estudo, do tipo transversal, envolveu 125 idosos, de ambos os sexos (17 homens e 108 mulheres), avaliados por meio de questionário previamente testado para a caracterização da casuística. As variáveis nutricionais foram investigadas por antropometria, medidas de circunferência e pelo levantamento do consumo alimentar nas últimas 24 horas. Encontraram-se índices elevados de sobrepeso (45,6%) e baixo-peso (36,0%), a pressão arterial diastólica (PAD) associando-se positivamente com o sobrepeso (índice de massa corporal 27kg/m²). A distribuição da gordura central apresentou elevada prevalência (88%), indicando risco para doenças cardiovasculares. Os alimentos mais consumidos foram: feijão, leite, pães, cereais, arroz, massas e carnes. Não se observou grande adesão às medidas terapêuticas não-farmacológicas no grupo de idosos hipertensos, o que mostra a necessidade de rever as orientações propostas no Programa de Controle da Pressão Arterial para o Idoso.

Palavras-chave:

idoso; hipertensão; estado nutricional; nutrição do idoso; consumo de alimentos; Teresina, Pi

Abstract

The objective of this study was to evaluate the nutritional state and food consumption, and to characterize some aspects of life style, of hypertensive elderly who attend two social centers in Teresina city. The cross-sectional study

Correspondência / *Correspondence*

Cecília Maria Resende Gonçalves de Carvalho

Universidade Federal do Piauí - Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Centro de Ciências Humanas e Letras, Núcleo de Pesquisa e Extensão Universitária para a Terceira Idade, Sala 335, Bairro Ininga 64049-550 Teresina, PI - Brasil

E-mail: nupeuti@ufpi.br

comprised 125 elderly individuals of both sexes (17 men and 108 women), who were interviewed through a previously tested questionnaire. Nutritional variables were assessed through anthropometry, circumference measures and a 24-hour food record. The analysis found high rates of overweight (45,6%) and low weight (36,0%). The diastolic arterial pressure was positively associated with overweight (body mass index > 27). The distribution of central lipids showed high prevalence, indicating risk for cardiovascular diseases. The most consumed food types were: beans, milk, breads, cereals, rice, pastas and meats. A great adhesion to non-pharmacological therapies in the group of hypertensive elderly was not observed, showing the need to review the guidelines of the Control of Arterial Pressure Program for the Elderly.

Word Key: aged; hypertension; nutritional status; elderly nutrition; food consumption; Teresina, pi city

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é, hoje, uma realidade mundial. No Brasil, o número absoluto de pessoas com mais de 60 anos aumentou nove vezes nas últimas seis décadas. Em 1940 era de 1,7 milhões e em 2000 saltou para 14,5 milhões, projetando-se para 2020 um contingente de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas com mais de 60 anos (Beltrão, Camarano & Kanso¹, 2004).

O crescimento da população idosa é consequência da queda da fecundidade e da mortalidade, que torna esse grupo populacional um componente importante e cada vez mais expressivo dentre a população geral. Conseqüentemente, as mudanças na estruturação etária da população implicam um aumento na incidência e prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis, com 85% das pessoas com 60 anos ou mais apresentando pelo menos uma doença crônica (Ramos²⁰ *et al.*, 1987).

Entre as doenças crônicas, as cardiovasculares constituem a principal causa

de morte na pessoa idosa, pois podem gerar incapacidades, dependências e perda de autonomia, representando um alto custo econômico e social. Nesse contexto, a hipertensão arterial sistêmica é a mais prevalente e aumenta progressivamente com a idade (Santos²¹ *et al.*, 2002).

O Estudo Multicêntrico do Idoso (EMI) demonstrou uma prevalência de 65% na população idosa; entre as mulheres com mais de 75 anos, a prevalência de hipertensão pode chegar a 80% (Brandão¹ *et al.*, 2002). Dados do *Framingham Heart Study* demonstraram que indivíduos que atingem os 65 anos sem HAS têm 90% de chance de se tornarem hipertensos (Miranda¹⁶, 2005).

A HAS está associada a complicações bastante freqüentes em idosos, como doença arterial coronariana, doença cérebro-vascular, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica, entre outras. O alto custo social dessa doença é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho (Consenso⁸ 1999).

As modificações que vão ocorrendo com o envelhecimento acarretam importantes alterações cardiovasculares, o que explica a freqüente associação da hipertensão arterial na pessoa idosa. A probabilidade de incidência da HA é influenciada por condições multicausais que, além de aspectos como sexo, raça, idade, hereditariedade – que certamente não podem sofrer intervenção (Cabral³, 2003) – podem ser determinadas também por alguns fatores plenamente modificáveis, como sobrepeso, ingestão excessiva de sal, sedentarismo, consumo de álcool, tabagismo, condições socioeconômicas, dislipidemias, dentre outras (SESAPE²², 2002).

O tratamento da HA envolve orientações para que ocorram mudanças de hábitos de vida, compreendendo o tratamento não-medicamentoso e o tratamento com agentes anti-hipertensivos.

O Governo Federal, através do Ministério da Saúde, vem desenvolvendo ações de forma a intervir no comportamento de dois agravos à saúde – hipertensão arterial e *diabetes mellitus* – com o propósito de vincular os portadores dessas patologias às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático (Brasil³, 2002a).

Dessa forma, analisar as condições de saúde nutricional do idoso hipertenso, identificando o número de fatores de risco a que esses indivíduos estão expostos, é de grande interesse em saúde pública.

Para alcançar as metas propostas pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa

em Saúde do Ministério da Saúde, com o tema “Saúde do Idoso”, este estudo se propõe a investigar, num grupo de idosos hipertensos que freqüentam dois centros de convivência na cidade de Teresina, as condições nutricionais que envolvem os aspectos antropométricos e de consumo alimentar, associados a outros fatores de estilo de vida. Vale ressaltar a importância da pesquisa, na medida em que prioriza caracterizar o estilo de vida desses indivíduos, que é condição importante para a redução da mortalidade por DAC, visando a modificar os fatores de risco que favoreçam o controle e a redução da hipertensão arterial.

METODOLOGIA

O estudo, de desenho observacional, transversal e descritivo, foi realizado em dois centros de convivência de Teresina, Piauí, local de entretenimento, lazer, realização de palestras e de prestação de serviços que se destina ao atendimento em saúde de pessoas com idade a partir de 60 anos, apoiados pelo Programa de Hipertensão Arterial da Prefeitura Municipal de Teresina.

Foram incluídos no estudo os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, com hipertensão arterial, sem comprometimento de memória que prejudicasse as informações a serem investigadas, com participação voluntária e com assinatura ou impressão digital em termo de consentimento livre e esclarecido, após orientação quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa.

Dos 150 idosos hipertensos matriculados e acompanhados nos dois centros no ano de 2005, 125 representaram o número amostral mínimo. Eles concordaram em participar espontaneamente do estudo, com uma estimativa de 10% de expectativa de frequência na população teresinense e probabilidade de 0,05 para efeito do erro alfa.

Antes de dar prosseguimento ao levantamento dos dados e avaliação do estado nutricional, a aferição da pressão arterial foi realizada em todos os participantes, seguindo-se o protocolo proposto pelo III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial: ambiente calmo, com a pessoa idosa relaxada, sentada (pernas não cruzadas), com o braço desnudo apoiado em uma superfície plana. Com o estetoscópio e o tensiômetro regulados, colocava-se o manguito cerca de 2 ou 3 cm acima da fossa anticubital; posicionando o estetoscópio sobre a artéria braquial, o manguito foi inflado até o desaparecimento da pulsação, prosseguindo com a deflação do ar com velocidade constante até o aparecimento do primeiro batimento (pressão sistólica), que persistiu até o nível zero (pressão diastólica). Após um a dois minutos, o procedimento foi repetido, e a média dos valores anotados (SBH²⁴, 2002).

Para a descrição da casuística e determinação dos fatores de estilo de vida, foram obtidas informações mediante a aplicação de questionário desenvolvido com essa finalidade.

Para a determinação do índice de massa corporal (IMC), foram tomadas medidas de peso corporal e estatura. O peso corporal foi

obtido em balança antropométrica tipo plataforma, com precisão de 100g, da marca Filizola, estando os idosos descalços e com o mínimo de roupa possível. Para aferição da estatura utilizou-se o antropômetro fixo da mesma balança com precisão em milímetros, sendo mantido o indivíduo em posição ortostática, com os pés juntos.

Na classificação do estado nutricional, utilizou-se o índice de massa corporal, $[IMC = \text{peso}(\text{kg}) / \text{altura}(\text{m})^2]$, considerando-se a seguinte classificação: < 22 desnutrição, de 22 a 27 peso adequado e > 27 sobrepeso (Lipschitz¹⁵, 1994).

A circunferência da cintura foi mensurada com o idoso em posição ereta, abdômen relaxado, braços entendidos ao longo do corpo e os pés separados a uma distância de 25-30 cm. A roupa do idoso foi afastada, de forma que a região da cintura ficasse despida, e a medida foi então aferida com fita métrica inextensível com escala de 0,5 centímetros, colocada sem fazer pressão, em plano horizontal ao nível da cintura natural. Na impossibilidade desta identificação, considerou-se a menor circunferência entre a porção inferior da última costela e a crista ilíaca (Cecan/Rco⁷, 2003; Brasil⁴, 2004b).

A medida da circunferência da cintura como mais um dado analisado permitiu-nos detectar a obesidade central e identificar o risco para doenças ateroscleróticas, utilizando como parâmetros de risco aumentado para população feminina e masculina os seguintes valores (SBC²³, 2001): para mulheres, risco aumentado e 80 cm e muito aumentado e 88 cm;

para homens, risco aumentado e 94 cm e muito aumentado e 102 cm (WHO²⁸,1997).

As medidas antropométricas e de circunferência foram realizadas três vezes; em caso de diferença entre duas medidas maior que um centímetro ou 0,5 quilograma, todas foram repetidas.

Foi utilizado como instrumento de medição do consumo alimentar o Questionário de Frequência de Consumo Alimentar – QFCA, para verificar a frequência diária, semanal e mensal, juntamente com o Recordatório de 24 horas. Os instrumentos foram testados na etapa piloto e aplicados numa amostra composta por dez idosos, dois recordatórios de 24 horas, por participante, em dias distintos, incluindo um dia do final de semana, para levantar o consumo alimentar nas últimas 24 horas que antecederam a entrevista, os quais fizeram parte da lista de alimentos do QFCA.

Além do QFCA, foi utilizada também a Pirâmide Alimentar (Phillipi¹⁸, 1999) como instrumento de orientação nutricional, objetivando a realização de uma análise comparativa entre o consumo alimentar qualitativo e quantitativo recomendado por esse instrumento e os resultados encontrados neste estudo.

Os dados foram processados no programa EPI-INFO 6.04¹⁰, para a obtenção de ta-

belas simples e cruzadas. Realizou-se, ainda, a Análise de Variância (ANOVA) e aplicaram-se os testes qui-quadrado para as variáveis categóricas, o teste T para variáveis contínuas e Kruskal-Wallis para análise das variações dos dados coletados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI (Protocolo: 0017.0.045.000-05).

RESULTADOS

Foram avaliados 125 indivíduos de 60 a 91 anos, com idade média de 71,7 anos. A distribuição entre as diversas faixas etárias (tabela 1) revelou que 52 indivíduos (41,6 %) estavam entre 60 a 69 anos; 58 (46,4%) entre 70 a 79 anos e 15 (12%) com 80 anos ou mais. Em relação à distribuição por gênero, esta pesquisa constatou um predomínio bastante expressivo do sexo feminino (86,4%) em relação ao sexo masculino (13,6%). Santos²¹ (2002), em seu estudo, confirma a tendência relacionada com idosos em centro de convivência, em que a participação masculina raramente ultrapassa 20%, de forma que no Brasil a velhice é pensada como uma experiência essencialmente feminina.

Tabela 1 - Distribuição das características de identificação e de estilo de vida apresentadas pelos idosos pesquisados, Teresina PI. Agosto 2005

Características	Frequência	
	Nº	%
Total de Participantes	125	100,0
Sexo		
Masculino	17	13,6
Feminino	108	86,4
Faixa Etária (anos)		
60-69	52	41,6
70-79	58	46,4
80 anos ou mais	15	12,0
Escolaridade		
Analfabeto	38	30,4
1 a 4 anos de estudo	57	45,6
4 a 8 anos de estudo	23	18,4
9 anos ou mais	7	5,6
Estilo de vida		
Fumo		
Não	120	96,0
Sim	5	4,0
Etilismo		
Não	124	99,2
Sim	1	0,8
Uso de medicamento		
Não	121	96,8
Sim	4	3,0
Faz dieta orientada		
Não	35	35,0
Sim	65	65,0
Prática de atividade física		
Não	29	23,4
Sim	95	76,6
Tipo		
Caminhada	18	18,8
Hidroginástica	3	3,1

Alguns fatores têm sido atribuídos para justificar a superioridade, em números absolutos, de mulheres idosas no Brasil, quando confrontadas com homens de 65 anos ou mais. Esses fatores foram observados por Berquó (1996 apud Santos²¹, 2002), para quem essa situação decorre da existência da mortalidade diferenciada por sexo, que prevalece há muito tempo na população brasileira, em que a mulher vive oito anos a mais que o homem. A menor exposição a determinados fatores de risco, notadamente no trabalho; a menor prevalência de tabagismo e ao uso de álcool; as diferenças quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades e a maior assistência gineco-obstetra foram relatados por Veras²⁷ (1987) como sendo também responsáveis pela maior longevidade feminina em relação à masculina.

Analisando o grau de escolaridade entre idosos pesquisados (tabela 1), 30,4% relataram ser analfabetos, percentual considerado elevado e preocupante, pois o analfabetismo expõe essa população a enfrentar dificuldades na tentativa de buscar condições de existência e de sobrevivência, inclusive afetando de forma negativa o tratamento de saúde.

Em 1991 a população de idosos cresceu 1,3%, havendo incremento, em 2002, para 1,7%. O índice de analfabetismo vem decrescendo, considerando que, em 1991, 44% dos idosos não sabiam ler e em 2002 este índice se reduziu para 33,3%. Na tentativa de diminuir os índices de analfabetismo e oferecer melhores condições de vida à pessoa idosa, os centros de convivência vêm mantendo programas de alfabetização para adultos.

A tabela 1 revela, ainda, alguns aspectos do estilo de vida pesquisados, entre eles: o uso do fumo, o consumo de bebida alcoólica, a prática de atividade física, o consumo alimentar e o uso de medicamento.

Quando investigados sobre o uso do tabaco e do álcool, 96% e 99,2% negaram a prática dos respectivos hábitos; no entanto, alguns referiram utilização dos mesmos no passado. O abandono desses hábitos pode estar associado à adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Segundo as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBH²⁴, 2002), em avaliação por medida ambulatorial da pressão arterial (MAPA), observou-se que a pressão sistólica de hipertenso fumante foi significativamente mais elevada do que em não-fumantes, revelando o importante efeito transitório do fumo. Mostrou ainda o consumo elevado de bebida alcoólica, o qual está associado também à elevação da pressão arterial.

Nos centros de convivência estudados, não foram constatados programas específicos de combate ao tabagismo ou alcoolismo; contudo, na abordagem ao paciente hipertenso, durante a consulta médica observou-se o aconselhamento no sentido de limitar ou abolir o uso de bebidas alcoólicas e o abandono do hábito de fumar.

No tocante à prática sistemática da atividade física, 76,0% dos idosos revelaram adesão aos programas desenvolvidos no centro. As modalidades de maior preferência foram dança (62,5%), seguida da caminhada (18%). Mais da metade (55,8%) tinha uma frequência semanal de duas a três vezes, seguidos de

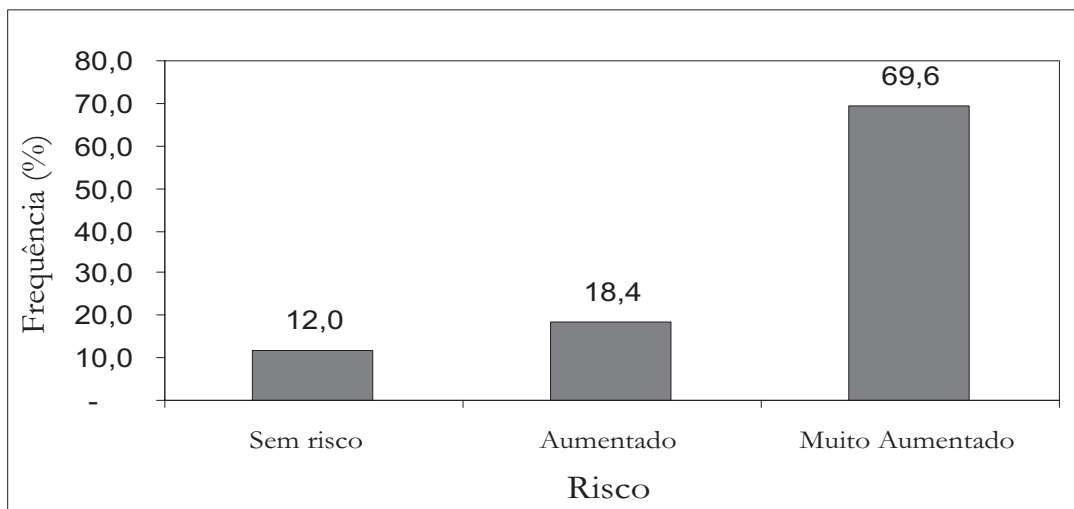
25,3% com práticas diárias e 18,9% apenas de uma vez. Essas atividades foram oferecidas apenas pelo Centro de Convivência da Terceira Idade (CCTI).

A classificação do estado nutricional, segundo o índice de massa corporal (IMC), revelou que 45,6% dos idosos tinham sobrepeso, 36,0% apresentaram baixo-peso e 18,4% eram eutróficos.

A associação entre o sobrepeso e risco cardíaco (figura 1), representada pela avaliação da circunferência da cintura, mostrou um percentual elevado de idosos com risco au-

mentado (18,4%) e muito aumentado (69,6%). Enquanto o risco de morbidade se torna maior ao aumentar a severidade da obesidade, sabe-se também que o padrão de distribuição da gordura corporal é um indicador ainda mais importante do risco que a obesidade representa à saúde. A medida de circunferência da cintura mostra-se como uma medida regional capaz de fornecer estimativa da gordura abdominal, diagnosticando a obesidade andróide, que, por sua vez, está correlacionada com a gordura visceral, mais associada a distúrbios metabólicos e riscos cardiovasculares (Cuppari⁹, 2005).

Figura 1 - Distribuição dos idosos pesquisados segundo risco de complicações metabólicas associadas ao sobrepeso - Teresina-PI. Agosto de 2005.



Na associação entre a prática de atividade física e pressão arterial diastólica – PAD (tabela 2), observou-se que 67,2% tinham PAD alterada, mesmo nos idosos com prática regular. Provavelmente os programas de exercício promovidos pelos centros não se-

jam voltados para a prevenção e controle da hipertensão. As atividades físicas oferecidas pelos centros são classificadas como leve e têm como objetivos: relaxamento, socialização e lazer.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos pesquisados, segundo estado nutricional e pressão diastólica, Teresina PI. Agosto 2005

Estado Nutricional Pressão Diastólica	Baixo Peso		Eutrófico		Sobrepeso		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Normal	7	5,6	10	8	5	4	22	17,6
Alterada	16	12,8	35	28	52	41,6	103	82,4
Total	24	18,4	45	36	57	45,6	125	100

$$X_2 = 634 \quad P = 0,042$$

Segundo as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, (SBH²⁴, 2002), os programas para prevenção primária ou secundária de doenças cardiovasculares devem contar com atividades aeróbias dinâmicas, tais como: caminhadas rápidas, corridas leves, natação e ciclismo, com frequência de 3 a 6 vezes por semana, intensidade moderada e sessões de 30 a 60 minutos de duração. Pacientes hipertensos devem iniciar programas de exercício físico regulares, pois, além de diminuir a pressão arterial, ele pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais e mortalidade geral.

Com relação ao consumo alimentar, 65% declararam adesão à dieta (tabela 1); entretanto, a maioria das orientações dietéticas recebidas era fornecida basicamente por médicos,

que prestavam alguns aconselhamentos gerais, como reduzir o consumo de sal e gorduras. Não havia preocupação rigorosa em relação à quantidade dos alimentos, uso de temperos naturais com alho, limão, ervas, cebola, ao invés de similares industrializados e outros requisitos necessários a uma alimentação nutricionalmente adequada para o idoso hipertenso. A orientação nutricional é especialmente importante para os idosos, devido às mudanças fisiológicas e aparecimento de doenças relacionadas ao envelhecimento.

Todos os participantes do estudo declararam fazer uso contínuo de medicação para o controle da hipertensão arterial. É importante ressaltar que deve existir uma preocupação em orientar os idosos com relação à interação dos alimentos com medicamentos. Moura¹⁷ (2002), em sua revisão bibliográfica, resalta

que as reações medicamentosas e os problemas nutricionais nos idosos advêm das alterações próprias do processo de senescência e de fatores diversos. Os medicamentos utilizados pelos idosos podem ser mais ou menos absorvidos, dependendo das condições de consumo, ou seja, se associados ou não às refeições, bem como seu estado nutricional. Por outro lado, as deficiências nutricionais podem ocorrer por indução medicamentosa, sendo as mais freqüentes as depleções de vitaminas e minerais.

Neste estudo, a média dos níveis pressóricos encontradas foi 130/90 mmHg, valores que podem ser considerados controlados, segundo a referência para hipertensão das IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBH²⁴, 2002). Tais resultados (tabela 3) são atribuídos ao uso contínuo da medicação anti-hipertensiva e mudanças positivas em alguns aspectos do estilo de vida, como dieta, hábitos de tabagismo e etilismo e atividade física. Com relação à associação da obesidade e hipertensão, amplamente discutida pela literatura mundial, são freqüentes em pessoas obesas ou com sobrepeso níveis pressóricos elevados (Consenso⁸, 1999). No estudo em análise, constatou-se que 41,6% dos idosos com

sobrepeso tinham PAD elevada, evidenciando uma correlação positiva com o estado nutricional.

De acordo com as recomendações do documento *Dietary Approaches to Stop Hypertension (the DASH Diet)*, as quotas diárias por grupo de alimentos devem ser compostas por 7 a 8 porções de grãos ou produtos de grãos, 4 a 5 porções de vegetais, 4 a 5 de frutas, 2 a 3 porções de gorduras e óleos (27% das calorias) e não mais que duas porções de carnes, aves ou peixes. Esse estudo multicêntrico controlado (*the DASH Diet*) mostrou que uma dieta rica em frutas, verduras e grãos, pobre em gorduras saturadas e colesterol pode reduzir a PA (University Of Michigan Health System²⁶, 2005).

Quanto aos resultados da freqüência sobre o consumo alimentar dos idosos (tabela 3), observou-se uma freqüência de consumo de 5 a 7 vezes, para os seguintes grupos de alimentos: 66,4% consumiram leite; 36,0% carnes bovinas, aves e peixes; 73,6% feijão; 39,2% frutas; 52,0% pães, cereais, arroz e massas; 77,6% açúcar e 60,8% café; enquanto com uma menor freqüência, de apenas 2 a 3 vezes por semana, 35,2% consumiram vegetais e legumes.

Tabela 3 - Frequência de grupos de alimentos mais consumidos pelos idosos pesquisados, Teresina PI. Agosto 2005.

Frequência Grupos de Alimentos	2 a 3 vezes p/semana		5 a 7 vezes p/semana		Total	
	n	%	n	%	n	%
Leite	13	10,41	83	66,4	96	76,8
Carnes Bovinas, Aves, Peixes	28	22,4	45	36,0	72	57,6
Feijão	2	1,6	92	73,6	94	75,2
Vegetais/Legumes	44	35,2	31	24,8	75	60,0
Frutas	42	33,6	49	39,2	91	72,8
Pães, Cereais, Arroz e Massas	29	23,2	65	52,0	94	75,2
Açúcar	1	0,8	97	77,6	98	78,4
Café	14	11,2	86	68,8	100	80,0
Chá	49	39,2	24	19,2	73	58,4
Adoçante	14	11,2	86	68,8	100	80

A hipertensão arterial pode ser controlada por medidas dietéticas específicas que visam não somente a reduzir os níveis pressóricos, mas incorporar hábitos alimentares saudáveis. Na análise dos grupos de alimentos como fontes de nutrientes associados a ações positivas na redução da pressão arterial, observou-se: o leite como fonte de cálcio tem relação entre o seu baixo consumo e ocorrência de hipertensão arterial (Campese & Bianchi⁶, 1997); o uso de frutas, verduras e leguminosas como fonte de potássio induz a queda da pressão arterial, por aumento da natriurese, e ainda como fonte de fibras. Existem especulações sobre sua capacidade de reduzir a PA não ter sido confirmada pela literatura (Kestin¹² et al., 1990; Swain²⁵ et al., 1990); en-

tretanto, seu aumento na dieta pode implicar uma alteração no conteúdo de lipídios, o que certamente levaria a um padrão alimentar mais saudável.

A associação entre o aumento da PA e o consumo de sal é bastante relatada na literatura. Cabral⁵ (2003) descreve em seu estudo a controvérsia que há sobre o efeito do sal na PA, reconhecendo a existência de pessoas que possam ser ou não sensíveis a este elemento na dieta. Considerando as dificuldades de análise individual para essa sensibilidade, recomenda-se a restrição para todos os hipertensos, principalmente pelos outros benefícios que possa trazer, como: menor necessidade de drogas hipotensoras, diminuição da perda de

potássio induzida por diuréticos, possível redução de hipertrofia do ventrículo esquerdo. Desse modo, a restrição do sódio dietético é um fator a ser bastante considerado. Apesar das limitações na metodologia utilizada para verificar o consumo de sal pelos idosos, os mesmos referiram uma redução de seu uso no preparo dos alimentos, de acordo com as recomendações gerais dos médicos.

Comparando-se a pirâmide alimentar de Philippi (1999), representativa do consumo qualitativo e quantitativo dos alimentos, observou-se que as recomendações por ela estabelecidas não são seguidas no aspecto quantitativo, estando muito aquém do preconizado para o grupo pesquisado; entretanto, elas vêm atendendo de forma qualitativa às necessidades nutricionais.

Outro grupo de alimento que se destacou quanto a sua frequência foram os açúcares, que podem contribuir para o ganho de peso dos idosos, sendo mais usados em bebidas do que em preparações como sobremesas.

Enfim, o tratamento não-medicamentoso para o controle da HA tem como objetivo diminuir a morbimortalidade cardiovascular, por meio de mudanças no estilo de vida que favoreçam a redução da HA. O controle do excesso de peso corporal, da ingestão de sal, gorduras e de bebidas alcoólicas, assim como a prática regular de exercícios físicos, são as mudanças comprovadamente eficazes na redução e controle de níveis pressóricos, e devem ser realmente incentivadas. No entanto, no grupo de idosos pesquisados não se identificou uma real mudança no estilo de vida,

para que fossem alcançadas as metas terapêuticas propostas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados encontrados no estudo confirmam a relação entre sobrepeso e a hipertensão arterial em ambos os sexos. Quanto a alguns aspectos de estilo de vida, observaram-se mudanças relacionadas ao hábito do tabagismo, etilismo e adesão à prática de atividade física pela maioria dos idosos pesquisados nos dois centros de convivência.

No que se refere aos hábitos alimentares, constataram-se algumas mudanças gerais, como redução na adição de sal e gorduras, e consumo de certas variedades de alimentos, incluindo cereais, leite, verduras e frutas. A ausência, no entanto, do acompanhamento nutricional, inviabiliza o tratamento dietético individualizado, essencial para melhor adesão do paciente e eficácia da terapêutica não-medicamentosa.

A atividade física desenvolvida nos centros, mesmo não trazendo o benefício da redução de peso corporal, por ser considerada leve e sem fins de gasto energético, pode influenciar positivamente em aspectos como o bem-estar, socialização e promoção de menores níveis de estresse.

As políticas de saúde na área de alimentação dos idosos propõem que os planos de ações nacionais de nutrição reconheçam as pessoas idosas como grupos vulneráveis, e incluam medidas especiais para prevenir a

desnutrição e garantir políticas alimentares que capacitem indivíduos de todas as idades a escolher alimentos saudáveis.

Considerando a importância da qualidade de vida na terceira idade, tornam-se necessárias políticas públicas multi-setoriais que assegurem um envelhecimento ativo, a fim de melhorar as condições de saúde e aumentar a participação dessa população idosa junto à sociedade.

NOTAS

- ^a Nutricionista, estudante do Curso de Especialização em Alimentos e Nutrição, Departamento de Nutrição, Universidade Federal do Piauí.
- ^b Nutricionista, especialista em Saúde Pública e em Nutrição Materno Infantil.
- ^c Estatístico, Mestre e Pesquisador na Fundação Municipal de Saúde - Teresina/PI.
- ^d Doutora em Ciência da Nutrição, Professora Adjunta no Departamento de Nutrição, Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Extensão Universitária para a Terceira Idade, Universidade Federal do Piauí.

REFERÊNCIAS

1. Beltrão KL, Camarano AA, Kanso S. Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX. Rio de Janeiro: IPEA; 2004. (Texto pra discussão, 1034)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N.196/96 - Regulamento pesquisas envolvendo seres humanos. 1996 Out 10
3. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: 2002a.
4. Brasil. Ministério da Saúde. SISVAN. Vigilância alimentar e nutricional: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: 2004b.
5. Cabral PC, et al. Avaliação antropométrica e dietética de hipertensos atendidos em ambulatório de um hospital universitário. Revista de nutrição 2003; 16(1): 61-71.
6. Campese VM, Bianchi S. Nutritional factors in hypertension. In: Kopple JD, Massry SG. Nutritional management of renal disease. Baltimore : Williams & Wilkins; 1997. p.77-95
7. Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição da Região Centro-Oeste/MS/UFG CECAN/RCO. Antropometria, manual de técnicas e procedimentos: vigilância nutricional. 2. ed. rev. atual. Goiânia; 2003.
8. Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial III. Revista brasileira de cardiologia 1999; 1(3).
9. Cuppari L. Guia de Nutrição: nutrição clínica no adulto. 2. ed. Barueri/,SP: Manole; 2005. p. 89-127.
10. Epi-Info. World Health Organization. Center Control Diseases. Version 6.04b, 2001 January.
11. Franken RA, Taddei CFG, coordenadores. Diretrizes do grupo de estudo em cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol 2002, 79 (Sup 1):1-45.
12. Kestin M, Moss R, Clifton PM, Nestel PJ. Comparative effects of three cereal brans on plasma lipids, blood pressure and glucose metabolism in mildly hypercholesterolemic men. Am J Clin Nutr 1990; 52 (4): 661-6.
13. Kopple JD, Massry SG. Nutritional management of renal disease. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997. p.77-95.

14. Krummel D. Nutrição e hipertensão. In: Mahan LK, Escott-Stump S. Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia. 10.ed. São Paulo: Roca; 2002a. p. 576 - 90.
15. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary care* 1994; 21(1): 55-67.
16. Miranda RD. Hipertensão arterial: o que muda na fisiopatologia e no tratamento. In: Ramos LR. Geriatria e Gerontologia. Guias de medicina ambulatorial do hospitalar UNIFESP - Escola Paulista de Medicina. 2. ed. São Paulo: Manole; 2005. p.61-75.
17. Moura MRL. Interação fármaco-nutriente: uma revisão. *Revista de nutrição* 2002; 15: 223-38.
18. Philippi ST, Latterza AR, Cruz ATR, Ribeiro LC. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha de alimentos. *Revista de nutrição* 1999; 12(1): 65-80.
19. Pompeu JGF. O orientador de bolso - recomendação para a elaboração de trabalhos acadêmicos. São Paulo: Memnon; 2003.
20. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Revista de Saúde Pública* 1987; 21: 211-24.
21. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Lat Am Enfermagem* 2002; 10: 757-64.
22. Secretaria de Saúde de Pernambuco. Boletim informativo das doenças crônico-degenerativas 2002; 2(02)
23. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretrizes brasileiras sobre dislipidemias e diretrizes de prevenção da aterosclerose do departamento de aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia 2001; 77(Supl III)
24. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes brasileiras da hipertensão arterial. Campos do Jordão; 2002. 31p.
25. Swain J, Rouse IL, Curley CB, Sacks FM. Comparison of the effects of oat bran and low-fiber wheat on serum lipoprotein levels and blood pressure. *The New England journal of medicine* 1990; 322: 147-54.
26. University of Michigan Health System. Adult Health Advisor. Dietary approaches to stop hypertension (The DASH Diet). Mckesson: 2005. Disponível na: URL: <http://www.med.umich.edu/>
27. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. *Revista de Saúde Pública* 1987; 21(3): 225-33.
28. World Health Organization. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Geneva: Report of a WHO Consultation on Obesity; 1998.

Recebido para publicação em: 05/05/2006
Aceito em: 15/12/2006

Acupuntura, especialidade multidisciplinar: uma opção nos serviços públicos aplicada aos idosos

*Acupuncture, multidisciplinary specialty:
an option in public services designed for the elderly*

Ana Luzia Batista de Góis*

Resumo

Tendo em vista a indicação de modalidades multidisciplinares como forma eficaz de atendimento e o aumento da utilização da acupuntura nos serviços de saúde no Brasil, o presente estudo teve como objetivo contribuir para o conhecimento da acupuntura e ampliação do seu uso na rede pública. Utilizou-se o método de revisão de literatura, realizando-se uma coleta de dados nos prontuários dos pacientes atendidos pelos acupunturistas de formação multidisciplinar do Instituto Municipal de Medicina Física Oscar Clark, no Rio de Janeiro, a fim de que a prática profissional pudesse contribuir para o melhor desenvolvimento do mesmo. Resultados: a idade se concentrou entre 60 e 80 anos (61%); a maior frequência entre as doenças ou queixas encaminhadas coube às algias (39%); quanto à melhora com o tratamento ministrado, o maior índice indicou melhora de 26 a 50%. Conclusão: a acupuntura oferece um bom resultado, inclusive no caso de doenças crônicas e nos idosos.

Aconselha-se manter a base filosófica científica dos orientais, exercendo-se a acupuntura de forma multidisciplinar e livre de disputas por monopólio como garantia de sua qualidade. Recomenda-se, ainda, sua ampliação nos demais serviços públicos e nas ações públicas multidisciplinares como opção eficaz, natural e de baixo custo.

Palavras-chave:

acupuntura; doença crônica; idoso; saúde pública

Abstract

Considering the indication of multidisciplinary kinds an efficient form of service, and the increasing use of acupuncture in Brazilian health services, this

Correspondência / Correspondence

Ana Luzia Batista de Góis

E-mail: anagoesfisio@globo.com

study aimed to contribute for the knowledge of acupuncture and to expand its application in public services. It used literature review, carrying out data collection among medical records of patients assisted by acupuncturists of multidisciplinary formation at Oscar Clark Municipal Institute of Physical Medicine, in Rio de Janeiro, so that the professional practice could help its best development. Results: ages ranged from 60 to 80 years (61%); largest frequency between diseases or complaints were pains (39%); as to improvement brought by the treatment, the largest index showed an improvement from 26 to 50%. Conclusion: acupuncture brings good results, especially in cases of chronic diseases and for the elderly. The Western scientific philosophical basis must be preserved, using acupuncture in a multidisciplinary way, free from disputes for a monopoly to ensure its quality. Also, acupuncture must be expanded to other public services and to multidisciplinary public actions, as an effective, natural and low-cost option.

Key words:

acupuncture; chronic disease; aged; public health

INTRODUÇÃO

O aumento da utilização da acupuntura nos serviços de saúde é observado em diversos países do Ocidente, inclusive no Brasil, ao mesmo tempo em que se vivencia o crescente perfil demográfico da população idosa. A complexidade dos fatores inerentes ao envelhecimento leva à necessidade de se indicar das modalidades assistenciais multidisciplinares, para que possam fazer frente a sua heterogeneidade.

A acupuntura tem na sua essência a multidisciplinaridade, o que favorece uma melhor abordagem ao idoso e uma aproximação maior com a geriatria/gerontologia. O presente estudo deve ser associado a outros microlevantamentos, com um número de amostra maior, para subsidiar o planejamento e a avaliação, inserindo ações alternativas na saúde pública, e/ou na análise dos efeitos da acupuntura no favorecimento da qualidade de vida.

A falta de informação sobre o valor da acupuntura em grupos específicos de pacientes impede uma ação eficiente da ampliação e promoção desse tipo de atendimento. Sendo assim, mediante o estudo da literatura da área, dos pacientes atendidos no ambulatório de acupuntura e a resposta obtida com o tratamento ministrado, este estudo teve como objetivo contribuir para o conhecimento da acupuntura e ampliação do seu uso na rede pública do Brasil.

DESENVOLVIMENTO

Fundamentação teórica

A acupuntura é uma técnica de tratamento milenar, originária da medicina tradicional chinesa, que visa à manutenção da saúde através do estímulo de pontos específicos do corpo. Essa técnica esteve isolada do mundo ocidental durante milênios, por representar uma filosofia de vida bastante distanciada da

cultura ocidental, que a considerava uma prática sem base científica (Kendall¹⁷, 1989). Em 1979, especialistas de 12 países presentes ao seminário Inter-Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS¹⁹, 2002) publicaram uma lista provisória de enfermidades que podem ser tratadas pela acupuntura (Bannerman², 1979). No Brasil, alguns conselhos federais de saúde trataram de legitimar efetivamente sua prática, através de resoluções internas. Os precursores desta ação pioneira foram os fisioterapeutas, no ano de 1985 (Coffito⁷, 2005; Góis¹⁰, 2005b). A base filosófica científica dos orientais mostra, através de seus textos clássicos, a importância de a acupuntura ser mantida como uma atividade multidisciplinar e livre de disputas por monopólio (De Carli⁸, 2005).

No Ocidente, a acupuntura ganhou credibilidade principalmente por seu efeito no alívio da dor, originada de vários fatores. O foco de atenção tem sido o papel dos opióides endógenos nesse mecanismo. Observou-se aumento da concentração de endorfinas e também de serotonina no líquido cefaloraquidiano de doentes submetidos à acupuntura (Sjolund²⁹, Terenius & Rriksson, 1977).

Mas a acupuntura não causa apenas um efeito analgésico; ela provoca múltiplas respostas biológicas. Vê-se, portanto, que a pesquisa em acupuntura é importante não apenas para elucidar os fenômenos associados ao seu mecanismo de ação, mas também pelo potencial para explorar novos caminhos na fisiologia humana ainda não examinados de maneira sistemática. Além disso, poderá ajudar a superar deficiências que se verificam no

ensino e na difusão científica dos princípios que fundamentam sua prática. Como salientam Scognamillo-Szabó & Bechara²⁷ (2001), a pesquisa da acupuntura reveste-se de grande interesse, porque poderá traduzir conhecimentos milenares, contribuindo para sua aceitação e incorporação.

Alguns desses conhecimentos chamam, de maneira especial, a atenção da autora do presente estudo, que, como profissional atuante nas áreas de fisioterapia e de acupuntura, tem-se dedicado à análise do atendimento prestado pelos serviços de saúde à pessoa idosa acometida por doenças crônicas. Assim, neste trabalho, através do estudo de casos atendidos em um ambulatório de acupuntura do serviço público de saúde, se procurará aprofundar o conhecimento sobre esse tipo de atendimento.

É bastante recente o oferecimento de tratamento através da acupuntura no sistema brasileiro de saúde pública, e a conveniência de serem mais divulgados os benefícios dessa técnica e ampliada sua oferta encontra respaldo em fortes argumentos, alguns dos quais são abordados a seguir.

O tratamento através da acupuntura (assim como o de outras terapias ditas alternativas e oriundas da medicina oriental tradicional, como, por exemplo, yoga, shiatsu, shantala, tai-chi-chuan, pa-tuan-ching, tui-ná) ainda não pode ser considerado um substituto dos tratamentos da medicina ocidental. Mas é uma medida complementar cuja eficácia vem sendo comprovada por pesquisas realizadas em todo o mundo (Pai²⁰, Hsing & Wu Tu, 2005).

Os custos de um tratamento através da acupuntura são muito baixos (Bannerman², 1979), principalmente quando comparados aos custos das condutas da medicina ocidental, que envolvem a participação de vários especialistas na abordagem de um único paciente e a repetição exaustiva de exames de rotina e de controle (Carvalho-Filho⁵, 1998; Camarano⁶, 2004). Então, se a população puder ter acesso a esses tratamentos através do sistema de saúde pública, isso pode concorrer para diminuir os altos custos dos serviços ambulatoriais mantidos pelo governo.

A população idosa, especificamente, cresce no mundo de forma acelerada. Sabe-se que acima dos 60 anos aumenta a incidência de afecções crônicas, muitas das vezes acarretando para o idoso dificuldade na realização das atividades da vida diária e o demandando do auxílio de outra(s) pessoa(s) (Kalache, Veras & Ramos¹⁶, 1987). A limitação física, segundo a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), estende-se para a limitação política e, conseqüentemente, gera uma atitude de anulação, precursora de uma possível segregação social (IBGE¹⁴, 2004a).

Estes são alguns motivos que justificam a realização de estudos como o presente, que aprofundem o conhecimento de terapias alternativas que, a título preventivo, ou associadas aos recursos da medicina ocidental, concorram para a manutenção da saúde da população e para a diminuição dos gastos públicos. A falta de difusão de princípios e técnicas da medicina oriental junto aos profissionais de saúde tem contribuído decisivamente para dificultar sua indicação terapêutica. Ao

serem evidenciados os benefícios realizados pela acupuntura, poder-se-á estabelecer uma fundamentação teórica e prática que concorra para a ampliação do serviço de acupuntura na rede pública de saúde.

As Doenças na Medicina Tradicional Chinesa

Na concepção da medicina tradicional chinesa, o ser humano é constituído por dois aspectos fundamentais: o *Qi* (Energia) e a Matéria, obedecendo à concepção dualística (*Yang-Yin*) do Universo. A matéria caracteriza-se pela estrutura orgânica do corpo, e a energia, que permanece agregada à matéria, promove o dinamismo dessa parte material orgânica (Yamamura³¹, 2003).

O responsável pelo transporte do *Qi* dos Alimentos aos músculos de todo o corpo e, em particular, aos quatro membros, é o baço (*Pi*), que é facilmente atacado pela Umidade exterior e pode invadir o organismo de diferentes maneiras, devido às circunstâncias do meio ambiente ou hábitos de vida (Maciocia¹⁸, 1996).

O processo de adoecimento inicia-se com a desarmonia do *Yang* e do *Yi*. A alimentação desregrada, o estresse, as emoções reprimidas, as intoxicações, as fadigas (física, mental e sexual) são fatores que enfraquecem a Energia Vital dos *Zang Fu* (Órgãos/Vísceras) (Yamamura³¹, 2003).

A medicina chinesa é filosófica, sintética, holística, interna, conformatória, empírica, individual, preventiva, experimental, experiencial,

humoral, subjetiva e natural (Tu Hsing *et al.*²⁹, 2004). Por este motivo, acredita-se que o ideal é juntar a medicina chinesa e a medicina ocidental. Tal síntese pretende prover o mundo com um sistema de saúde mais completo, mais satisfatório.

A multidisciplinaridade da Acupuntura e da Geriatria/Gerontologia favorecendo a abordagem terapêutica

O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias (Biancarelli⁴, 1999; Veras³⁰, 2002). Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas (Rebelatto & Morelli²³, 2004; Saldanha & Caldas²⁵, 2004).

O envelhecimento e a acupuntura desafiam a área do saber que estuda as múltiplas possibilidades intencionais de interpretação do ser humano e de suas condutas e comportamentos no âmbito existencial.

Através da filosofia, as condutas e comportamentos do ser humano no âmbito existencial revelam-se na importância dos valores, ou seja, a partir da complexidade cultural de uma vida existencial inserida num contexto de circunstância, de facticidade e de corporeidade de um “ser humano”, em permanente estado de necessidades, de natureza: biofísicas; biopsíquicas ou emocionais; biomorais (bioética) ou humanas; biosociais ou históricas; e biotranscendentes ou cósmi-

cas (Beresford³, 1999; Góis⁹, 2005a). Tais possibilidades de interpretação somente podem ser operacionalizadas de forma multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar e através dos mecanismos cognoscitivos da pré-compreensão, compreensão axiológica, da compreensão fenomenológica, da explicação fenomênica e da ordenação axiológica (Russel²⁴, 1957; Reale²², 2002).

Assim sendo, frequentemente o idoso tem mais de uma queixa dolorosa. Pesquisa com 58 idosos candidatos ao Grupo de Atendimento Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial (Gamia), do Hospital das Clínicas/ FMUSP, revelou que 46 (79,3%) candidatos referiam dor, dos quais 16 (34,7%) referiam dor em uma localização; 17 (36,9%), duas dores; e 13 (28,4%), três ou mais queixas dolorosas (Gomes¹¹ *et al.*, 2005). Nos casos em que a causa da dor não é remediável, ou é parcialmente tratável, indica-se frequentemente a abordagem multidisciplinar. Estratégias farmacológicas e não-farmacológicas combinadas geralmente resultam em melhor controle da dor, com doses menores de medicamentos e menos efeitos colaterais. A acupuntura é extremamente útil nesse contexto.

Diversos estudos, como de Hans¹³ (1984); Gomes¹¹ (2005), Sato & Nakatani²⁶ (1974) mostram sua utilidade no tratamento de pacientes idosos com osteoartrite e dor no joelho, lombalgia, artrose de articulação coxofemoral, síndrome dolorosa miofascial cervical, dorsal e do ombro. Pacientes portadores de neuropatias diabética, do trigêmeo e pós-herpética também podem se beneficiar

do tratamento com acupuntura. Os resultados mostram redução na intensidade e frequência da dor, melhora na qualidade de vida, no sono, e diminuição na quantidade de medicamentos utilizados (Gomes¹¹ *et al.*, 2005).

Portanto, a Medicina Ocidental deve possibilitar questionamentos em nível mais elevado do que o de simplesmente discutir tratamentos, técnicas e metodologias. O estereótipo do profissional centralizador não deveria mais ter lugar em uma ciência cujas fronteiras interdisciplinares são cada vez menos nítidas e na qual o trabalho e a pesquisa em equipes multidisciplinares são fundamentais para que os objetivos sejam alcançados (Almeida Filho¹, 1997).

MATERIAL E MÉTODO

Esta pesquisa é uma revisão bibliográfica na qual se utilizou um levantamento de dados em prontuários dos pacientes atendidos num ambulatório de acupuntura de um serviço público de saúde e a resposta obtida após o tratamento ministrado. Para o desenvolvimento do levantamento de dados foram seguidas as etapas apontadas como necessárias por Pereira²¹ (2002). O horizonte espacial deste estudo se restringiu ao ambulatório de acupuntura do Instituto Municipal de Medicina Física Oscar Clark, na cidade do Rio de Janeiro, coordenado pelo Prof. Cláudio Pignone. Seu horizonte temporal circunscreveu-se à coleta de dados dos atendimentos realizados no dia: 21 de dezembro de 2004, das 13 às 17h.

São sujeitos deste estudo os pacientes atendidos no ambulatório pelos acupunturistas de

formação multidisciplinar no Instituto Municipal de Medicina Física Oscar Clark no dia 21 de dezembro de 2004. Dentre os pacientes registrados para a acupuntura, foram verificados 23 registros, se excluindo nenhum paciente que se apresentou para o atendimento nesta data no período da tarde (das 13 às 17h). Os sujeitos do estudo residem na cidade do Rio de Janeiro, são de ambos os sexos, têm mais de 20 anos de idade, e a maioria apresenta algum tipo de incapacidade. O instrumento da coleta de dados foram os prontuários padronizados dos pacientes, que contavam com pareceres periódicos dos acupunturistas.

Através dos dados coletados, foram utilizados os procedimentos da estatística descritiva, destacando as maiores frequências de ocorrência como forma de pontuar os elementos prevalentes nas diferentes variáveis investigadas.

RESULTADOS

Os resultados revelaram que: (1) a idade dos pacientes se concentrou na faixa entre 60 e 80 anos e, somando-se a faixa a cima dos 60 anos, totalizou 61% dos sujeitos do estudo; (2) os pacientes do sexo feminino constituíram ampla maioria (83%); (3) o local de moradia prevalente foi a Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro (72%); (4) entre as doenças ou queixas encaminhadas para tratamento pela acupuntura através de diagnóstico clínico ocidental, a maior frequência coube às algias (39%); (5) quanto ao tempo des-

sas patologias, predominaram as instaladas após um ano (74%); (6) o diagnóstico oriental dessas patologias apontou 26% delas como estando relacionadas ao *Pi*; (7) quanto ao objetivo do tratamento, circular o *Qi* e tonificar o *Pi* receberam, cada um, 9% das respostas; (8) a acupuntura associada à fisioterapia colheu 57% das respostas referentes ao trata-

mento realizado; (9) o tempo de atendimento obteve a maior frequência de 1 até 5 sessões, com 56%; (10) o ponto CS6, com 14% das respostas, foi indicado como o mais utilizado; (11) quanto ao nível de melhora dos pacientes com o tratamento ministrado, o maior índice apontou para 26% das respostas que indicaram uma melhora de 26 a 50%.

Quadro 1.a – Distribuição da frequência encontrada em cada categoria dos prontuários pesquisados – total 23 pacientes

Idade		Sexo	
Entre 20 e 40 anos	02	Feminino	19
Entre 40 e 60 anos	07	Maculino	04
Entre 60 e 80 anos	13		
Acima de 80 anos	01		
Bairro de moradia do paciente		Diagnóstico clínico da medicina ocidental	
Zona norte	16	Algias	09
Ilha do governador	01	Traumas	02
Zona oeste	04	Artrose	01
Indeterminado ¹	02	Diabetes	02
Objetivo do tratamento²		ombociatalgia	05
Analgesia	02	Fibromialgia	01
Nutrir xue	01	Hérnia discal	02
Nutrir gan	01	Paralisia idiopática	01
Circ xue	01	Tempo de patologia	
Circ qi	03	Até 1 ano	05
Circ gan	01	De 1 ano até 3 anos	08
Nutrir yin shen	02	De 3 anos até 6 anos	04
Nutrir pi	01	De 6 anos até 10 anos	02
Tonificar pi	03	Acima de 10 anos	03
Drenar umidade	01	Indeterminado ¹	01
Indeterminado ¹	17		
Tipo de tratamento realizado		Tempo de tratamento	
Somente acupuntura	05	1 até 05 sessões	13
Acupuntura e fisioterapia	13	6 até 10 sessões	05
Acupuntura e controle clínico	01	11 até 15 sessões	02
Combinação dos três	04	Acima de 16 sessões	03

¹ os valores denominados indeterminados referem-se aos prontuários que não possuíam anotações das informações pesquisadas.

Quadro 1.b – Distribuição da frequência encontrada em cada categoria dos prontuários pesquisados – total 23 pacientes

Pontos de acupuntura mais utilizados ²		Nível de melhora dos pacientes com o tratamento ministrado			
CS6	14	B20	03	Nenhuma melhora (0%)	03
F3	09	C7	03	Melhora relativa (até 25%)	03
VB34	09	E40	03	Boa melhora (de 26 até 50%)	06
IG4	09	R6	05	Melhora acentuada (de 51% até 75%)	02
BP6	04	B23	03	Processo de alta (de 76% até 100%)	03
E35	02	ID3	04	Não identificado ¹	06
VB39	04	BP3	03	Total:	23
R9	02	B15	02		
VC12	04	B44	02		
R3	04	B42	02		
B60	04	IG11	02		
BP9	03	OUTROS	01		
Total:	101				

² Observa-se que o número de respostas computadas não corresponde ao número de sujeitos do estudo, isto porque houve mais de uma resposta indicada concomitantemente

Fonte: prontuários do ambulatório de acupuntura do Instituto Municipal de Medicina Física Oscar Clark (2004).

DISCUSSÃO

Nos dados coletados nos prontuários dos 23 pacientes foram avaliadas apenas as variáveis consideradas mais relevantes para os propósitos deste estudo. A influência de uma variável sobre outra não foi analisada, sendo sugerida para trabalhos posteriores, assim como o aumento do número de pacientes.

Idade

A prevalência com relação à idade dos sujeitos do estudo se concentrou na faixa de

60 a 80 anos, que, somada à faixa acima de 60 anos, perfaz o percentual de 61%, evidenciando serem os idosos os maiores usuários do serviço de acupuntura analisado no presente estudo. Isso pode ser explicado pelo aumento de idosos no Brasil e no mundo, e pela característica de ser nessa faixa da população que se encontram as doenças crônicas que, em geral, não se resumem a uma única patologia, mas à interação de várias patologias que atuam concomitantemente no organismo.

Sexo

O alto percentual de pacientes do sexo feminino (83%) pode ser explicado através dos resultados de pesquisa do IBGE¹⁵ (2004b), segundo a qual, além de nascerem mais mulheres do que homens, o índice de mortalidade é maior nos homens do que nas mulheres. Esse índice vai se acentuando conforme o passar dos anos, o que torna a população de idosos do sexo feminino muito maior.

Acrescente-se que as mulheres têm por tradição procurar mais os cuidados de saúde do que os homens.

Bairro de moradia do paciente

O bairro de moradia dos sujeitos do estudo apresenta maior percentual na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro (72%). Isto se deve provavelmente ao fato de o Instituto Municipal de Medicina Física Oscar Clark, onde se deu o atendimento de acupuntura, estar localizado nessa mesma região da cidade, podendo-se inferir que o usuário procura o atendimento que esteja próximo de sua moradia.

Diagnóstico clínico da Medicina Ocidental

O diagnóstico clínico que aparece nos prontuários como maior motivo para o encaminhamento ao tratamento de acupuntura não pode ser considerado especificamente um diagnóstico, mas sim um sintoma: algias (dor)

– 39%. Porém, como se observa no quadro 1, este item engloba um grupo de dores articulares em geral, de coluna, tendinites e fibromialgias, mais uma vez destacando o fator de doença crônica como motivo para o tratamento pela acupuntura.

Tempo de patologia

O levantamento do tempo em que os sujeitos do estudo apresentavam a patologia que levou ao encaminhamento para tratamento pela acupuntura apontou a predominância de patologias instaladas após um ano (74%). Apenas 22% das patologias teriam se instalado em período inferior a um ano, o que demonstra a cronicidade das mesmas.

Diagnóstico da Medicina Oriental

Nesta variável se destacaram, pela frequência alta de 26%, as patologias relacionadas ao *Pi*, e logo após, com 24%, as patologias relacionadas com o *Shen*, o que se justifica pela cronicidade, estando coerente com a alta frequência mostrada nesta pesquisa para as doenças crônicas.

Objetivo do tratamento

Quanto ao objetivo do atendimento, o percentual maior que coube a indeterminado (52%) ocorreu porque este campo específico não constava no prontuário. Mas, como eventualmente era descrito, isto foi computado por se julgar importante para um futuro cruzamento de dados. A seguir, os objetivos que mais se destacaram foram: circular o *Qi* (9%)

e tonificar o *Pi* (9%), resultados que se justificam e podem ser atribuídos aos fatores de distúrbios emocionais (stress) e dietéticos (má alimentação), respectivamente, característica dos grandes centros urbanos onde se vivencia a competição, aborrecimentos e contrariedades que, embora rotineiros, são fortes fatores marcantes nas alterações da circulação do *Qi*. A vida corrida e a cultura moderna também levam ao consumo exagerado dos *fast-food*, que são alimentos geradores de umidade que propiciam a deficiência do *Pi* (Maciocia¹⁸, 1996; Yamamura³¹, 2003). Essas alterações por longo período acometem o *Shen*, corroborando com o achado anterior, no qual se verificou alto percentual para o diagnóstico oriental relacionado ao *Shen*.

Tipo de tratamento realizado

Quanto ao tipo de tratamento realizado, a acupuntura está com alto percentual (57%) de seu atendimento associado à fisioterapia, verificando-se a íntima relação entre as mesmas. Observe-se que, conforme relatado na fundamentação teórica deste estudo, tal relacionamento tem-se mostrado benéfico para o paciente. Na experiência profissional da autora com formação em fisioterapia, verifica-se na prática que a acupuntura auxilia em diversas formas no processo da reabilitação, dentre elas, na analgesia e na diminuição da tensão muscular, favorecendo o trabalho da cinesioterapia, como também na promoção da força de vontade do paciente necessária para buscar a recuperação e/ou a readaptação funcional.

Tempo de tratamento

De acordo com os dados constantes nos prontuários, os sujeitos do estudo receberam tratamento de acupuntura de 1 até 5 sessões (56%), de 6 a 10 sessões (22%), de 11 a 15 sessões (9%) e em mais de 16 sessões (13%). Esses números demonstram que existe um percentual alto para as primeiras cinco sessões, relacionando-se ao elevado número de novos tratamentos, o que permite evidenciar um bom fluxo de recepção a novos pacientes. Da mesma forma, observa-se que esse percentual diminui conforme aumenta o período de tratamento, podendo-se presumir que o tratamento de acupuntura é de média a curta duração, já que o período médio para se obter o objetivo terapêutico é de cerca de 10 sessões.

Pontos de acupuntura mais utilizados

O ponto mais utilizado foi CS6, com 14% de frequência, o que corrobora o resultado encontrado no item sobre o objetivo, no qual foram destacados os objetivos de circular o *Qi* e de tonificar o *Pi*. Os outros pontos que apresentaram maior frequência foram: F3, IG4 e VB21, cada um deles com 9%, que correspondem respectivamente aos seguintes temas, já citados: circular o *Qi*, analgesia e trabalhar tendões e músculos, estruturas que em geral estão comprometidas na limitação funcional e nas doenças crônicas.

Embora não fosse evidenciado um ponto específico com alta frequência que viesse a se relacionar diretamente com o objetivo de

tonificar o *Pi*, diversos pontos com esta função foram utilizados. Sabe-se que o aconselhamento ao paciente na adoção de dieta e de hábitos saudáveis faz parte do perfil do acupunturista, sendo de fundamental importância aos fatores relacionados ao *Pi*.

Nível de melhora dos pacientes com o tratamento ministrado

Verifica-se que o índice de 26% a 50% de melhora com a acupuntura ficou com 26%, e o índice de não-identificado também recebeu 26% das respostas. Isso se explica porque, como a maioria das doenças evidenciadas é de natureza crônica, o tratamento tende a ser lento, o que não anula o efeito da acupuntura, pois resultados pequenos são de relevância para a qualidade de vida desses idosos. Assim sendo, a acupuntura sugere oferecer estatisticamente um bom resultado na sua aplicação, com redução de 26% a 50% de sua queixa principal.

Ressalta-se que os resultados aqui obtidos, embora apoiados pela literatura, referem-se à limitação deste estudo. Tais resultados, segundo Pereira²¹ (2002), com a soma de outros estudos com número maior na amostra, viabilizam o perfil do paciente atendido pelo serviço de acupuntura, que vem auxiliar educadores, doentes e a Saúde Pública.

CONCLUSÃO

O resultado obtido corrobora a literatura da área, quando afirma que a demanda pelo serviço de saúde é ocasionada sobretudo pelas doenças crônicas, confirmando o crescente perfil demográfico da população idosa. O envelhecimento é complexo e necessita de modalidades alternativas e de atendimento com uma abordagem multidisciplinar para que possa fazer frente a sua heterogeneidade. A acupuntura tem na sua essência a multidisciplinaridade, o que facilita a melhor abordagem ao idoso e permite maior aproximação com a geriatria.

Pode-se concluir que a acupuntura sugere oferecer um bom resultado, inclusive no caso de doenças crônicas e nos idosos. Aconselha-se a manter a base filosófica científica dos orientais, sendo a acupuntura exercida de forma multidisciplinar e livre de disputas por monopólio, como garantia de sua qualidade. Recomenda-se, ainda, sua ampliação nos demais serviços públicos e nas ações públicas multidisciplinares como opção eficaz, natural e de baixo custo.

NOTAS

* Fisioterapeuta acupunturista, Mestre em Ciência da Motricidade Humana pela Universidade Castelo Branco do Rio de Janeiro, aluna do curso de especialização em Geriatria e Gerontologia da UnATI/UERJ e Doutoranda em Ciências Médicas na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

REFERÊNCIAS

1. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciência & saúde coletiva* 1997; 11 (1/2): 5 – 20.
2. Bannerman RH. Acupuntura: a opinião da OMS. *Revista Saúde do Mundo* 1979 dez.: 23-8.
3. Beresford H. Valor: saiba o que é. Rio de Janeiro: Shape; 1999. p. 16–85.
4. Biancarelli A. Brasil vai adotar plano para idoso. *Folha de São Paulo* 1999 set; 26 Especial: “Mais velhos”: 3.
5. Carvalho-Filho ET. Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. *Rev. Saúde Pública* 1998; 32 (1): 36-42.
6. Camarano AA, organizador. Os novos idosos brasileiros muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea; 2004. p.1-5.
7. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Legislação. Disponível na URL: <http://www.coffito.org>
8. De Carli MJ. A história da Acupuntura no Brasil. Disponível na URL: <http://paginas.terra.com.br/saude/jornalnatural/megahistoria.htm>
9. Góis ALB. O valor das condutas e comportamentos motores voltados para indivíduos idosos portadores da Doença de Parkinson [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Castelo Branco; 2005a.
10. _____. A prevalência das doenças atendidas no Ambulatório de Acupuntura do Instituto Municipal de Medicina Física Oscar Clark – respostas ao tratamento [monografia]. Rio de Janeiro: ABACO; 2005b.
11. Gomes JCP, Faelli CYP, Pai HJ. A acupuntura em Geriatria. São Paulo, CEIMEC – Centro de Estudo Integrado de Medicina Chinesa. Disponível na URL: <http://www.ceimec.com.br>
12. Hans JS, Terenius L. Neurochemical basis of acupuncture analgesia. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 1982; 22: 193-220.
13. Hans JS, Xie GX. Dynorphin: important mediator for electro-acupuncture analgesia in the spinal cord of the rabbit. *Pain* 1984; 18: 367-77.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050. Revisão 2004. Disponível na URL: <http://www.Ibge.gov.br/>
15. _____. Censo Demográfico 2000. Disponível na URL: http://www.mpas.gov.br/12_01_18.htm
16. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. *Rev. Saúde Pública* 1987; 21(3): 200-10.
17. Kendall DE. A scientific model for acupuncture. Part I. *Am J Acupunct* 1989; 17(3): 251-68.
18. Maciocia G. Os fundamentos da medicina chinesa: um texto abrangente para acupunturistas e fitoterapeutas. São Paulo: Roca; 1996.
19. Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre capacitación básica y seguridad en la acupuntura. WHO/EDM/TRM/99.1 Distr.: General Original: 2002.
20. Pai HJ et al. Uma comparação entre a medicina chinesa e a ocidental. São Paulo, CEIMEC – Centro de Estudo Integrado de Medicina Chinesa. Disponível na URL: <http://www.ceimec.com.br>
21. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
22. Reale M. Introdução à filosofia. 4 ed. São Paulo: Saraiva; 2002.

23. Rebelatto JR, Morelli JGS. Fisioterapia geriátrica. São Paulo: Manole; 2004. p.37-247.
24. Russel B. História da filosofia ocidental. Rio de Janeiro: Companhia Editora Nacional; 1957.
25. Saldanha AL, Caldas C P, organizadores. Saúde do idoso: a arte de cuidar. 2 ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p. 3- 47.
26. Sato T, Nakatani Y. Acupuncture for chronic pain in Japan. In: Bonica JJ. Advances in neurology. New York: Raven Press; 1974. v.4. p. 813-9.
27. Scognamillo-Szabó MVR, Bechara GH. Acupuntura: bases científicas e aplicações. Ciência Rural 2001; 31(6): 1091-9.
28. Sgreccia E. Manual de Bioética. São Paulo: Loyola; 1997. 2 v.
29. Sjolund B, Terenius L, Rriksson M. Increased cerebrospinal fluid levels of endorphins after electro-acupuncture. Acta Physiol Scand 1977; 100:382-84.
30. Veras RP. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume Dumará UnATI / UERJ; 2002. p.12 - 95.
31. Yamamura Y. Acupuntura tradicional – a arte de inserir. São Paulo: Roca;2003.

Recebido para publicação em 24/3/2006

Accito em 02/10/2006

Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade?

Aging, love and sexuality: utopia or reality?

Thiago de Almeida^a
Maria Luiza Lourenço^b

Resumo

O envelhecimento mundial é um fenômeno que tem sido muito discutido na última década, sobretudo por seu significativo crescimento. Muitos pesquisadores de diferentes áreas têm mostrado interesse em estudar essa fase da vida. Infelizmente, os idosos são vistos com preconceito, porque ainda hoje a idéia de envelhecer é vista como sinônimo de doença e incapacidade. Outro tema bastante comum para o nosso cotidiano é discorrer a respeito do conceito de amor. Versar sobre essas duas temáticas é um árduo trabalho, em razão de algumas dificuldades metodológicas e impropriedades conceituais que lhes são inerentes. Contudo, é possível atingir a velhice de forma saudável, expressando o amor e a sexualidade, elementos por vezes negligenciados pelos próprios idosos. O objetivo deste estudo foi realizar uma análise criteriosa de algumas publicações que estudam o envelhecimento, o amor e a sexualidade, para oferecer ao leitor um panorama desses temas tão importantes, que, por vezes, representam lacunas teóricas e vivenciais em si mesmos.

Palavras-chave:
envelhecimento;
amor; sexualidade.

Abstract

World aging is a phenomenon that has been largely discussed in the last decade, mainly because of its significant increase. Several researchers in different areas are interested in studying this age group. Unfortunately, elderly people still suffer prejudice, since today the idea of aging is regarded as synonym to disease and incapacity. Another common theme nowadays is to talk about the concept

Correspondência / *Correspondence*

Thiago de Almeida

E-mail: thalmeida@usp.br

of love. It is hard to talk about these themes, due to methodological difficulties and conceptual inaccuracies inherent to it. However, one can grow old healthy, expressing love and sexuality, elements which are sometimes neglected by the elderly. This study aims to carry out an accurate analysis of some publications that study aging, love and sexuality, so as to offer the reader a panorama of these important themes, that sometimes represent theoretical and existential gaps in themselves.

Key words: aging, love; sexuality

INTRODUÇÃO

“Ninguém pode estar na flor da idade, mas cada um pode estar na flor da sua própria idade.” (Mário Quintana)

Em todo o mundo, segundo a OMS, em 2002, os idosos somavam 590 milhões de pessoas, com a previsão de que esse contingente perfaça um total de 1,2 bilhão, em 2025. De acordo com o censo demográfico de 2000, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística²¹ (IBGE), a população de 60 anos ou mais residente no país era de 14.536.029 em números absolutos: 8,6% da população do Brasil, sendo que 9,3%, ou seja, 6.732.888 somente na Região Sudeste. As mulheres continuam sendo em número maior: 8.002.245, contra 6.533.784 de homens. Ainda de acordo com as projeções da expectativa de vida do IBGE* para o ano de 2050, a proporção de idosos passará de 8,6%, em 2000, para aproximadamente 15%, em 2020.

As estatísticas apontam que a faixa etária com maior crescimento na maioria dos países em desenvolvimento está acima de 60 anos.

Segundo Freitas¹⁸ (2002), enquanto a população geral mundial cresce anualmente a uma taxa de 1,7%, a população acima de 65 anos aumenta a uma taxa de 2,5% ao ano. Considerando-se a idade de 60 anos, em todo o mundo espera-se um aumento de 605 milhões, em 2000, para 1,2 bilhão, no ano de 2025. Na década de 60, apenas 5% da população tinha mais que 60 anos. Os países subdesenvolvidos, em 2000, detinham um total de 5,1% da população total de idosos, contra 14,4% da população nos países desenvolvidos.

Em termos absolutos seremos, em 2025, a sexta maior população de idosos no mundo, isto é, mais de 32 milhões de pessoas acima dos 60 anos. Evidencia-se que a proporção de pessoas com idade superior a 80 anos apresenta também um crescimento significativo. Considera-se atualmente a existência de uma “quarta idade”, que englobaria pessoas com 80 anos. De acordo com algumas estimativas, esta faixa etária alcançará uma representatividade considerável – cerca de 4,5 milhões pessoas em 2020.

* Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Disponível em: <http://ibge.gov.br/estatistica/população/projeção>

Consoante Pavarini²⁷ et al. (2005), o crescimento populacional das pessoas com mais de 60 anos se deve em grande parte ao aumento considerável na expectativa de vida dos brasileiros. Este, associado à queda da taxa de natalidade, amplia a proporção relativa de idosos na população. O censo realizado pelo IBGE²¹ em 2000 revela um crescimento de 2,6% na esperança de vida ao nascer da população brasileira, que passou dos 66 anos, em 1991, para os 68,6 anos em 2000. Esse crescimento se mostra um pouco mais elevado para as pessoas do sexo feminino do que para as pessoas do sexo masculino. Em resumo, os idosos no Brasil atual representam cerca de 10% da população geral. São na maioria mulheres, viúvas, com baixa escolaridade e com menor renda em relação a seus pares masculinos. Segundo Cançado¹³ (1996), o aumento do número de idosos também tem sido acompanhado por um acréscimo significativo nos anos de vida da população brasileira. A esperança de vida, que era em torno de 33,7 anos em 1950/1955, passou para 50,99 em 1990, chegou até 66,25 em 1995, devendo alcançar 77,08 em 2020/2025. O dado mais preocupante é que esse tempo de vida não é alcançado de forma satisfatória e sem graves problemas; ao contrário, esses seres humanos passam a ser indevidamente marginalizados e apresentam um quadro de carência emocional exacerbada (Simões³², 1998).

O conceito de velhice e tempo transcorrido: suas representações e repercussões sociais

Desde o nascimento, a vida se desenvolve de tal forma que a idade cronológica passa a se definir pelo tempo que avança. O tempo fica definido como uma sinonímia para uma eternidade quantificada, ou seja, uma cota. Desta forma, o homem e o tempo se influenciam mutuamente, produzindo profundas mudanças nas subjetividades e diferentes representações que lhe permitem lidar com a questão temporal (Goldfarb²⁰, 1998).

Cria-se assim um dilema: como teorizar acerca de um conceito como este? Embora todos saibam reconhecer um idoso, é muito difícil definir algo que possa servir para caracterizar a situação no qual se encontra. Poder-se-ia recorrer a um referencial biológico que contemplasse a aparência ou as patologias consideradas como clássicas para esse período da vida – tais como cabelos brancos, rugas, osteoporose, artrose, hipertensão, perdas de memória, cardiopatias, dentre outros. Se por um lado esses sinais costumam se manifestar bem antes que uma pessoa possa ser definida como velha ou em processo de envelhecimento, por outro, a ciência contemporânea conta com novos recursos com vistas a superar a maioria desses sinalizadores de idade avançada – logo, estes não mais se prestam para definir a velhice.

Poder-se-ia talvez arriscar uma definição em termos psicológicos, ao se recorrer a parâmetros como o enrijecimento do pensamento, perdas cognitivas, certo grau de re-

gressão e tendências depressivas. Todavia, todas essas características reunidas não dão conta de abarcar todas as inúmeras velhices e também se tornam presentes no cotidiano de muitas outras pessoas que não compartilham da considerada terceira idade.

Entretanto, ser velho não é uma abstração, e sim uma condição visível, aparente e que determina, de certo modo, as possibilidades de ação e de inter-relacionamento social (Fraiman¹⁷, 1995). O desejo de tentar adiá-la, segundo Mascaro²⁶ (2004), é um anseio legítimo e faz parte da luta do ser humano para vencer a doença, a dor, a infelicidade e a morte. Mas, a princípio, idoso é um termo que indica uma pessoa com uma vivência traduzida em muitos anos e não uma sinonímia para doenças e diversos níveis de mortificação.

Em geral a literatura classifica, didaticamente, as pessoas acima de 60 anos como idosos e participantes da terceira idade. A idade pode ser biológica, psicológica ou sociológica, à medida que se enfoca o envelhecimento em diferentes proporções das várias capacidades dos indivíduos. Mas a transformação da velhice em problema social não pode ser encarada apenas como decorrente do aumento demográfico da população idosa. Dessa maneira, a problemática do envelhecer orbita mais em torno do funcionamento da sociedade no qual está inserida do que no volume da mesma (Dourado & Leibing¹⁶, 2002).

Ainda bem que personalidades, intelectuais, políticos e artistas com mais de 60 anos aparecem na mídia, contradizendo arcaicos estereótipos, ao demonstrarem inteligência,

versatilidade, perspicácia, audácia, boa forma, bom humor, dentre outras características, mostrando que também na velhice as pessoas podem ser produtivas. Isso permite transformar também os idosos comuns, rompendo com os obsoletos paradigmas com os quais eles muitas vezes têm contato. Assim, eles vão se sentir estimulados a também procurarem aperfeiçoar suas relações interpessoais.

Alguns ainda preferem direcionar suas vidas para a religiosidade, para a contemplação, fazer trabalhos humanitários e sociais, investindo na vida de outra forma, e se sentem felizes em agir assim. Percebe-se, então, que há várias formas de se viver depois dos 60 anos e não poucas, como se pode pensar. Em contrapartida, ainda para alguns, a velhice, tal qual a concebem, continuará a ser o reduto de orações diversificadas, que tentam compensar carências afetivas e doenças que sinalizam o fim iminente. Deve-se lembrar que a morte não é um privilégio da velhice (Simões³², 1998). Ela pertence a cada um de nós que se encontra vivo e atuante. No entanto, o envelhecimento assusta, uma vez que é a fase do organismo humano, na sua evolução, que leva algumas pessoas a associarem sua chegada ao sinônimo de morte. As pessoas que conseguem superar esse medo passam a encarar a velhice como qualquer outro período da existência.

A Gerontologia entende que o envelhecimento não significa uma decadência, e sim uma seqüência da vida, com suas peculiaridades e características. Ora, sabemos que a fonte da juventude é uma utopia e, certamente, as pessoas que perseguem tal ideal sofrem de muitas angústias, pois se recusam a encarar a

realidade – afinal, ninguém é tão velho que não acredite poder viver ao menos mais algum tempo. Deve-se pensar, portanto, em envelhecer com qualidade, evitando, assim, as contínuas mortes de direitos e deveres do cotidiano. E, principalmente, o olhar do outro que aponta nosso envelhecimento. É comum reconhecermos o envelhecimento, pois ele se anuncia em termos de estética.

Amor e sexualidade na terceira idade

Paralelamente à dificuldade de conceituação da velhice, há também a problemática da aceitação das práticas amorosas e manifestações sexuais em pessoas que se encontram em idade avançada. Outra questão pensada é com relação ao aprimoramento das tecnologias em saúde, com uma busca cada vez maior por melhor qualidade e maior expectativa de vida, em que as pessoas tendem a prolongar suas vidas. Neste caso, é provável que as pessoas se deparem com a questão da separação, da formação dos novos vínculos, dos recasamentos, dentre outras temáticas relacionadas à ampliação da expectativa de vida. Antes isso não era pensado. Afinal, qual o prognóstico para estes futuros relacionamentos? Podemos fazer algo que garanta uma melhor qualidade nos engajamentos afetivos futuros? Alguns dizem que a vida realmente começa a partir dos 40 anos. Contudo, será que há um outro limite, que não a morte, para ela terminar?

A característica principal da velhice é o declínio, sobretudo físico, que leva às alterações sociais e psicológicas. Em algumas situa-

ções, os idosos se excluem das atividades sociais, alegando a idade como pretexto para se vitimarem e se sentirem inúteis perante a sociedade, acreditando também não serem mais capazes de manter um relacionamento ou de começar um novo. Dessa forma, muitas vezes a sociedade também contribui para que o idoso tenha esta percepção de menos valia, porque as pessoas de mais idade sempre foram imaginadas como aquelas que estão se despedindo da vida. Deduz-se então, incorretamente, que por ter se aposentado do seu trabalho, de sua função, o idoso se aposentou da vida. Esse preconceito se estende para outros domínios da vida do ser humano e, conseqüentemente, priva os idosos de várias oportunidades, como o amor, a sexualidade e o lazer.

O que se concebe por amor para o presente artigo não é mais uma das acepções para a realização do ato sexual, mas, segundo Almeida e Mayor⁴ (2006), é um conceito utilizado para denominar um conjunto de sentimentos diversos, distintas topografias comportamentais e múltiplos perfis de respostas cognitivas que, embora variados, estão relacionados entre si e são inerentes ao ser humano, tendem a se perdurar e possuem inúmeras formas válidas de sua manifestação. Esses autores ainda enfatizam a propriedade do amor, de ser multideterminado, e sua pluralidade de conseqüências na vida das pessoas. A exemplo do conceito de velhice, muitos teóricos se questionam se há possibilidade de existir uma definição unificada para o amor que possa abarcar sua variedade de conceituações e representações. Em relação

ao amor, nas palavras de Lázaro, talvez isso não seja possível, dado que, segundo o autor, “não há dois amores iguais” (Lázaro²³, 1996). Desta forma, pode-se analisar o amor pelos mais variados prismas, pois, talvez, em cada ser humano exista um amor diferente do outro (Lee²⁴, 1988).

Se por um lado o que se concebe a respeito do amor remete a entendimentos tão diversos, este conjunto de sentimentos, pensamentos e comportamentos pode ser caracterizado como uma interpretação distinta de pessoa para pessoa e, conseqüentemente, o que for vivenciado também pode ser considerado idiossincriticamente distinto. Por outro lado, as atitudes preconceituosas da sociedade na qual estão inseridos os idosos tipificam as atitudes destes, então, não há nenhum outro lugar onde esse preconceito seja mais aparente do que na área da sexualidade (Starr³⁴, 1985).

Seguindo uma vertente sociológica, Solomon³⁶ (1992) concebe o amor como um processo emocional que deriva de um conjunto de idéias influenciadas pela sociedade e pelo contexto histórico-social no qual se está inserido. A idéia de que o amor (ou mesmo sua busca) não seria somente importante para a vida cotidiana de qualquer cidadão, mas também o seria para a própria teoria sociológica e para a evolução da sociedade como um todo, data de pelo menos desde o final dos anos 50. William Goode, em 1959, abordou essa problemática, analisando o amor como um elemento da “ação social e, como tal, da estrutura social” (Goode¹⁹, 1959). Nesta perspectiva, o amor não é apenas um sen-

timento que paira sobre ou fora da vida social, mas um fator que estaria imanente à própria evolução sócio-histórica.

Um dos inúmeros exemplos que podemos citar, do modo como o contexto histórico-social valida ou discrimina determinadas práticas, é verificarmos o que significa a expressão “viúva alegre”. Muitas vezes as mulheres passam anos sob o jugo de um marido completamente intransigente e quando este é subtraído da vida, estas passam a conhecer a vida por um novo prisma, otimizando e usufruindo situações para as quais não tiveram oportunidade antes,— por exemplo, com um novo parceiro que escolheram. Embora alguns critiquem essas pessoas, elas nos mostram que a sexualidade faz parte da vida dos seres humanos e está presente em todas as fases do desenvolvimento do homem. Vai desde o nascimento até a morte. A função sexual continua por toda a vida, mesmo na terceira idade.

Muito longe de ser meramente um impulso gregário, amar é ir ao encontro de alguém e permitir a vinda deste ao encontro de quem o busca (Almeida³, 2003). Muitos autores (Almeida^{2,3}, 2004, 2003; Almeida & Mayor⁴, 2006; Amélio⁵, 2001; Shinyashiki & Dumêt³⁰, 2002; Stendhal³⁵, 1999; Alferes¹, 1996) colocam que a capacidade para sentir atração amorosa e a esperança de ser correspondido são imprescindíveis para o sucesso de um relacionamento amoroso. Neste sentido, podemos conceber o amor e a sexualidade, simultaneamente, como alguns dos principais elementos da interação humana e também como uns dos principais vetores na estruturação das

relações íntimas. Desta maneira, amar alguém, e conseqüentemente expressar sua sexualidade, em primeira análise significa reconhecer uma pessoa como fonte real ou potencial para a própria felicidade (Inginieros²², 1910/1968; Simmel³³, 1993).

Todavia, como muitas práticas são ditadas pelos jovens e adultos, não se permite que, por exemplo, um idoso ame socialmente; não se leva em consideração a possibilidade de um relacionamento físico e amoroso na terceira idade, a tal ponto que os próprios idosos acabam nutrindo os preconceitos dos mais jovens. Muitos dos preconceitos contra a velhice estão tão enraizados na sociedade, que muitas pessoas com mais idade acabam por interiorizar esses sentimentos. O amor e a sexualidade na velhice são vistos como tabu para os que têm uma maior idade, porque a sociedade ainda concebe que somente aos jovens é dada a possibilidade de amar e manifestar sua sexualidade, relegando o indivíduo da terceira idade ao amor platônico ou à abstinência sexual.

Então pode até haver um desejo de ir ao encontro do outro e, de ser amado, por parte dos idosos, mas não há motivação suficiente porque estes acreditam que se o fizerem serão estigmatizados como pervertidos a partir dos ditames que lhes são impostos. Para que uma pessoa se enamore de outra, deve-se levar em consideração que esta deve estar predisposta e disponível para tal (Lowndes²⁵, 2002; Biddulph⁹, 2003). E isso não se reduz a simplesmente estar atraído(a) por um(a) parceiro(a). Isto quer dizer que a pessoa deve ter uma disponibilidade, não só física, mas uma disponibilidade psíquica para ir e vir ao encontro do outro.

Assim, quando o idoso muitas vezes se torna o difusor dos preconceitos de que é inconcebível ou quimérica a manifestação do amor e da sexualidade, esses preconceitos cristalizam cada vez mais as crenças dos mais jovens, minam as motivações dos idosos e fazem com que uns e outros passem a se esquecer de que o desejo não tem idade. Pouco a pouco, o idoso passa a acreditar que não pode amar e se comporta segundo as expectativas sociais, porque se o fizer será considerado um degenerado, libidinoso ou indecente. Se isto é verdade para os idosos do sexo masculino, a situação ainda é pior para as idosas.

Deve-se pensar no que tem maior peso: a idade em si ou a idéia que as pessoas idosas fazem de si mesmas? Logo, o idoso deve encarar como sadias as práticas amorosas e eróticas na velhice, sendo esta atitude positiva associada a um sentimento de adesão à vida. O problema crítico dos idosos em matéria de sexualidade consiste, então, em ganhar coragem e perder a vergonha. Atingidos tais objetivos, pode-se ter uma vivência erótica de suas sexualidade bem melhor que em qualquer época da vida.

O que se percebe, então, é que a escassez de informações sobre o processo de envelhecimento, assim como das mudanças na sexualidade em diferentes faixas etárias e sobretudo na velhice, tem auxiliado a manutenção de preconceitos, trazendo muitas estagnações das atividades sexuais das pessoas com mais idade (Risman²⁹, 2005). Acredita-se que uma má compreensão da sexualidade na terceira idade leve a dificuldades desnecessárias de superação dos problemas de seus participan-

tes, de forma que um esclarecimento acerca das informações distorcidas que se difundem em relação à sexualidade pode contribuir para a diminuição das crenças e tabus sobre um assunto tão cheio de preconceitos. Quando o ser humano se situa em plena juventude, época em que os hormônios determinam a variação do humor e dos desejos afetivos e sexuais, torna-se impensável imaginar a possibilidade de futuramente se envelhecer.

Numa visão restrita em relação à sexualidade e à velhice, a sociedade frequentemente classifica esse período da vida como um período de assexualidade e até de androginia. Ou seja, um período em que o indivíduo teria que assumir unicamente o papel de avó ou avô, cuidando de seus netos, fazendo tricô e vendo televisão (Risman²⁹, 2005). A falsa crença de que a velhice é uma etapa assexuada influencia profundamente a auto-estima, autoconfiança, rendimento físico e social dos adultos mais velhos, além de contradizer a normalidade das sensações e a capacidade de amar do ser humano.

Percebe-se que os meios de comunicação, a publicidade e os cânones de beleza impregnam a sociedade, ao supervalorizarem a juventude, os corpos perfeitos e a atração física como requisitos fundamentais para encontrar um parceiro e manter um relacionamento. Dessa forma, esses ditames muitas vezes servem para onerar as pessoas de mais idade, levando-as a se equipararem e utilizarem os mais variados aparatos e instrumentais. Estes variam desde cremes e comprimidos até cirurgias protéticas e mutiladoras, aos quais muitos se submetem para tentar recuperar palidamente suas juven-

tudes. Quando isso não acontece, sentem-se expostos, infelizes e deficientes.

Infelizmente, a propagação de estereótipos errôneos, segundo os quais as pessoas idosas não são atraentes fisicamente, não têm interesse por sexo ou são incapazes de sentir algum estímulo sexual, ainda são amplamente difundidos. E, assim, estes referenciais que lhes são passados se tornam verdadeiros *Leitos de Procusto* de uma vitalícia e utópica fonte da juventude.

O comportamento sexual é plurideterminado por princípios como cultura, religião e educação e esses valores influenciam intensamente o desenvolvimento sexual, determinando a maneira como iremos vivenciá-la e lidar com ela por toda a vida. Assim, a geração atual de idosos é fruto de uma educação muito severa. Os pais destes tinham por orientação sexual os conceitos e preconceitos repressores, herdados de uma outra geração mais repressora ainda; para muitos, o exercício da sexualidade era algo sujo e pecaminoso. Pode-se dizer ainda que a sexualidade no idoso está relacionada a vários sentimentos: as alegrias, as culpas, as vergonhas, os preconceitos e as repressões de cada um. O sexo na terceira idade traz satisfação física, reafirma a identidade e demonstra o quanto cada pessoa pode ser valiosa para outra, estimulando sensações de aconchego, afeto, amor e carinho.

Todavia, a idéia de uma visão mais positiva e produtiva para o envelhecimento começa a ganhar força nos dias atuais e é resultado de diversos fatores, dentre os quais se destaca o crescimento do número de idosos no mun-

do inteiro. Uma educação da sociedade neste sentido se faz necessária, porque do contrário, somente quando as outras gerações entrarem para a velhice provavelmente reivindicarão para si o direito à sexualidade na meia-idade e na velhice.

Embora esteja em constante crescimento o número dos que crêem na existência do amor e do sexo na terceira idade, ainda são poucos os que ainda acreditam que exista uma continuidade da sexualidade para as mulheres, ou mesmo para os homens que passaram dos 60 anos. Há pouco tempo isto era tabu. Pouco ou quase nada se falava sobre sexualidade na velhice. Se, por um lado, “os jovens há menos tempo” não param para pensar que o desejo não tem idade, por outro, alguns “jovens há mais tempo” tendem a imaginar que, com o passar dos anos, o coração tenha envelhecido de tal forma que perderam a noção de como é amar e que é tarde demais para fazê-lo. Há ainda aqueles que externam sua aversão ao tocar nesse assunto e sequer podem imaginar adultos em idade avançada ainda cultivando o amor e trocando afetos mais íntimos em público. Dessa forma, quando as pessoas envelhecem, muitas vezes se julgam e são julgadas, ao compararem a frequência e o desempenho sexual do passado, quando eram jovens, e esquecem que deveriam valorizar mais a experiência e a qualidade sexual do presente que vivem.

Como velhice não é sinônimo de doença, mas pode estar relacionada a doenças degenerativas, algumas considerações se fazem necessárias visando a um desenlace contraproducente a uma boa vivência nesta fase da vida.

Assim, os problemas de saúde podem limitar, mas não impedir, na grande maioria dos casos, que um idoso leve uma vida sexual ativa. Em relação às mudanças biológicas, ainda não possuímos respostas para todas as indagações de como e por que envelhecemos. As pesquisas têm demonstrado, entretanto, que as mudanças biológicas não devem ser encaradas como doenças (Silva³¹, 2000).

É também verdade que o sexo, assim como várias outras atividades organo-fisiológicas, vai-se tornando menos necessário com a idade. Dessa forma, durante a velhice, o desejo sexual pode diminuir. O mito, entretanto, é alimentado pela desinformação e pela má interpretação das inevitáveis mudanças fisiológicas que ocorrem nos indivíduos de mais idade. A sexualidade é freqüentemente um delicado equilíbrio entre as emoções e as causas psicológicas. Se o homem teme excessivamente a impotência, pode criar estresse o suficiente para causá-la. E, na maior parte das vezes, o fracasso sexual ou a evitação sexual são induzidos pelo pessimismo e ansiedade gerados pela má informação. Deve-se então, desvincular o mito da verdade, a fim de que os problemas fisiológicos possam ser encaminhados ao médico, que, dentro de suas atribuições, buscará as causas. Ainda assim, o desejo e a necessidade de afeto permanecem para os idosos, e esses casais podem ter os mesmos problemas que envolvem as pessoas de todas as idades.

Para Azevedo⁶ (1998), tanto o homem como a mulher continuam a apreciar as relações sexuais durante a velhice. As alterações que ocorrem – como a secura da vagina na

mulher, e a diminuição no tempo de ereção do homem – podem até prejudicar o prazer sexual, mas a boa adaptação sexual irá determinar o prazer.

O fato de haver diminuição na frequência das atividades sexuais não significa o fim da expressão ou do desejo sexual. Em idades mais jovens existe uma grande preocupação com a “quantidade” de atividades sexuais; em idades mais avançadas, a noção de quantidade deve e pode sadiamente ser substituída por uma noção de “qualidade”. Muitos idosos não aceitam esse processo natural de envelhecimento e se sentem impotentes. Aqui há de se fazer uma relativização: se um jovem precisa de vários intercursos sexuais para encontrar satisfação, o indivíduo de mais idade pode encontrar o “mesmo grau de satisfação” com um número bem menor. Há outras diferenças a serem arroladas: por exemplo, no caso do homem idoso, a ereção ocorre até o fim da vida, mas há, com o aumento da idade, maior necessidade de estímulos para que ocorra a ereção.

Segundo Wagner³⁸ (1989), o comportamento sensual para flertar (uma realidade na qual poucos nesta fase ainda se engajam) e sexual, como a maioria dos outros comportamentos humanos, são em grande parte aprendidos. A imagem estereotipada do envelhecimento sem sexo, sem sensibilidade, é também aprendida e, de certa forma, vendida para os partícipes da terceira idade. Ainda segundo a autora, com o advento da aposentadoria, os homens que emparelham freqüentemente suas masculinidades ao papel laboral, que lhes é concebido como a “fonte

do poder” que têm, começam a duvidar de sua capacidade sexual, que é outra fonte de poder. Dessa forma, mal informados e mal adaptados a essa nova realidade, sofrem concomitantemente um processo de perda da identidade que ameaça seriamente seu ego. É bastante comum essa visão do homem, felizmente não compartilhada por todos. As mulheres sentem notoriamente o conjunto das mudanças pela qual o corpo passa, sobretudo no período da menopausa, que sinaliza o fim da capacidade reprodutora, o que não implica o término da sexualidade. Os desejos se modificam, mas não acabam.

Outras variáveis podem também se tornar predisponentes para uma inadequada vivência da sexualidade. Por exemplo, a aquisição de estereótipos privados de significados engendrando atitudes negativas em relação ao sexo, adquiridas quando se é ainda jovem, podem servir para enfraquecer a capacidade de aproveitar o sexo na idade avançada. Além disso, a rotina e monotonia da relação do casal com a passagem do tempo e as diversas sanções religiosas que vinculam o sexo unicamente à função reprodutiva podem interferir negativamente no modo como os idosos concebem a manifestação do amor e da sexualidade que querem expressar.

É igualmente importante considerar que muitos idosos, em sua juventude, não tiveram oportunidade de receber educação sexual sadia. Sua educação pode ter sido repressiva, limitando a expressão natural da sexualidade ou favorecendo um tipo de relação sexual empobrecida pela moral rígida. As mulheres são as principais vítimas desse proble-

ma, porque essas pessoas, jovens há mais tempo tiveram uma educação mais rígida, mais repressora e foram criadas para serem esposas dedicadas.

Atualmente, alguns privilegiados podem reformular seus errôneos paradigmas herdados em agremiações para pessoas com o mesmo perfil etário. Portanto, poucos são os idosos, hoje, que precisam levar uma vida monótona e casta. Esses “grupos de terceira idade” promovem uma socialização, aumentando consideravelmente os contatos sociais de muitos de seus participantes e permitindo uma ativa (re)construção de suas ideologias sexuais. Assim, convivem simultaneamente com a diferença e a semelhança dos componentes deste grupo de pessoas.

CONCLUSÃO

Há amor suficiente para todos, à medida que começamos a manifestá-lo em pensamentos, comportamentos e em sentimentos, e o mesmo se aplica para a sexualidade. Ela pode se manifestar em todas as idades e cada pessoa tem uma maneira própria de expressar sua sexualidade. O amor e a vivência da sexualidade podem significar muitas coisas boas para pessoas de mais idade. É uma oportunidade de expressar carinho, afeto, admiração por alguém; é auto-afirmação de si, de seu corpo, auto-estima elevada, bom humor, melhor qualidade de vida.

Dessa forma, esses elementos servem para rejuvenescer, não de forma utópica, mas por se tornarem presentes e vivificarem o cotidia-

no daqueles que estão abertos para tais situações e para uma vida de maior qualidade. É preciso ter a percepção da diferença existencial entre “ser idoso e sentir-se idoso”. É necessário, também, rechaçarmos a imagem estereotipada que a sociedade, ou mesmo a mídia, nos impõe a respeito da velhice, como se com o passar dos anos, o amor, a expressão do desejo e a manifestação das diversas sexualidades acabassem.

Para quem se fecha, incapaz de se transformar ou evoluir, restam apenas a solidão e o vazio. Mesmo pessoas que nunca se casaram, ou nunca tiveram uma vida sexual plena, podem e devem procurar parceiros para iniciar uma relação, pois “amor e sexo sempre estão presentes para serem redescobertos, intensificados ou mesmo apreciados pela primeira vez, não importando a idade que se tenha” (Butler & Lewis¹⁰, 1985).

Por último, deve-se evitar pensamentos saudosistas, que muitas vezes servem para estereotipar as pessoas de terceira idade, paralisando suas ações e as possíveis e indispensáveis contribuições do idoso à sociedade. Isto acontece quando os dias da juventude são lembrados como um tesouro perdido, de tal forma que o idoso vive imerso numa vivência de juventude que se deseja eterna. Hoje, com o aumento da população idosa no mundo, o progresso social e científico, a longevidade e a maior expectativa de vida, o saber envelhecer bem se tornou fator primordial para viver plenamente de forma a se ter uma vida saudável, adaptada e feliz.

NOTAS

- ^a Psicólogo (CRP 06/75185) e bacharel pela Universidade de São Carlos (UFSCar). Mestrando pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP) e bolsista de Mestrado do CNPq. E-mail: thalmeida@usp.br
- ^b Bacharel em Biblioteconomia pela Faculdade de Biblioteconomia e Documentação (FESP/SP) e bibliotecária (CRB 8ª 5037) da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo (FEUSP). E-mail: malouren@usp.br

REFERÊNCIAS

- Alferes VR. Atração interpessoal, sexualidade e relações íntimas. In: Vala J, Monteiro MB. *Psicologia social*: Lisboa: Calouste Gulbenkian; 1996. p. 113–139.
- Almeida T. A gênese e a escolha no amor romântico: alguns princípios regentes. *Revista de Psicologia* 2004 jan./dez.; 22(1/2): 9-13.
- . O perfil da escolha de objeto amoroso para o adolescente: possíveis razões. [monografia]. São Carlos, SP: UFSCar; 2003.
- Almeida T, Mayor AS. O amar, o amor: uma perspectiva contemporâneo ocidental da dinâmica amorosa para os relacionamentos. In: Roosevelt RS, Carvalho KA, organizadores. *Ciência do comportamento – conhecer e avançar*. 1.ed. Santo André: ESETec Editores Associados; 2006. v. 5. p.99-105.
- Amélio A. O mapa do amor: tudo o que você queria saber sobre o amor e ninguém sabia responder. São Paulo: Gente; 2001.
- Azevedo JRD. Ficar jovem leva tempo... um guia para viver melhor. São Paulo: Saraiva; 1998
- Bacelar R. Envelhecimento e produtividade: processos de subjetivação. Recife: Fundação Antônio dos Santos Abranches- FASA; 1999.
- Bastide PA. A idéia do tempo e o envelhecimento. *Cadernos da Terceira Idade* 1980; 6: 23-26.
- Biddulph S. Por que escolhi você? São Paulo: Fundamento; 2003.
- Butler RN, Lewis MI. *Sexo e amor na terceira idade*. São Paulo: Summus; 1985.
- Bystronski B. Teorias e processos psicossociais da intimidade interpessoal. In: Rodrigues A. *Psicologia Social para principiantes: estudo da interação humana*. Petrópolis: Vozes; 1995.
- Bystronski B. A liberação dos costumes e suas conseqüências sobre os relacionamentos amorosos heterossexuais. [dissertação]. Porto Alegre: UFRGS; 1992.
- Cançado FAX. Epidemiologia do envelhecimento. In: *Noções práticas de geriatria*. São Paulo: COOPMED; 1996. p. 16-43.
- Covey HC. Perceptions and attitudes toward sexuality of the elderly during the middle ages. *Gerontologist* 1989; 29(1): 93-100.
- Davidoff LL. *Introdução à Psicologia*. São Paulo: McGraw-Hill; 1983.
- Dourado M., Leibing A. Velhice e suas representações: implicações para uma intervenção psicanalítica. Disponível em: URL: <http://www2.uerj.br/~revispsi/v2n2/artigos/artigo4.html>
- Fraiman A. *Coisas da Idade*. São Paulo: Gente; 1995.
- Freitas EV. *Idosos do novo mundo*. Aprendiz. 2002. Disponível na: URL: http://www2.uol.com.br/aprendiz/guideempregos/especial/artigos_170502.htm
- Goode W. The theoretical importance of love. *American Sociological Review* 1959; fev.

20. Goldfarb DC. *Corpo, tempo e envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo;1998.
 21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [online].[capturado em 11 nov. 2006]. Disponível na: URL:http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/perfilidoso/tabela1_2shtm.
 22. Inginieros J. *O que é o amor*. Rio de Janeiro: Laemmert; 1968.
 23. Lázaro A. *Amor: do mito ao mercado*. Petrópolis: Vozes; 1996. p. 15
 24. Lee JA. Love-Styles. In: Sternberg RJ, Barnes ML., organizadores. *The Psychology of Love*. New Haven: Yale University; 1988. p. 39-67.
 25. Lowndes L. *Como fazer qualquer pessoa se apaixonar por você*. 9. ed. Rio de Janeiro: Record; 2002.
 26. Mascaro SA. *O que é velhice?* São Paulo: Brasiliense; 2004
 27. Pavarini SCI, Mendiondo MSZ, Barham EJ, Varoto VAG, Filizola CLA. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? *Texto & Contexto* 2005; 14(3): 398-402.
 28. Pikunas J. *Desenvolvimento humano*. São Paulo: McGraw-Hill; 1979.
 29. Risman A. *Sexualidade e terceira Idade: uma visão histórico-cultural*. *Textos Envelhecimento* 2005; 8(1): 89-117.
 30. Shinyashiki R T, Dumêt EB. *Amar pode dar certo*. São Paulo: Gente; 2002.
 31. Silva AI R. Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2000; 16 (1).
 32. Simões R. *Corporeidade e terceira idade – a marginalização do corpo idoso*. São Paulo: Unimep; 1998.
 33. Simmel G. *Filosofia do amor*. São Paulo: Martins Fontes; 1993.
 34. Starr BD. *Sexuality and aging*. In: Lawton M P, Maddox G L, editores. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* 1985; 5: 97-126.
 35. *Stendhal. Do amor*. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
 36. Solomon RC. *O amor: reinventando o romance em nossos dias*. São Paulo: Saraiva; 1992.
 37. Veras R P. *Pais jovens com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Campus; 1994.
 38. Wagner EMCA. *Amor, sexo e morte no entardecer da vida*. São Paulo: Caçara; 1989.
- Recebido para publicação em: 03/04/2006
Versão final apresentada em: 29/11/2006
Aceito em: 15/12/2006

A construção da violência contra idosos

The construction of violence against the elderly

Ana Carla Petersen de Oliveira Santos^a
Cátia Andrade da Silva^b
Lucimeire Santos Carvalho^c
Maria do Rosário de Menezes^d

Resumo

Este artigo é uma revisão da literatura de 1985 a 2005, e tem como objetivo construir o cenário da violência familiar contra o idoso, ou seja, como ocorre, suas causas, conseqüências e principalmente as formas de enfrentamento do problema. O estudo revelou que a violência contra o idoso é alarmante e ocorre na grande maioria das vezes no âmbito familiar. Essa violência é um fenômeno complexo multifacetado e dinâmico de difícil controle, até mesmo em países com alto nível de qualidade de vida. Concluiu-se que existe ainda um grande atraso na sociedade em relação à garantia de segurança para os idosos, uma vez que as políticas que atualmente protegem essa parcela da população estão ainda muito aquém das práticas adotadas nos serviços públicos e privados de atendimento aos idosos.

Abstract

This article is a literature review from 1985 to 2005, whose objective is to build the scene of family violence against the elderly, as it occurs, its causes, consequences and, most of all, the ways to tackle the problem. The study concluded that violence against the elderly is alarming and mainly occurs within the family circle. This violence has multiple faces and is dynamic and complex phenomenon, hard to control, even in countries with high level of quality of life. One concluded that there is a great gap in society concerning the implementation of measures to guarantee the security of the elderly, once current policies that protect this population still are belows the practices of public and private services which assist the elderly.

Palavras-chave:

idoso; violência doméstica; família; medidas de segurança

Key words:

aged; domestic violence; family; security measures

Correspondência / *Correspondence*

Lucimeire Santos Carvalho

E-mail: meirebom@ig.com.br; meirebom@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A violência que se desenvolve no espaço intrafamiliar é bastante complexa e delicada, sendo extremamente difícil penetrar no silêncio das famílias dos idosos violentados. A insegurança, o medo de represálias oriundos do conflito da consangüinidade, da proximidade, do afeto, do amor, do instinto de proteção em defesa do agressor são alguns exemplos de justificativas para a omissão dos idosos, quando violentados por seus familiares (Menezes¹⁸, 1999).

Paradoxalmente, parece existir uma concepção geral de que os idosos residentes nos seus lares obtêm de sua família condições facilitadoras para a preservação do seu equilíbrio afetivo. Mas como explicar as chamadas condições facilitadoras para a preservação do equilíbrio afetivo do idoso, quando se constatam altos índices de violência dentro das famílias? (Chaves⁴, 2003).

Menezes¹⁸ (1999) salienta que, em geral, o idoso vítima de violência sente-se permanentemente ameaçado, sendo incapaz de se defender para garantir sua segurança. Além disso, muitos desses indivíduos desconhecem os serviços de assistência e proteção contra violência e não têm quem os ajude na busca de socorro, por isso hesitam em denunciar seus agressores.

Nesse sentido, a violência ao idoso torna-se ainda mais preocupante, se compreendermos que o acelerado crescimento da população de idosos, apesar de ser considerado fator positivo para a história do desenvolvimento da humanidade, não ocorre em consonân-

cia com a criação de medidas que visem a garantir a qualidade de vida desses indivíduos. Ao contrário do que se imaginava, este crescimento apontou problemas de ordem social, política e econômica, fomentando a criação e o desenvolvimento da violência.

Dados estatísticos da Organização das Nações Unidas (ONU) revelam que, atualmente, 12% da população mundial possuem mais de 60 anos. No Brasil, o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE¹³), em 2002, apontou 16 milhões de indivíduos com mais de 60 anos, representando 9,3% da população total.

O aumento expressivo do número de idosos nos últimos anos no Brasil e no mundo tem sua procedência a partir das transformações socioeconômicas que determinaram grandes inovações científico-tecnológicas, associadas a uma melhor condição de vida da população. Fazendo uma projeção para o ano de 2025, obtém-se uma população de idosos no Brasil de cerca de 14%, quando o país figurará com uma população de idosos semelhante ao que hoje é registrado em países desenvolvidos (Coelho Filho & Ramos⁶, 1999).

Apesar de o crescimento do número de idosos no Brasil ter-se iniciado na década de 80, sabemos que a violência contra os mesmos não é um fenômeno recente. Através dos anos, a sociedade brasileira assimilou uma cultura que tende a separar os indivíduos velhos, discriminá-los e, real ou simbolicamente, desejar sua morte, considerando-os ainda como descartáveis e um peso social (Minayo²¹, 2003).

Comparando a mortalidade por violência em idosos em relação às doenças cardiovasculares e o câncer, Minayo²¹ (2003) afirma que acidentes e violências são a sexta causa de morte em idosos no Brasil. Segundo a mesma autora, a maioria das internações por causas externas ocorre devido a lesões ou traumas provocados por quedas e atropelamento. Porém, as violências contra os idosos são muito mais abrangentes e disseminadas no país, evidenciando-se em abusos físicos, psicológicos, sexuais, financeiros e em negligências.

Gawryszewski¹¹ et al. (2004) pesquisaram a morbi-mortalidade por causas externas em idosos no Brasil no ano de 2000 e concluíram que 11,4% das mortes em indivíduos com mais de 60 anos ocorreram por causas externas, contra 39,5% e 26,9% nos indivíduos de 15 a 29 anos e 30 a 44 anos, respectivamente.

Os mesmos autores concluíram que, em números absolutos, a morte por causas externas nos idosos não chama atenção, em detrimento dos altos coeficientes e número de casos em jovens. Por isso, os indivíduos com mais de 60 anos não costumam ser prioridade nos estudos sobre causas externas e, conseqüentemente, alvo de políticas públicas que levem ao enfrentamento deste problema.

Sabe-se que a violência é um fenômeno complexo, multifacetado e dinâmico de difícil controle, até mesmo em países com alto nível de qualidade de vida. Minayo²⁰ (1994) justifica que esta dificuldade ocorre exatamente porque o espaço de criação e desenvolvimento da violência é a vida em sociedade.

Beauvoir *apud* Menezes¹⁸ (1999, p. 37) destaca a relação da violência em idosos e a sociedade, afirmando que a última “*deve ser considerada não apenas culpada, mas sim criminosa, pois abrigada atrás do mito da expansão e da abundância trata os velhos como párias*”.

Atualmente, considera-se a violência domiciliar como um sério problema de saúde pública. Estudos comparativos têm mostrado que indivíduos idosos de várias classes socioeconômicas, etnias e religiões são vulneráveis aos maus-tratos, que ocorrem de várias formas: física, sexual, emocional e financeira (Minayo²¹, 2003; Menezes¹⁸, 1999; Fávaro⁸, 2003).

Contudo, a violência contra o idoso é tida como uma das mais severas e desiguais formas de agressão, visto que há uma ampla relação de desigualdade do ponto de vista físico e psicológico. Isto ocorre devido aos déficits auditivo, visual, motor e cognitivo que o idoso apresenta, além do fato de o mesmo ser submetido a uma situação constrangedora diante dos outros familiares (Menezes¹⁸, 1999).

A partir dessas considerações, realizou-se uma revisão bibliográfica que abrangeu no período de 1985 a 2005, com o objetivo de construir o cenário da violência familiar contra o idoso, ou seja, mostrar como ocorrem, suas causas, conseqüências e principalmente as formas de enfrentamento do problema.

A CONSTRUÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS

Descrevendo o fenômeno da violência

Nas últimas décadas, notou-se um aumento significativo dos fenômenos relacionados à violência na sociedade. A violência tem-se mostrado com uma face tão feroz quanto qualquer outra ocorrência dita catastrófica (Muza²², 1994).

Configurando-se como um problema social e histórico, deve ser apreciado como objeto de atenção especial para a saúde pública e demais setores públicos, requerendo destes um esforço sobre-humano, no sentido de se criar estratégias para seu enfrentamento (Hijar-Medina¹² et al., 2003). Entretanto, para se enfrentar a violência, faz-se necessário, primeiramente, compreendê-la. Nesse sentido, a concepção lingüística da palavra “violência” é descrita por Ferreira¹⁰ (1986) como sendo um constrangimento físico e moral, coação, força e qualidade de violento.

Considera-se, ainda, a violência como um conceito referente aos processos, às relações sociais e interpessoais de grupos, de classes, de gênero. Pode ser objetivada em instituições, quando empregam diferentes formas de aniquilamento a outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais (OMS²³, 1985).

Contudo, embora a violência também possa ser compreendida como agressão, que é a conduta direcionada visando a prejudicar ou ferir outra pessoa, seus conceitos envol-

vem múltiplos enfoques e direcionamentos. Podem estar inseridos dentro de marcos referenciais biologicistas, comportamentais, dentro de modelos exclusivamente psiquiátricos ou de abordagens mais amplas, como a da violência estrutural, proporcionadas pelo próprio sistema social, com suas iniquidades (Meneghel, Giugliani & Falceto¹⁶, 1998; Fernandez⁹, 1992).

A violência não tem como fator unicausal o aspecto biológico. Trata-se de um fenômeno biopsicossocial, que tem como espaço de criação e desenvolvimento a vida em sociedade, de forma que para entendê-la seria necessário apelar para a especificidade histórica (Minayo²⁰, 1994).

Marino¹⁵ (2004) analisa as formas e tendências históricas da violência na América Latina, e considera que a mesma se encontra alicerçada em três princípios básicos: a desigualdade econômica, a desintegração social e a distribuição desigual do poder no “capital simbólico” – termo descrito por Bourdieu *apud* Marino¹⁵ (2004) para demonstrar os componentes históricos social, cultural e econômico dos indivíduos inseridos em determinado espaço social.

De acordo com Moraes *apud* Menezes¹⁸ (1999), a violência implica intencionalidade, exigindo, assim, inteligência, por isso os animais não são denominados violentos, mas sim agressivos e ferozes.

São considerados quatro tipos de violência nesta perspectiva: a violência estrutural, que delimita tanto estruturas organizadas e

institucionalizadas da família, como sistemas econômicos, culturais e políticos que determinam a opressão de grupos, classes, nações, indivíduos, tornando-os mais vulneráveis do que outros ao sofrimento e à morte; a violência cultural, que se relaciona à anterior, acrescida de manifestações de machismo, racismo, imposição de atos ou idéias, privilegiando outros ou desvalorizando pessoas, limita a criatividade e a liberdade; a violência de resistência, que se constitui em diferentes formas de reação dos grupos subjugados pela violência estrutural, com o objetivo de contestação; e a violência de delinquência, que é conhecida como crime e está relacionada a ações praticadas fora da lei. (Minayo²⁰, 1994).

Agudelo *apud* Camargo e Buralli³ (1998) ainda considera a violência de acordo com quatro pontos de vista. O primeiro diz respeito ao problema de poder. Para Marino¹⁵ (2004), o poder envolve a habilidade probabilística, por parte de alguns agentes individuais ou coletivos, de impor sua vontade sobre os outros, fora de qualquer marco organizacional ou institucional. Assim, a violência ocorre na medida em que as relações entre os indivíduos se constroem ou se delimitam de forma assimétrica onde o poder se encontra com determinado indivíduo que determina o seu querer em detrimento de outros. Minayo¹⁹ (1992) acrescenta que, em sociedades de classes, como as latino-americanas, a violência é entendida como um elemento fundamental de interesse de classes, de domínio econômico e político.

O segundo ponto seria considerar a violência como um problema assimétrico que nos

revela que, quanto maior a desigualdade entre os indivíduos, maior é o potencial da violência.

A violência também pode ser compreendida, a partir do terceiro ponto de vista, como um problema de anti-ação, que se relaciona ao uso indiscriminado da força física em prol de matar, aniquilar, deixar seqüelas como forma de destruir ou negar uma ordem ou sistema legal.

Por último, a violência também pode ser considerada como um problema de pró-ação, quando é empregada para restaurar, restituir ou defender um direito ou construir uma ordem ou sistema legal – por exemplo, o Movimento dos Sem-Terra e outros movimentos populares.

Portanto, podemos afirmar que muitas são as razões que sustentam a prática da violência em nossa sociedade.

Delimitando a violência contra idosos

Estudos mostram que, dentre os segmentos mais atingidos pela violência, destacam-se a criança, a mulher e o idoso. Isso se deve fundamentalmente à desvantagem desses grupos quando confrontados com o indivíduo adulto e do sexo masculino, sobretudo no que diz respeito à força física, e a configuração do *status* nos diversos espaços, principalmente dentro da família.

Estudo realizado por Paim²⁴ et al. (1999) sobre mortalidade por causas externas em Salvador, capital da Bahia, concluiu que os idosos apresentavam maior risco de morte

por causas externas, seguidos dos adultos jovens e dos adolescentes, em que 38% das mortes foram por acidentes de transporte e 28% por quedas.

Não desconsiderando os dados aqui destacados, é importante considerar que as pesquisas fundamentadas em notificações dos sistemas de saúde e policial não corresponderem à totalidade de maus-tratos físicos e principalmente psicológicos relacionados aos idosos, uma vez que estes se apresentam amplos, complexos e de difícil captação.

Essa disparidade está relacionada à dificuldade de notificação dos casos, haja vista que o idoso não obtém em si próprio a coragem para prestar uma queixa formal contra seus agressores em instituições legais, por sentir-se frequentemente inseguro e desprotegido. Por isso, os estudos que tratam da violência contra o idoso têm sido ainda incipientes, quando comparados aos demais estudos nos quais a violência ao indivíduo idoso figura à margem da sociedade e dos estudos sobre violência.

Discorrendo acerca da vulnerabilidade dos idosos à violência, Menezes¹⁸ (1999) ressalva que as desvantagens deste segmento social são inúmeras e desiguais, principalmente devido ao processo de envelhecimento, que tende a debilitar e reduzir as funções cognitivas e defesas do organismo.

As formas de abusos físicos, psicológicos, sexuais, financeiros e negligências praticadas contra idosos em geral não chegam aos serviços de saúde – ficam naturalizadas no coti-

diano das relações familiares, nas formas de negligência social e das políticas públicas (Minayo²¹, 2003). A mesma autora ainda afirma que a negligência é um tipo de violência muito mais abrangente e disseminado no país, estando presente nas várias classes socioeconômicas, etnias e religiões, e deixam um grande número de indivíduos vulneráveis aos maus-tratos.

Newman *apud* Menezes¹⁸ (1999) esclarece que o termo “maus-tratos a idosos”, quando empregado, se refere a maus-tratos físicos, sexuais, psicológicos, materiais e negligência. Define também os tipos de maus-tratos ao idoso da seguinte forma: abuso físico, que envolve traumatismos, dor, lesão e coação física; maus-tratos sexuais, que constituem qualquer forma de intimidade mediante a força e a ameaça; maus-tratos materiais ou econômicos, que se caracterizam pelo desvio dos recursos materiais ou financeiros destinados ao cuidado do idoso; negligência, que pode ser entendida como a omissão na provisão ou administração de cuidados adequados; e maus-tratos psicológicos, que consistem na interferência negativa conduzindo a um padrão de comportamento destrutivo, evidenciado sob as formas de rejeição, isolamento e discriminação.

Contextualizando a violência intrafamiliar contra o idoso

Pesquisa realizada por Chavez⁵ (2002) demonstrou que 90% dos casos de maus-tratos e negligência contra pessoas com mais de 60 anos nos EUA ocorrem nos lares. No Brasil, pesquisa realizada pelo mesmo autor, na De-

legacia Especializada de Proteção ao Idoso em Belo Horizonte, constatou que o maior índice de violência contra o idoso é causada pelos filhos, seguido pelo cônjuge ou companheiro e pelos vizinhos. Esses resultados apontam a importância de se dar enfoque, nas pesquisas sobre violência contra idosos, à questão da violência intrafamiliar.

A violência que ocorre no seio da família pode ser compreendida como sendo ações ou omissões que prejudiquem o estado de bem-estar, integridade física e psicológica e a liberdade. A mesma pode ser executada dentro ou fora do lar, por qualquer familiar que esteja em relação de poder com a pessoa agredida (Day⁷ et al., 2003; Camargo e Buralli³, 1998).

A violência doméstica, por sua vez, não se limita à família. Envolve todas as pessoas que convivem no mesmo espaço doméstico e que estão vinculadas ou não por laços de parentesco. O termo “doméstico” incluiria também pessoas que convivem no ambiente familiar, como empregados, agregados e visitantes esporádicos (Araújo¹, 2002; Day⁷ et al., 2003).

Na realidade, percebemos que a família tanto pode trazer aspectos positivos, de forma a auxiliar no desenvolvimento dos indivíduos, através da manutenção do bem-estar físico e da afetividade, como pode apresentar aspectos negativos, através da disputa pelo poder, fomentando desigualdades e discriminando alguns dos seus membros.

Chavez⁵ (2002) pontua que a família é um elo imprescindível para o desenvolvimento

afetivo dos indivíduos e que os afetos a ela destinados devem ser recíprocos para se obter soluções no ciclo vital. Por isso afirma que não é suficiente viver juntos, mas faz-se necessário manter uma relação profunda de família em plena reciprocidade intergeracional.

Entretanto, percebe-se que nas últimas décadas a família vem sofrendo modificações estruturais rápidas, ocasionadas por diferenciados motivos: separações, divórcios, novas uniões, instabilidade financeira, movimentos migratórios nacionais e internacionais em busca de oportunidades de trabalho e participação crescente das mulheres no mercado de trabalho. Estas modificações têm gerado abalos na estrutura familiar, conduzindo a uma deterioração da qualidade das relações familiares, contribuindo para um aumento das condições de estresse nos indivíduos e propiciando a manifestação de situações conflituosas (Karsch¹⁴, 2003).

Outro fator que parece contribuir para a perpetuação da violência domiciliar contra idosos estaria relacionado à existência de um grande número de idosos dependentes de suas famílias, dado o aumento da expectativa de vida advinda com o envelhecimento populacional.

Caldas² (2003) cita que, embora tenhamos uma Política Nacional de Saúde do Idoso, inexistente no Brasil um programa governamental específico e direcionado à população idosa dependente, o que deixa transparecer que a tarefa de amparar esses idosos é exclusiva da família.

Por isso, entende-se que a família que se propõe a cuidar de um idoso de alta dependência está susceptível às constantes pressões financeiras, sobrecarga física e imitação da sociabilidade por parte dos cuidadores, já que estes dispensam um longo período na prestação dos cuidados ao idoso. Assim, esses fatores em conjunto, ou mesmo isoladamente, são capazes de desencadear situações de maus-tratos e de negligência contra o idoso no âmbito familiar.

Silva²⁶ (2004) contemporiza a situação de dependência do idoso, afirmando que esta é diretamente proporcional à condição de vulnerabilidade, fragilidade do estado de vida e do estado de saúde do mesmo. O resultado dessa proporção seria o ambiente susceptível à violência intrafamiliar.

Uma pesquisa etnográfica acerca da violência doméstica contra idosos realizada por Menezes, no ano de 1999, com base nos levantamentos dos boletins de ocorrência nas Delegacias de Polícia no município de Ribeirão Preto-SP e nas entrevistas com os idosos violentados, revelou a cultura da violência doméstica sob três principais aspectos: com relação ao idoso, à violência e aos autores.

Segundo o estudo, a violência, sob o aspecto relacionado ao idoso, revelou que a maioria era independente financeiramente, pertencia a todas as classes sociais, residia em suas próprias casas, era fisicamente independente para o desenvolvimento das atividades de vida diária, era do sexo feminino e tinha idades entre 62 e 82 anos.

Ainda nesse estudo ficaram evidentes todos os tipos de violência, desde a agressão verbal até o homicídio, mais foi descrita com maior frequência a violência com intuito de extorsão e apropriação indevida.

Em relação aos autores, é relevante destacar que os infratores eram da mesma família dos idosos ou conhecidos, sendo na sua maioria filhos das vítimas do sexo masculino e estando no momento dependentes financeiramente dos últimos; o uso de álcool e drogas pelos agressores foi observado na maioria dos casos; por fim, foi também identificado o isolamento social como fator de risco para ocorrência da violência.

Esses achados comprovam claramente alguns estigmas relacionados à violência domiciliar. O primeiro diz respeito a um número elevado de vítimas pertencerem ao sexo feminino. Podemos, então, notar a forte influência da violência de gênero que ocorre dentro da sociedade em diversos níveis, classes e faixas etárias.

Teles²⁷ (2002) cita que a violência na mulher carrega um estigma, como se fosse um sinal no corpo. É um fenômeno antigo, complexo, proveniente de uma ideologia patriarcal histórica na qual se impõe o poder masculino em detrimento dos direitos das mulheres, subordinando-as às necessidades pessoais e políticas dos homens.

A questão de gênero é um fator preponderante na produção da violência social, interpessoal e familiar. Araújo¹ (2002) afirma que é importante lembrar que a predominân-

cia da categoria de gênero não existe de forma abstrata; ao contrário, articula-se com as categorias de classe e raça ou etnia.

Na escala social do exercício da dominação-exploração por legitimação do poder ou imposição através da violência, o homem adulto, branco e de classe alta tem predominância sobre as mulheres, crianças, velhos, pobres e negros. Assim, a mulher idosa, negra e pobre está altamente vulnerável à violência, principalmente no que concerne à violência doméstica.

Minayo²¹ (2003) corrobora a assertiva, ao afirmar que nos lares as mulheres idosas, proporcionalmente, são mais abusadas que os homens. E embora a violência de gênero contra idosas, seja indubitavelmente um fenômeno que ocorre no seio da família, no Brasil ainda não existem estatísticas específicas sobre este tipo de violência, por conta do não-reconhecimento social do fenômeno.

O próprio estatuto do idoso é neutro em relação aos gêneros, mesmo havendo a Convenção de Belém do Pará, de 1995, que aponta o problema da violência contra as mulheres considerando o item idade, e a Lei Maria da Penha, de 2006, que inclui nos tipos de violência de gênero aquela que humilha e deprecia em razão da idade.

É importante pontuar que uma das queixas mais registradas nas Delegacias de Polícia especializadas para idosos e mulheres vítimas de violência é a patrimonial, que decorre da apropriação indevida dos bens de outrem através do uso da violência. No caso dos ido-

sos, eles permitem que os agressores se apropriem de seus bens, pelo medo da solidão, da vida em asilos e clínicas geriátricas. Os agressores, após estarem abastados financeiramente, detêm o poder sobre o idoso e seguem coagindo, ameaçando e perpetrando o ciclo da violência (Menezes¹⁸, 1999).

Também foi possível confirmar que a maioria dos agressores de idosos é um familiar ou algum conhecido. Isso revela que a intensidade da violência está associada à intimidade das relações. Ainda através desses estudos, emergiu o perfil do abusador, que na sua grande maioria eram os filhos homens, cônjuge, noras e genros (Menezes¹⁸, 1999; Fávoro⁸, 2003; Minayo²¹, 2003).

Outro aspecto relevante a ser destacado por Menezes¹⁸ (1999) é a figura do neto despontando como agressor, inclusive na autoria de homicídios, o que reafirma que a violência familiar pode ser reproduzida ideologicamente por seus componentes. Ou seja, se o idoso foi uma pessoa agressiva nas relações com seus familiares, pode ser vítima de violência, na medida em que seus descendentes põem em prática oportunamente o que aprenderam e viveram. Quanto a isso, Silva²⁵ (2005) esclarece que, de acordo com o IBGE¹³, é crescente o número de netos e bisnetos que vivem sob a custódia dos avós, sendo na maioria das vezes cuidados e sustentados por eles. Tal dependência pode contribuir para acirrar conflitos e motivar comportamentos violentos, pois o idoso é o responsável financeiro, no entanto está sob a custódia e responsabilidade da família.

A despeito das justificativas que recaem sobre o comportamento do agressor, encontramos em muitos estudos a relação tênue que se estabelece entre violência e uso de drogas e álcool. Nessa premissa, Minayo²¹ (1994) cita que o abuso do álcool e de outras substâncias é fator fundamental associado aos homicídios, violência no trânsito e a violência interpessoal e doméstica.

Segundo Hacker *apud* Menezes¹⁸ (1999), mesmo em pequenas doses, o álcool aumenta o potencial de violência, mediante a ofuscação da mente e da desinibição.

Esta afirmação não nos leva necessariamente a crer que todo usuário de drogas é sempre o responsável pelos maus-tratos em idosos, mas é importante ressaltar que a construção da violência contra os idosos não se dá de forma isolada; ela é determinada a partir de multifatores que conduzem tanto a vítima quanto o agressor a um ambiente hostil, onde se desenvolve a violência. Nesse viés, a utilização indevida do álcool e das drogas se torna um agente potencializador para a ocorrência destes eventos trágicos no seio da família.

Por fim, e não menos importante, cita-se o isolamento social como um dos fatores encontrados em várias pesquisas sobre violência contra idosos e que parece ter relação direta com a ocorrência de maus-tratos em idosos (Menezes¹⁸, 1999; Silva²⁷, 2004).

O isolamento social pode ser descrito do ponto de vista da vítima; já em relação ao agressor, observamos o distanciamento social. O isolamento da vítima se dá no momen-

to em que o agressor isola a vítima dos demais familiares e dos amigos (rede social), para que o último não obtenha ajuda de terceiros na desconstrução do ciclo da violência.

Já o distanciamento social do agressor diz respeito a uma característica peculiar desse indivíduo em possuir contato social reduzido, uma vez que teme as possíveis críticas da sociedade quanto a seu comportamento, ou quando o cuidado do idoso dependente toma-lhe uma boa parte do tempo e do seu lazer (Caldas², 2003).

Como já referido, os idosos maltratados, sendo mais vulneráveis que as demais faixas etárias, encontram-se muitas vezes inseguros e fragilizados, e por essa razão não procuram em primeira instância os serviços especializados. Sem o apoio de familiares e sem amizades, torna-se difícil e constrangedor procurar, sozinho, os serviços de segurança pública especializados.

Nesse contexto, é impossível ignorarmos ou omitirmos a relevância da violência intrafamiliar contra o idoso. A amplitude e a complexidade desta questão nos reportam à reflexão de que as ações que visam a romper com este ciclo criminoso ainda são muito incipientes e muito há ainda o que se debater.

Menezes¹⁷ (1997) cita que alguns idosos são, ainda, destituídos do poder de decisão, privados de ocupar um espaço físico próprio, do direito de escolha, da liberdade de expressão, do direito à saúde e do direito de envelhecer saudável e com dignidade de cidadão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência praticada contra o idoso é inaceitável e os fatores que corroboram para que esse fenômeno cresça, em incidência, devem ser combatidos, através de políticas públicas eficientes que visem a desconstruir esse processo no seio da sociedade.

Estudiosos afirmam que, diante de sua complexidade, qualquer processo de intervenção deve abranger questões macroestruturais, conjunturais, relacionais e subjetivas, bem como focalizar a especificidade dos problemas, dos fatores de risco e das possibilidades de mudança. Assim a complexidade da violência, suas diferenças causalidades e formas de expressão tornam seu enfrentamento um grande desafio, pois exige o desenvolvimento de ações de múltiplas naturezas e em distintos planos e espaços: governamentais, não-governamentais, comunitários e familiares.

Há que se avançar na compreensão desse fenômeno que desafia a ciência e constitui a segunda causa de morte no país, além de produzir estresse, fobias e traumas que matam silenciosamente. Tendo sido o lar identificado como local privilegiado para a expressão da violência contra idosos, ações estratégicas do Programa de Saúde da Família (PSF) podem facilitar a identificação e combate da violência no *locus* domiciliar.

Sugere-se também que os serviços de atendimento à população idosa sejam rigorosamente supervisionados pelos Conselhos do Idoso e Ministério Público, a fim de que as entidades governamentais e não-governamen-

tais possam ser responsabilizadas, caso os procedimentos realizados nas mesmas não estejam em consonância com as legislações federais, estaduais e municipais direcionadas ao atendimento do idoso.

NOTAS

- ^a Enfermeira, pela Escola Nacional de Saúde Pública. Mestranda da Escola de Enfermagem da (UFBA), área de concentração O Cuidar em Enfermagem. Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde. E-mail: acarlapetersen@hotmail.com
- ^b Enfermeira, pela Escola Nacional de Saúde Pública. Mestra em Enfermagem na área de concentração O Cuidar em Enfermagem da Escola de Enfermagem da (UFBA). Docente da Faculdade de Tecnologias e Ciências – SSA/Ba. Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade de Enfermagem Luíza de Marillac; Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde. E-mail: aitacs@hotmail.com
- ^c Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora Assistente da Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Mestra em Enfermagem na área de concentração O Cuidar em Enfermagem da Escola de Enfermagem da (UFBA). Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: meirebom@yahoo.com.br; meirebom@ig.com.br
- ^d Professora Adjunta do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - EEUFBa E-mail: aitacs@bol.com.br

REFERÊNCIAS

1. Araújo MF. Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo* 2002; 7(2). Disponível em: URL: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1517-59282001000200002&Ing=pt&nrm=iso >.
2. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Pública* 2003 jun.;19(3): 733-81

3. Camargo CL, Buralli KO. Violência familiar contra crianças e adolescentes. Salvador: Ultragraph; 1998. 169p.
4. Chaves PGS, Costa PL. A violência afetiva e a violência doméstica contra os idosos. Belo Horizonte, 2003. Disponível em: URL: <http://www.mj.gov.br/Senasp/senasp/artigo/violen_idoso.html>
5. Chavez N. Violence against the elderly. 2002 April. Disponível em: URL: <http://www.health.org/referrals/resguides._asp>.
6. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Rev Saúde Pública, 1999 out; 33(5): 445-53.
7. Day VP et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul 2003 Abr.; 25(S1). Disponível em: URL: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1517-59282001000200002&Ing=pt&nrm=iso>
8. Fávoro T. Parentes mais próximos são os maiores agressores de idosos, revela pesquisa. Jornal da Unicamp 2003 Ago. Disponível em: URL: < http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/agosto2003/ju223p_g05.html > .
9. Fernandez A. A agressividade: qual o teu papel na aprendizagem? In: Grossi E. editor. Paixão de aprender Rio de Janeiro: Vozes; 1992. p. 168-80.
10. Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. Rio de Janeiro; 1986.
11. Gawryszewski VP, Jorge MPM, Koizume MS. Mortes e internações por causas externas entre idosos no Brasil: O desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. Revista da Associação Medicina Brasileira 2004; 50(1):11-22.
12. Híjar-Medina M, et al. Medical care of injuries caused intentionally by domestic violence. Salud pública Méx 2003 jul./ago; 45(4):252-58.
13. IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio. Pesquisa Nacional por amostragem domiciliar 2002. Disponível em: URL: <<http://www.ibge.gov.br> >
14. Karsch UM. Idosos dependentes: família e cuidadores. Cad Saúde Pública 2003 jun;19 (3): 861-66.
15. Marino JFM. Ciclos históricos da violência na América Latina. São Paulo em Perspectiva 2004 jan./mar; 18(1). Disponível em: URL: <<http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0102-88392004000100005&Ing=pt&nrm=iso>>
16. Meneghel SN, Giugliani EJE, Falceto O. Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. Cad Saúde Pública 1998 abr./jun; 14(2):327-35.
17. Menezes MR et al. Bioética do cotidiano e o cuidado do idoso. Revista Texto & Contexto Enfermagem 1997 mai./ago; 6(2): 312-21.
18. Menezes MR. Da violência revelada à violência silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso. [tese]. Ribeirão Preto, SP: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1999.
19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.
20. _____. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cad Saúde Pública 1994; 10 (S1): S7-S18
21. _____. Violência contra o idoso: relevância para um velho problema. Cad Saúde Pública 2003 Jun; 19(3): 783-91.
22. Muza GM. A criança abusada e negligenciada. J Pediatr 1994; 70: 56-60.

23. Organização Mundial de Saúde. Manual da Classificação Estatística Internacional das Doenças, Lesões e Causas de Óbitos Nona Conferência de Revisão. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças em Português; 1985.
24. Paim JS, et al . Distribuição espacial da violência: mortalidade por causas externas em Salvador (Bahia), Brasil. Rev Panam Salud Publica 1999 nov; 6(5): 321-32.
25. Silva MC. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. Textos sobre Envelhecimento 2005: 8(1). Disponível em: URL: <<http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1517-59282005000100004&Ing=pt&nrm=iso>>
26. Silva CA. O significado da morte de um amigo-companheiro na instituição asilar: história oral de idosos. [dissertação]. Salvador, BA: Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2004.
27. Teles MAA. O que é violência contra a mulher. São Paulo: Brasiliense; 2002.

Recebido para publicação em: 15/8/2006

Aceito em: 01/12/2006

A **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** é continuação do título revista Textos sobre Envelhecimento, fundada em 1998. É um periódico especializado, de periodicidade quadrimestral, que publica produção científica no âmbito da Geriatria e Gerontologia, com o objetivo de contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano.

(a) CATEGORIAS DE TRABALHOS

Artigos originais: são relatos de trabalho original, destinados à divulgação de resultados de pesquisas inéditas de temas relevantes para a área pesquisada, apresentados com estrutura constituída de Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão, embora outros formatos possam ser aceitos (Máximo de 5.000 palavras, excluindo referências bibliográficas, tabelas e figuras. Máximo de referências: 35)

Para aceitação de artigo original abrangendo ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos será solicitado o número de identificação de registro dos ensaios - vide tópico (g).

Revisões: síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre o tema, com análise da literatura consultada e conclusões. Apresentar a sistemática de levantamento utilizada. (Máximo de 5.000 palavras e 50 referências).

Atualizações: trabalhos descritivos e interpretativos, com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo, ou potencialmente investigativo. (Máximo de 3.000 palavras e 25 referências)

Relatos de caso: prioritariamente relatos significantes de interesse multidisciplinar e/ou práticos, relacionados ao campo temático da revista. (Máximo de 3.000 palavras e 25 referências).

Resenhas: resenha crítica de livros e trabalhos relacionados ao campo temático da revista, publicados nos últimos dois anos. (Máximo de 1.500 palavras e 10 referências).

Comunicações breves: relatos breves de pesquisa ou de experiência profissional com evidências metodologicamente apropriadas. Relatos que descrevem novos métodos ou técnicas serão também considerados. Máximo de 10 referências e uma tabela/figura).

(b) AUTORIA

O conceito de autoria está baseado na contribuição de cada um, no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Não se enquadrando nesses critérios deve figurar na seção “Agradecimentos”. Manuscritos com mais de seis autores devem ser acompanhados por declaração certificando explicitamente a contribuição de cada um dos autores elencados.

(c) APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS – FORMATO E PARTES

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Serão aceitos em português, espanhol ou inglês. Encaminhar uma cópia impressa e uma em disquete ou CD (que não serão devolvidos).

Texto: preparado em folha tamanho A-4, espaço duplo, fonte *Arial* tamanho 12, margens de 3 cm. Todas as páginas deverão estar numeradas. **Tabelas:** deverão ser preparadas em folhas individuais e separadas, numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e sua localização no texto deve ser indicada. Preferencialmente, não repetir em gráficos os dados apresentados em tabela. Não traçar na tabela linhas internas horizontais ou verticais; os quadros terão as bordas laterais abertas. A cada uma se deve atribuir um título breve. **Imagens:** o autor responsabiliza-se pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações e gráficos), que devem ser enviados em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou cinza, e devem estar no programa original (Excel,

corel etc.) ou em 300 dpi quando não forem editáveis. **Notas de rodapé:** deverão ser restritas ao necessário e indicadas por asterisco.

Página de título contendo: (a) *Título* completo do artigo, em português ou espanhol e em inglês, e título curto para as páginas. Um bom título permite identificar o tema do artigo. (b) *Autores:* devem ser citados como autores somente aqueles que participaram efetivamente do trabalho, para ter responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Relacionar nome e endereço completo de todos os autores, incluindo e-mail, última titulação e respectivas instituições, e indicar o autor para correspondência. (c) *Agradecimentos* e (d) *Trabalhos subvencionados* indicar o agente financiador e respectivo número de processo.

Resumo: os artigos deverão ter resumo com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês. Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos, resultados e conclusões mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter citações.

Palavras-chave: indicar no mínimo três e no máximo seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (disponível em <http://www.bireme.br/decs>).

Corpo do artigo: os trabalhos que expõem investigações ou estudos devem estar no formato: introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusões. **Introdução:** deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão. **Metodologia:** deve conter descrição da amostra estudada e dados do instrumento de investigação. Nos estudos envolvendo seres humanos deve haver referência à existência de um termo de consentimento livre e esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido. **Resultados:** devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem auto-explicativas e com análise estatística. Evitar repetir dados do texto. **Discussão:** deve explorar os resultados, apresentar a experiência pessoal do autor e outras observações já registradas na literatura. Dificuldades metodológicas podem ser expostas nesta parte. **Conclusão:** apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo.

Pesquisa envolvendo seres humanos: o trabalho deve ser aprovado pelo Comitê de Ética da instituição onde a pesquisa foi realizada e cumprir os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, além do atendimento a legislação pertinente. Na parte Metodologia constituir o último parágrafo com clara afirmação deste cumprimento.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho, em parágrafo com até cinco linhas.

Referências: Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências, listadas em ordem alfabética. As citações ao longo do texto devem ser identificadas no próprio texto.

Exemplos de Referências estão ao final das “orientações”.

(d) AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS

Os manuscritos que atenderem à normalização conforme “Orientação aos Autores” serão submetidos à avaliação de dois consultores integrantes do Grupo de Assessores da revista, para avaliação do mérito. O procedimento de avaliação por pares (*peer review*) é sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. Os pareceres dos consultores podem indicar: aceitação integral, aceitação com reformulações ou recusa integral. Em quaisquer desses casos o autor será comunicado.

No processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da publicação, a revista se reserva o direito de proceder a alterações no texto de caráter formal, ortográfico ou gramatical antes de encaminhá-lo para publicação.

(e) AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Os autores devem encaminhar, juntamente com o manuscrito, carta autorizando a publicação, conforme modelo a seguir:

Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais

Título do manuscrito:

1. Declaração de responsabilidade:

- Certifico minha participação no trabalho acima intitulado e torno público minha responsabilidade pelo seu conteúdo.
- Certifico que não omiti quaisquer acordos com pessoas, entidades ou companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo.
- Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este ou qualquer outro trabalho de minha autoria, em parte ou na íntegra, com conteúdo substancialmente similar, foi publicado ou foi enviado a outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico, exceto o descrito em anexo.

2. Transferência de Direitos Autorais:

Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* passará a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da Revista, sendo vedada a reprodução total ou parcial sem o competente agradecimento à Revista.

Data, assinatura e endereço completo de **todos** os autores

(f) PERMISSÃO DE REPRODUÇÃO

É permitida a reprodução no todo ou em parte de artigos publicados na *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, da UERJ/UnATI/CRDE, desde que sejam mencionados o nome do autor e a origem, em conformidade com a legislação sobre Direitos Autorais.

(g) NOTA

“O periódico Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo”.

(h) REFERÊNCIAS

As referências bibliográficas devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo *Vancouver*. A identificação das **referências no texto, nas tabelas e figuras** deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. Esse número deve ser colocado em expoente.

Exemplos de referências

1. AUTORES

Um autor – inicia-se pelo último sobrenome do autor, em caixa baixa, utilizado também para sobrenomes compostos seguido das iniciais dos prenomes, sem espaço nem pontuação entre as iniciais.

Camões L.

Saint-Exupery A.

Oliveira Filho C.

Até três autores – mencionam-se todos, na ordem em que aparecem na publicação, separados por vírgula.

Matos C, Soares F, Calvo Hernandez I.

Mais de três autores – indicação de um, seguido da expressão *et al.*

Santos MC, *et al.*

Vários autores, com um responsável destacado (organizador, coordenador, compilador etc.) – entrada pelo nome do responsável, seguido da abreviatura da palavra que indica o tipo de responsabilidade.

Teitel S, coordenador

Barnes J, editor.

Obra publicada sob pseudônimo – adotar o pseudônimo e quando o nome verdadeiro for conhecido indicá-lo entre colchetes.

Tupynambá M, [Fernando Lobo]

2. REFERÊNCIAS POR TIPO DE MATERIAL (documentos considerados no todo e partes de documentos)

Livros e folhetos - Autor. Título: subtítulo. Edição. Local de publicação (cidade): Editora; ano de publicação. Número de páginas

Bornheim G. Introdução ao filosofar: o pensamento filosófico em bases existenciais. 3. ed. Porto Alegre: Globo; 1976. 117 p.

Capítulos de livro - Autor do capítulo. Título do capítulo. In: Autor do livro. Título do livro. Local de publicação (cidade): editora; ano de publicação. Páginas inicial e final do capítulo.

Prado SD, Tavares EL, Veggi AB. Nutrição e saúde no processo de envelhecimento. In: Veras RP, organizador. Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 125-36.

Periódicos (revistas, jornais etc. na íntegra) - Título da publicação ano mês dia; n° do volume (n° do fascículo): total de páginas ou paginação do volume referenciado.

Revista Brasileira de Medicina 2006 nov; 63(11): 551-619.

Artigos de revista - Autor. Título: subtítulo do artigo. Título do periódico ano mês; n° do volume (n° do fascículo): páginas inicial e final.

Moura AS. Direito de habitação às classes de baixa renda. *Ciência & Trópico* 1983 jan./jun; 11(1): 71-8.

Artigos de jornal - Autor. Título do artigo. Título do jornal ano mês e dia; Título do caderno, seção ou suplemento, páginas inicial e final.

Coutinho W. O Paço da Cidade retorna ao seu brilho barroco. *Jornal do Brasil* 1985 mar. 6; Cad B: 6.

Fascículos de periódico - Tema do fascículo /Título do fascículo, suplemento ou n° especial / Título do Periódico ano e mês. n° do volume (n° do fascículo).

As 500 maiores empresas do Brasil / Edição especial / *Conjuntura Econômica* 1984 set. 38(9)

Trabalhos apresentados em congressos - Autor do trabalho. Título: subtítulo. In:Tipo de publicação do Congresso (Anais, Resumos) N° do Congresso Nome do Congresso, ano mês dia, local de realização (cidade). Local de publicação: editora; ano. Páginas inicial e final do trabalho.

Machado CG, Rodrigues NMR. Alteração de altura de forrageamento de espécies de aves quando associadas a bandos mistos. In: Resumos do 7º Congresso Brasileiro de Ornitologia 1998, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE; 1998. p. 60.

Entrevista - A entrada para entrevista é feita pelo nome do entrevistado. Para referenciar entrevistas gravadas, faz-se descrição física de acordo com o suporte adotado. Nome do entrevistado. Título. Referência da publicação. Nota da Entrevista.

Mello EC. O passado no presente. *Veja* 1998 set 4: 1528: 9-11. Entrevista concedida a João Gabriel de Lima.

Dissertação e Tese - Autor. Título: subtítulo. [Indicação de dissertação ou tese] Local: Instituição, nome do curso ou programa da faculdade e universidade; ano da defesa.

Nascimento MAA. As práticas populares de cura no povoado de Matinha dos Pretos-BA: eliminar, reduzir ou convalidar? [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Programa de Doutorado Interunidades das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo; 1997.

Eventos (Congresso, conferência, encontro etc.) - Tipo de publicação do evento (Anais, Resumos) número do evento Nome do Evento; ano, local de realização (cidade). Local de publicação (cidade): Editor, ano de publicação. Número de páginas ou volume.

Anais do 3º Seminário Brasileiro de Educação; 1993; Brasília. Brasília: MEC; 1994. 300 p.

Documento eletrônico - Autor. Título: subtítulo. Edição. Local de publicação (cidade): ano. Número de páginas ou volume (série) - se houver. Disponível em URL: <http://.....>

Assis M, organizador. Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro: 2002. 146 f. (Série Livros Eletrônicos). Disponível em: URL: <http://www.unati.uerj.br>

Dicionário e Enciclopédia - Autor. Título: subtítulo. Edição. (se houver) Local: Editora; data. Número de páginas ou volume.

Ferreira AB H. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986. 1838 p.

Enciclopédia Mirador Internacional. São Paulo: Encyclopaedia Britannica do Brasil; 1995. 20 v.

Legislação - Lei nº....., Ementa. data completa (ano mês abreviado dia). Nome da publicação volume (fascículo), data da publicação (ano mês abreviado dia). Nome do caderno, páginas inicial e final.

Lei nº 10.741 Estatuto do Idoso 2003 out 1. Pub DO 1(1), [Out 3 2003].

Programas de Televisão e de Rádio - Tema. Nome do programa. Cidade: nome da TV ou Rádio, data da apresentação do programa. Nota especificando o tipo de programa (TV ou rádio)

Um mundo animal. Nosso Universo. Rio de Janeiro: GNT; 4 de ago. 2000. Programa de TV.

CD-ROM - Autor. Título. Edição. Local de publicação (cidade): Editora, data (ano). Tipo de mídia.

Almanaque Abril: sua fonte de pesquisa. São Paulo: Abril, 1998. 1 CD-ROM

E-mail - (as informações devem ser retiradas, sempre que possível, do cabeçalho da mensagem recebida)

Nome do remetente. Assunto. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <e-mail do destinatário> em (data de recebimento).

Biblioteca Central da UFRGS. Alerta. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <bibfaced@edu.ufrgs.br> em 20 jun. 2005.

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

The **Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology** succeeds the publication *Texts on Ageing*, created in 1998. It is a specialized periodical, issued each four months, which publishes scientific papers on Geriatrics and Gerontology, and whose aim is to contribute to deepen questions on human ageing.

(a) MANUSCRIPTS CATEGORIES

Original articles: reports on original manuscripts aimed to divulge unpublished research results on important themes in the field of study, structured as follows: Introduction, Methods, Results, Discussion and Conclusion, though other formats may be accepted (up to 5,000 words, excluding references, tables and figures. References should be limited to 35).

For original article acceptance enclosing randomized controlled trials and clinical trials the identification number of register of the trials will be requested - vide topical (g).

Review articles: critical synthesis of available knowledge on a specific theme, containing literature review and conclusions. System of data collection must be specified (up to 5,000 words and 50 references).

Updates: descriptive and interpretative works based on recent literature concerning the global situation in which a certain investigative or potentially investigative issue is found. (up to 3,000 words and 25 references).

Case reports: priority is given to significant reports of multidisciplinary and/or practical interest, related to the Journal's thematic field (up to 3,000 words and 25 references).

Reviews: critical review of books and works related to the Journal's thematic field, published in the past two years (up to 1,500 words and 10 references).

Short reports: short descriptions of research or professional experience with methodologically appropriate evidence. Reports that describe new methods or techniques will also be considered (up to 1,500 words, excluding references. Up to 10 references and one table/figure).

(b) AUTHORSHIP

The concept of authorship is based on the contribution by each one, in regard to the conception and design of the research project, acquisition or analysis and interpretation of data, drafting and critical review. The inclusion of names of authors whose contribution does not meet the above criteria is not justifiable, and in such case, their names should appear in "Acknowledgements". Manuscripts with more than six authors must provide an explicit description of what each author contributed.

(c) MANUSCRIPTS PRESENTATION – STRUCTURE

Manuscripts should be exclusively submitted to the *Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology*. The Journal welcomes papers written in Portuguese, Spanish or English. Documents must be delivered with a printed copy and in a CD-ROM or diskette (3.5"). This material will not be returned to authors.

Text: typewritten on one side of 21x29,7 cm white paper (A-4 format), double-spaced throughout, font *Arial* size 12, 3 cm margins. All pages must be numbered. Tables: must be presented in separate archives, individually printed in separate sheets, consecutively numbered in Arabic numerals. Their insertion in the text must be indicated. Avoid repetition in graphs of data already presented in tables. Tables should have no internal horizontal or vertical lines; charts must have open borders. Each figure must have a short title. **Images:** authors are responsible for the quality of all figures (drawings, illustrations and graphs), which must be delivered in a

high-quality print, in black-and-white and/or gray, in the original software (Excel, Corel etc.) or in 300 dpi when non-editable. **Footnotes:** used as fewer as possible; must be indicated by an asterisk.

Front page: (a) *Title:* Must contain the article's complete title, in Portuguese or Spanish, and in English, and short title for the other pages. A good title allows immediate identification of the article's theme. (b) *Authors:* should be cited as authors only those who really took part in the work and will have public responsibility for its content. Give full names and addresses of all authors, including e-mails and institutional affiliations, indicating the author in charge of all correspondence. (c) *Acknowledgments.* (d) For works receiving grants, please indicate supporting agency and respective process number.

Abstract: articles should be submitted with an abstract from 150 to 250 words. Articles written in English should have an abstract in Portuguese, besides the English one. For original papers, abstracts should be structured as follows: objectives, methods, results and most relevant conclusions. For the remaining categories, abstract should be structured as a narrative containing the same information. No quotations are allowed in the abstracts.

Key words: indicate between 3 and 6 terms which best describe the contents of the paper, using Bireme's DeCS/MeSH terminology, available at <<http://www.bireme.br/decs>>.

Text: papers that present investigations or studies must be structured as follows: introduction, methods, results, discussion and conclusions. Introduction: must contain the work's objective and justification; its importance, scope, blanks, controversies and other data considered relevant by the authors. It should be as concise as possible, except for manuscripts classified as Review Article. **Methods:** must contain a description of the studied sample and data on the investigation's instrument. For studies involving human beings authors must mention the existence of a free informed term of consent presented to participants after approval by the Ethics Committee at the institution where research was carried out. **Results:** must be presented in a concise and clear manner, with self-explanatory tables or figures which present statistical analysis. Avoid repetition of data already included in the text. **Discussion:** must explore the results, presenting the author's own experience and other observations already reported in literature. Methodological difficulties can be presented in this item. Conclusion: must present relevant conclusions in relation to the paper's objectives, indicating ways for the continuation of the research work.

Research involving human subjects: the paper should be approved by the Ethics Committee of the institutions where the research was carried out and should be conducted in full accordance with ethical principles and provisions of the Declaration of Helsinki, besides meeting the legal requirements. The last paragraph in Methods item should contain a clear statement to this effect.

Acknowledgements: should be made to institutions and individuals whose effective collaboration helped the development of the work, in an up-to-five lines paragraph.

References: All cited references should be listed at the end of the paper in alphabetical order. Quotations along the text should be identified along the text. Examples of references can be found in the end of these instructions.

(d) MANUSCRIPTS EVALUATION

Manuscripts that meet the requirements of the "Instructions to authors" are sent out for peer review by two members of the Journal's Advisory Committee, for merit evaluation. For peer review, the identity of both authors and reviewers are anonymous.

Reviewers' reports can indicate either integral acceptance; acceptance with suggestions or full refusal. Authors will always be communicated of the reviewer's assessment, whatever it is.

In the process of editing and adequacy of manuscripts to the Journal's style, the editors can make either structural,

orthographic or grammatical changes in the text before its publication.

(e) AUTHORIZATION FOR PUBLICATION AND COPYRIGHT TRANSFER

Authors should attach to the manuscript, a cover letter transferring the editorial rights, as follows:

Declaration of responsibility and copyright transfer

Title of manuscript:

1. DECLARATION OF RESPONSIBILITY:

I certify my participation in the work above mentioned and I take public my responsibility for its content.

I certify that I have not omitted any agreement with people, entities or companies to whom the publication of this article might be of interest.

I certify that the manuscript represents original work and that neither this manuscript nor one with substantially similar content under my authorship has been published or is being considered for publication elsewhere, either in print or in electronic format, except as described as an attachment.

2. COPYRIGHT TRANSFER:

I declare that, should the article be accepted for publication, the *Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology* will hold its copyright, which shall become the exclusive property of the *Journal*, and that any reproduction is prohibited, whether total or partial, without the due acknowledgment to the *Journal*.

Date, signature and complete address of **all** authors.

(f) REPRODUCTION PERMISSION

Articles published by UERJ/UnATI/CRDE's *Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology* can be totally or partially reproduced, but due acknowledgement shall be taken to the author(s) and to the Journal, according to the Copyright legislation in force.

(g) NOTE

"*Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia/Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology* follows the policies of the World Health Organization (WHO) and of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) for clinical trial registration, recognizing the importance of those initiatives for international dissemination of information on clinical research, in open access. Accordingly, only articles of trials previously registered in one of the Clinical Trial Registries that meet WHO and ICMJE requirements will be accepted for publication, starting in 2007. The list of registries accepted by WHO and ICMJE is available in ICMJE site. The trial registration number should be published at the end of the abstract."

(h) REFERENCES

References must be alphabetically ordered, numbered and organized according to the Vancouver style. References in the text, tables and figures must be identified by Arabic numerals, corresponding to the respective number in the references list. This number must be superscript.

Examples of references

1. AUTHORS

One author – name and initials of the author, with first letter capitalized. If an author's two family names are to be given, they will be joined by a hyphen.

Camões L.

Saint-Exupery A.

Oliveira Filho C.

Up to three authors – all should mentioned, in the order they appear in the publication, separated by commas.

Matos C, Soares F, Calvo Hernandez I.

More than three authors – only the first one should be listed followed by "et al".

Santos MC, et al.

Several authors, with one editor or compiler as author – enter the name of the editor/compiler, followed by an abbreviation of the word indicating his duty.

Teitel S, coordenador

Barnes J, editor.

Work published under pseudonym – use the pseudonym, and when the real name is known, indicate it under brackets.

Tupynambá M, [Fernando Lobo]

2. REFERENCES ACCORDING TO TYPE OF MATERIAL (documents considered as a whole and parts of documents)

Books and brochures - Author. Title: subtitle. Edition. City of publication: Publisher; year of publication. Number of pages.

Bornheim G. Introdução ao filosofar: o pensamento filosófico em bases existenciais. 3. ed. Porto Alegre: Globo; 1976. 117 p.

Book chapters - Author of the chapter. Title of the chapter. In: Author of the book. Title of the book. City of publication: Publisher, year of publication. Initial and final page of the chapter.

Prado SD, Tavares EL, Veggí AB. Nutrição e saúde no processo de envelhecimento. In: Veras RP, organizador. Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p. 125-136.

Periodicals (journals, newspapers etc.) - Title of publication year month day; number of volume (number of fascicle): pages.

Revista Brasileira de Medicina 2006 nov; 63(11): 551-619.

Journal articles - Author. Title: subtitle of the article. Title of the journal, year month; number of volume (number of fascicle):: initial and final page.

Moura AS. Direito de habitação às classes de baixa renda. Ciência & Trópico 1983 jan./jun; 11(1): 71-8.

Newspaper articles - Author. Title of the article. Title of the newspaper, year month and day; Title of section or supplement, initial and final page.

Coutinho W. O Paço da Cidade retorna ao seu brilho barroco. Jornal do Brasil 1985 mar. 6; Cad B: 6.

Periodical fascicles - Theme of the fascicle / Title of the fascicle, supplement or special issue / Title of the periodical year and month. Number of the fascicle, publisher, number of volume, number of fascicle.

As 500 maiores empresas do Brasil / Edição especial / Conjuntura Econômica 1984 set. 38(9)

Papers published in congress proceedings - Author of the paper. Title: subtitle. In: Type of publication of the Congress (Annals, Summaries) Number of the Congress Name of the Congress, year month day, city of realization. City of publication: Publisher; year. Initial and final page of the paper.

Machado CG, Rodrigues NMR. Alteração de altura de forrageamento de espécies de aves quando associadas a bandos mistos. In: Resumos do 7º Congresso Brasileiro de Ornitologia 1998, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE; 1998. p. 60.

Interviews - Entry is given by the interviewer's name. For recorded interviews, physical description is made according to the type of media. Name of Interviewee. Title. Reference of publication. Note of the Interview.

Mello EC. O passado no presente. Veja 1998 set 4: 1528: 9-11. Entrevista concedida a João Gabriel de Lima.

Dissertations and Theses - Author. Title: subtitle. City: Institution, year. Number of page or volume. Indication of dissertation or thesis, name of the course or program, institution or university, city and year of defense.

Nascimento MAA. As práticas populares de cura no povoado de Matinha dos Pretos-BA: eliminar, reduzir ou convalidar? [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Programa de Doutorado Interunidades das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo, Universidade de São Paulo, 1997.

Event (Congress, conference, meeting etc.) - Type of publication of the Congress (Annals, Summaries) number of the event Name of the Event; year, city of realization. City of publication: Publisher, year of publication. Number of pages or volume.

Anais do 3º Seminário Brasileiro de Educação; 1993; Brasília. Brasília: MEC; 1994. 300 p.

Document in electronic format

Author. Title: subtitle. Edition. City of publication: year. Number of pages or volume (series – if any). Available at: URL: <http://.....>

Assis M, organizador. Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro: 2002. 146 f. (Série Livros Eletrônicos). Disponível em URL: <http://www.unati.uerj.br>

Dictionaries and Encyclopedias - Author. Title: subtitle. Edition. (if any) City: Publisher, date. Number of pages or volume.

Ferreira AB H. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838 p.

Enciclopédia Mirador Internacional. São Paulo: Encyclopaedia Britannica do Brasil, 1995. 20 v.

Legislative references - Law nº, Menu complete date (year shortened month day). Name of the publication volume (fascicle), date of the publication (year shortened month day). Name of brochure, initial and final pages. Lei nº 10.741 Estatuto do Idoso 2003 out 1. Pub DO 1(1), [Out 3 2003].

TV and Radio Broadcasts - Theme. Name of program. City: name of TV or Radio, date of presentation. Note specifying type of broadcast (TV or radio).

Um mundo animal. Nosso Universo. Rio de Janeiro, GNT, 4 August 2000. TV Broadcast.

CD-ROM - Author. Title. Edition. City where published: Publisher, date (year). Type of media.

Almanaque Abril: sua fonte de pesquisa. São Paulo: Abril, 1998. 1 CD-ROM.

E-mail - (information should be given, whenever possible, by the message's heading)

Name of sender. Subject. [personal message]. Message received by <receiver's e-mail> on (date of receipt).

Biblioteca Central da UFRGS. Alerta. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <bibfaced@edu.ufrgs.br> em 20 jun. 2005.

