



ISSN 1517-5928



*Textos sobre
Envelhecimento*



volume 4



n° 8

UnATI/UERJ



Textos sobre Envelhecimento



n° 8

Rio de Janeiro
UnATI/UERJ
NAPE/DEPEXT/SR-3
Ano 4 • Número 8
2002

Editora: Shirley Donizete Prado
Editores Associados: Renato Peixoto
Veras, Célia Pereira Caldas
Editora Executiva Conceição Ramos de Abreu
Conselho Editorial

Adriano Cezar Gordilho, Salvador/UFBA
Alexandre Kalache, Genève/OMS
Emílio H. Moriguchi, Porto Alegre/PUC-RS
Evandro Coutinho, Rio de Janeiro/Fiocruz
Luiz Roberto Ramos, São Paulo/Unifesp
Martha Pelaez, Washington, DC/OPAS
Úrsula Margarida Karsch, São Paulo/PUC-SP

Conselho Consultivo

Andréa Prates, São Paulo/CIES
Anita Liberalesso Neri, Campinas/Unicamp
Benigno Sobral, Rio de Janeiro/UnATI-UERJ
Daniel Groisman, Rio de Janeiro/UFRJ
Eliane de Abreu Soares, Rio de Janeiro/UERJ
Emílio Jeckel Neto, Porto Alegre/PUC-RS
Guita Grin Debert, Campinas/Unicamp
Ivana Beatrice Mânica da Cruz, Porto Alegre/PUC-RS

Jane Dutra Sayd, Rio de Janeiro/UERJ
Lúcia Hisako Takase Gonçalves,
Florianópolis/UFSC
Mabel Imbassahy, Rio de Janeiro/UnATI-UERJ

Pesquisa Bibliográfica

Iris Maria Carvalho dos Santos

Estagiária

Graziele Dalmaschio Galvão de Lima

Nota: a revista Textos Sobre Envelhecimento reúne a produção científica neste âmbito de conhecimento, tendo como objetivos primordiais subsidiar discussões e contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano. Os trabalhos são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

Assinatura: anual, em qualquer época do ano.

Aceita-se permuta.

Tiragem: 500 exemplares

Toda correspondência sobre produção, distribuição e assinatura deve ser encaminhada ao Editor Executivo no seguinte endereço:

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Universidade Aberta da Terceira Idade

*Gerência de Pesquisa – Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento – Textos sobre Envelhecimento
Rua São Francisco Xavier, 524 – 10º andar - Bloco F – Maracanã*

Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20 559 – 900

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

Fax: (21) 2264-0120

E-mail: crdetext@uerj.br – Internet: www.unati.uerj.br

Esta é uma Produção do Centro de Referência e Documentação Sobre Envelhecimento, vinculado à Gerência de Pesquisa da UnATI - UERJ

**CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/PROTAT**

T 355 Textos sobre envelhecimento. - Vol. 1, n. 1 - (nov. 1998)-

Rio de Janeiro : UERJ, UnATI, 1998-

v. : il.

Semestral

ISSN 1517-5928

1. Envelhecimento - Aspectos sociais - Periódicos. 2.
Idosos - Cuidados médicos - Periódicos. 3. Idosos - Condições
econômicas - Periódicos. I. Universidade Aberta da Terceira Idade.

CDU 612.67(05)



NAPE/DEPEXT/SR-3/UERJ

Rua São Francisco Xavier, 524, Sala 1054, Bloco F – Maracanã – 20550-013

Rio de Janeiro – RJ – Tel.: (021) 2587-7165 / 2587-7390 – e-mail: nape@uerj.br

Coordenação de Produção Lúcia Maia; **Projeto Gráfico e Capa** Carlota Rios;

Diagramação Ramon Carlos de Moraes; **Impressão** Gráfica UERJ



SUMÁRIO

CONTENTS

EDITORIAL/EDITORIAL

- ENVELHECIMENTO ATIVO E INFORMAÇÃO ACESSÍVEL
E QUALIFICADA 5
Active aging and accessible and quality information
Shirley Donizete Prado

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

- CONVÍVIO DE GERAÇÕES: AMPLIANDO POSSIBILIDADES 7
The acquaintanceship of generations: amplifying
possibilities
Teresinha Mello da Silveira

- CUIDADOS AO FIM DA VIDA: UMA PREOCUPAÇÃO
DA PRÁTICA DA MEDICINA GERIÁTRICA 21
End-of-life care: an issue in Geriatric Medicine
Claudia Burlá

- OFICINA DE SENSIBILIZAÇÃO PARA O ENVELHECIMENTO:
UMA AÇÃO DE ENFERMAGEM 29
Workshop of sensitization for the aging: an
action of nursing
Ana Karine Ramos Brum
Sônia Regina de Souza

- CONTRIBUINDO PARA A CONSTRUÇÃO DA REDE DE
CUIDADOS: TRABALHANDO COM A FAMÍLIA DO IDOSO
PORTADOR DE SÍNDROME DEMENCIAL 39
Building the caring web: working with the
demented elderly family
Célia Pereira Caldas

- O CURSO DA VIDA, O ENVELHECIMENTO HUMANO
E O FUTURO 57
Life's Course, Human Aging, and the Future
Shirley Donizete Prado

RESENHAS / REVIEWS

- SOBRE A GESTÃO CONTEMPORÂNEA EM SAÚDE
PARA A TERCEIRA IDADE 75
Concerning contemporary health care
administration for the aged
Alexandre Kalache

EDITORIAL/EDITORIAL

Envelhecimento ativo e informação acessível e qualificada

Active aging and accessible and quality information

Encontra-se disponível no site da UnATI o documento *Envelhecimento ativo: um projeto de política de saúde*, aprovado durante o Segundo Encontro Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, realizado em abril de 2002, em Madri, Espanha (www.unati.uerj.br).

Buscando ampliar a percepção sobre as questões relativas ao envelhecimento populacional e individual, o documento enfatiza a necessidade do reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e dos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização. Para tanto, são valorizados os conceitos de curso da vida e envelhecimento ativo como mais adequados à compreensão do fenômeno em tela e para subsidiar a formulação de políticas, conferindo-lhes contornos cada vez mais elaborados.

Paralelamente, ao complexo processo de envelhecimento da população mundial, acelera-se o desenvolvimento de tecnologias de informação, o que se coloca como um “mega” evento capaz de influenciar os mais diversos setores da sociedade.

É na intersecção desses dois grandes acontecimentos que nos situamos como um centro de organização e disseminação de informações nacionais sobre envelhecimento. Este cenário coloca-nos dois grandes desafios: em primeiro lugar, oferecer informações qualificadas acerca do objeto de nossa existência; em segundo – e tão importante quanto – lançar mão de tecnologias de informação que possibilitem o acesso cada vez mais facilitado aos usuários. Nesse sentido, estamos investindo, permanentemente, na atualização de nosso site, trabalhando com ferramentas de busca mais ágeis e precisas combinadas com uma navegação confortável.



Durante estes meses, a página eletrônica da UnATI está passando por uma série de modificações. As bases de dados referentes a programas de pós-graduação, instituições asilares, grupos de pesquisa e legislação encontram-se em processo de atualização e, gradativamente, aparecerão em sua Versão 2.0, em novo formato e com maior volume de informações. Além disso, o site está sendo reformulado, apresentando, a cada dia, novo padrão visual – resguardando-se, com todo cuidado, sua identidade institucional.

Também nossa revista *Textos sobre Envelhecimento* está sendo ampliada. Passa a contar com uma nova seção: *Resenhas*. Mais um meio de divulgação, inclusive *on-line*, de lançamentos editoriais no campo do envelhecimento.

O ano de 2003 corresponderá a uma nova etapa para o CRDE-UnATI-UERJ. Nesse processo de atualização constante, esperamos contribuir para que o curso da vida de cada um de nós - que lida com o envelhecimento humano e que envelhece - esteja mais elaborado e crítico a fim de que possamos discutir, implementar e reorientar políticas de envelhecimento ativo neste mundo cada vez mais informatizado.

Shirley Donizete Prado
Editora



Convívio de gerações: ampliando possibilidades
The acquaintanceship of generations: amplifying possibilities

Teresinha Mello da Silveira *

RESUMO

Esse trabalho tem como meta refletir sobre a inserção do idoso na sociedade através de encontros intergeracionais que resultem em atividades que beneficiem tanto os participantes dos encontros quanto à comunidade em geral. Com essa finalidade apresento inicialmente um pouco da cara da velhice no Brasil, tal como se apresenta no momento atual, com seus alcances e seus limites. Em seguida, chamo a atenção para os encontros intergeracionais como um caminho possível para melhor integração do idoso. A esse respeito descrevo, neste tópico, as peculiaridades dos grupos com pessoas de gerações diferentes, imaginando que esses grupos podem conduzir a projetos de ação social conjunta, propiciados pelos intercâmbios entre os jovens e os idosos. Sem descartar a responsabilidade do Estado e das autoridades, pretendo por fim descobrir formas de despertar nas pessoas mais velhas uma participação mais ativa e consciente como cidadãos. A exposição baseia-se no que observei em idosos que freqüentam a Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: idoso; relação entre gerações; universidades; Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

Recentemente fui chamada a substituir uma colega que, em virtude de um imprevisto, não poderia dar uma aula de gerontologia para um grupo de universitários de diferentes áreas da saúde, os quais, movidos pelo espírito empreendedor dos jovens, estavam desenvolvendo um projeto de trabalho com a comunidade. Fiquei agradavelmente surpresa com tudo que presenciei. Eram estudantes de medicina, enfermagem, serviço social, odontologia e psicologia, entre outros, discutindo sobre a possibilidade de prestarem serviços de prevenção e promoção de saúde às pessoas da rua, sem nenhuma discriminação. Tratava-se de uma iniciativa dos próprios alunos que, achando que era muito pouco o que podiam oferecer como estagiários, dispunham-se a colaborar como cidadãos conscientes para uma melhor qualidade de vida aos cariocas. De maneira bastante informal eles pensavam formas de participação, metodologias, apoio, re-

curso financeiros, enquanto procuravam embasar as futuras práticas com informações sobre a população que eles pretendiam atingir e foi aí que eu entrei nessa história. Várias reuniões já tinham sido feitas abordando temas sobre infância, adolescência, mulher, mãe, adulto jovem e agora era a vez dos idosos. Também foram convidados alunos da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI-UERJ) e alguns, ou melhor, algumas, estiveram presentes.

Feitas as apresentações iniciais e explicitado o objetivo pelo qual estávamos juntos, propuseram-me que eu falasse sobre características da pessoa idosa. Após um preâmbulo, aproveitando a disposição das cadeiras (em círculo), abri para uma dinâmica com a pergunta: a que palavra cada participante associava à palavra idoso? Os resultados não tardaram a vir: preconceitos, estereótipos, negações, simulações – exemplos variados de casos disso e daquilo facilitaram o meu trabalho e produziram uma intensa troca de experiência entre aqueles membros mais jovens, alguns quase adolescentes, e os mais maduros. Percebi neste processo a mudança que ia ocorrendo, na forma dos estagiários verem os mais velhos, das pessoas mais velhas verem os jovens, dos mais jovens se verem, e dos mais velhos verem eles mesmos. Ao final tentei dar um fechamento teórico aproveitando as colocações dos diversos participantes. Seguiu-se então uma discussão sobre como o projeto poderia ser viabilizado com a participação de todos. Cada membro deu sua opinião e pude contemplar, satisfeita, que o intercâmbio inicial já dera frutos, possibilitando uma comunicação mais fluida entre gerações diferentes.

O relato desse acontecimento faz-se importante na medida em que me levou a refletir sobre a riqueza que podem ter, não só os encontros intergeracionais, como as atividades desenvolvidas por pessoas de diferentes gerações. A partir do que foi exposto neste trabalho pretendo discutir os encontros intergeracionais, suas particularidades, importância e implicações no contexto cultural, socioeconômico e político do país, dado às construções e desconstruções que permeiam o envelhecimento. Pretendo ainda oferecer pistas de saída para a problemática atual do idoso, através de projetos de ações sociais conjuntas, que envolvam pelo menos duas gerações, considerando a ênfase na pluralidade, na multiplicidade e na diversidade e as práticas multidisciplinares apontadas pelas circunstâncias pós-modernas.

Para fins desta exposição tomei por referência pessoas das camadas média e média baixa da população urbana, que têm possibilidade de acesso aos serviços gerontológicos e com as quais desenvolvo parte de minhas atividades como psicóloga.

ENVELHECIMENTO E VELHICE: PREOCUPAÇÕES CONTEMPORÂNEAS

Falar em envelhecimento e velhice implica em entrar num mundo de ambigüidades, paradoxos e contradições. Logo de início, existem múltiplas definições para velhice, cada uma enfatizando um aspecto da vida humana, seja ele físico, psicológico, existencial ou social. Um outro aspecto a se considerar é sobre com que idade a pessoa está velha: 50, 60, 70 anos?

Secco (1999, p.12) explica que:

O envelhecimento embora marcado por mutações biológicas visíveis, é também cercado por determinantes sociais que tornam as concepções sobre velhice variáveis de indivíduo para indivíduo, de cultura para cultura, de época para época. Deste modo, fica evidente a impossibilidade de pensarmos sobre o que significa ser velho, fora de um contexto histórico determinado.

A colocação de Secco faz pensar que na velhice de pessoas saudáveis, as adaptações às perdas são feitas com sucesso, de acordo com o contexto socioeconômico e cultural em que elas se encontram inseridas.

A respeito da pessoa velha, Debert (1999, p.65) diz que:

Uma das marcas da cultura contemporânea é, sem dúvida, a criação de uma série de etapas no interior da vida adulta ou no interior deste espaço que separa a juventude da velhice como "meia-idade", "idade da loba", a "terceira idade", a "aposentadoria ativa".

Seja como for, todas essas expressões tem pelo menos dois senhores: um deles é o mercado de consumo para cada uma das etapas, o outro é a tentativa de quebrar preconceitos.

Para fins deste trabalho, em acordo com a Organização das Nações Unidas, situei a partir dos 60 anos o marco inicial do envelhecimento, o que coincide com a idade mínima para os alunos ingressarem na UnATI-UERJ.

Novaes (1999, p.39), lembra que:

O século XX será lembrado por três grandes inovações: meios sem precedentes de salvar, prolongar e intensificar a vida; meios poderosos de destruir a vida pondo em risco o mundo; percepções amplas da natureza, de nós mesmos e do universo.

Embora o assunto em pauta diga respeito à primeira inovação as outras, de uma forma ou de outra, estarão permeando esta exposição.

A SITUAÇÃO ATUAL DO IDOSO NO BRASIL E NO MUNDO É TAL QUE MERECE UMA MELHOR COMPREENSÃO.

Autores diversos já alertaram para o aumento desta população (Veras, 1994; Novaes, 1995; Monteiro e Alves, 1995; entre outros) e essa é uma das razões para os olhares dos estudiosos estarem mais voltados para esse fenômeno. No entanto, este é apenas um dos aspectos a se considerar. Em verdade, por razões diferentes, sempre houve preocupação com o envelhecimento (Groisman, 1999). Não tendo este trabalho uma perspectiva histórica, deter-me-ei em algumas considerações sobre como e porque o envelhecimento hoje tomou tanta visibilidade, levando em conta as particularidades brasileiras.

A propósito da realidade brasileira, constata-se que algumas dificuldades que envolvem o poder público não se restringem aos idosos, mas afetam todos os cidadãos. A minha ótica aqui incidirá sobre os idosos. Autores como Groisman (1999) e Debert (1999), acrescentam diversos fatores à justificativa mais comum, ou seja, o aumento do número de pessoas mais velhas e da expectativa de vida.

Embora o termo gerontologia tenha sido cunhado em 1903 por Metchinicoff para identificar o estudo sobre a população idosa (Neri, 1995), durante muitos anos somente alguns poucos estudos foram realizados nesta área. Depois da metade do século XX é que grande parte dos trabalhos científicos sobre esse segmento da população foi apresentado. A maioria era de cunho social, envolvendo pesquisas sobre aposentadoria e lazer entre outros. Na psicologia um grande avanço foi alcançado nesta área quando em 1950, Erik Erikson (apud Neri, 1995), propõe a ampliação das etapas do desenvolvimento para além da vida adulta, até a idade madura.

A partir da década de setenta esses estudos foram cada vez mais intensificados, por diversas razões. As famílias cada vez mais reduzidas deixam visíveis os idosos, ao mesmo tempo em que eles crescem em número. O sistema capitalista voltado para a produção discrimina o velho como alguém incapacitado para a força de trabalho, ao passo que as aposentadorias, que seriam a justa recompensa pelos muitos anos de labuta, também prenunciam o abandono e a falta de opções sociais dos idosos. À medida que mais pessoas terminam o seu tempo de trabalho, proliferam as aposentadorias trazendo um ônus para as empresas e para o Estado. Contudo, no capitalismo tardio com o elevado índice de desemprego e subempregos, ainda são essas aposentadorias que ajudam ou sustentam filhos e até netos aptos para as frentes de trabalho.

Os ideais individualistas e as revoluções sociais dos anos sessenta tornam mais frouxos os laços parentais, diminuindo a lealdade e o sentimento de reciprocidade para com os mais velhos na família; embora algumas famílias se mantenham como as mais tradicionais, cuidando e acolhendo seus parentes mais velhos, outras se afastam e surge a questão de quem é responsável por cuidar. Dado a diversidade de características individuais começa um movimento para distinguir o idoso sadio do doente (antes uma coisa era sinônimo da outra). Na década de setenta proliferam também as pesquisas sobre substâncias psicoativas, tornando-se necessários diagnósticos mais precisos sobre síndromes que acometem a população em geral. No caso das pessoas mais velhas, as depressões, as demências e as psicoses tardias passam a ser melhor investigadas, confirmando que uma porcentagem mínima de idosos portava doenças mentais. A preocupação com a qualidade de vida conduz a uma visão multidisciplinar do idoso, ou seja, os cuidados não são feitos apenas pelo médico mas por diversos profissionais. O envelhecimento também é evidenciado de uma forma antagônica pelo mito da juventude eterna, apelo constante da mídia e dos veículos de comunicação, como se envelhecer fosse um pequeno defeito que precisasse ser disfarçado pelos múltiplos produtos de beleza. Multiplicam-se os remédios contra ou a favor de um bom envelhecimento, as vitaminas geriátricas tomam conta do mercado, exatamente como manda o padrão mundial de consumo: o velho já é consumo e consumidor. Em meio a todo esse quadro, ressurgem com vestes novas esse segmento da população. Agora eles podem ser chamados de diversas maneiras: terceira

idade, nova idade, idade avançada, nova onda...(Novaes, 1995), cada termo trazendo implicações sociais as mais variadas. As associações, centros de convivência, Unatis, são os lugares para o pleno exercício do envelhecimento sadio. Numa tentativa de dar conta e de estabelecer as fronteiras dessa velhice construída, a gerontologia começa a ocupar seu lugar na história. Vê-se que, como afirma Groisman (1999, p.44), a velhice atual “não é um problema social é, antes de mais nada uma construção social”.

A gerontologia estando estabelecida, o passo seguinte é mostrar a cara desse novo contingente. As idéias negativas a respeito dos velhos começam a ser questionadas: doente, deprimido, frágil, caduco, coitadinho, incapaz, não aprende mais, apático, desinvestido do presente... A então chamada terceira idade começa a lutar para quebrar preconceitos e estereótipos. Também as idéias positivas demais são objeto de discriminação. Nem todos os velhos são sábios, solidários, carinhosos como alguns possam pensar e mesmo que sejam, isso não é privilégio de uma faixa da população.

Em outro trabalho meu (Silveira, 2000), a propósito das atividades que desenvolvo no ambulatório da UnATI-UERJ, falo do que observo nas dependências desta instituição. As pessoas que passam por lá, guardadas as diferenças individuais e as condições socioeconômicas, sofrem com suas perdas, preocupam-se com doenças, choram a morte de entes queridos, deprimem-se, estudam, fazem amigos, namoram, dançam, participam de passeios, gostam de festas, fazem ginástica, desenvolvem atividades domésticas, filantrópicas, de voluntariado, culturais e religiosas. Chegamos ao ano 2001 com uma outra concepção de velhice, com a dissolução de alguns preconceitos, com a percepção de que não existem só idosos abandonados, miseráveis, doentes (embora eles ainda existam em grande número, apelando para os nossos cuidados e atenção). No entanto, esses idosos tão vivos ainda precisam estar inseridos socialmente junto a pessoas de outras gerações, numa troca mais igualitária em favor da sociedade em geral. Como questionam França e Soares (1997), mesmo considerando os resultados positivos advindos dos grupos e centros só para idosos, estes também podem resultar em uma forma de segregação. Tratando-se de Brasil, ainda são poucas as ações intergeracionais e acredito que, na luta pelo direito dos e com os idosos, esta é a etapa seguinte.

ATIVIDADES INTERGERACIONAIS

As leituras que tenho feito recentemente sobre o relacionamento dos avós com os netos, (Barros, 1991, 1999a, 1999b e Brun, 1999) têm me ajudado a pensar nos benefícios que podem advir das trocas entre pessoas de idades diferentes. Os conflitos, os cuidados mútuos ou não, a diferença dos avós de agora para os de meados do século XX, a vontade dos mais velhos de serem aceitos e tornarem-se úteis, os pontos de encontro e desencontro que passam adolescentes e adultos jovens nesta fase de visível transição familiar, levam a refletir sobre as possibilidades de encontros intergeracionais.

França e Soares (1997, p.151) defendem as relações intergeracionais para quebrar preconceitos e afirmam que “As trocas geracionais não devem se limitar à família e aos programas e políticas governamentais, mas serem expandidas às instituições privadas e a outras representações da sociedade”.

Com o auxílio delas gostaria de tecer algumas considerações sobre a viabilidade dos encontros de diferentes gerações, dentro de uma metodologia própria que facilitasse esses encontros e que resultassem em ações conjuntas, em atividades sociais escolhidas por eles.

Num grupo é possível discutir temas referentes às características, necessidades, preocupações, semelhanças e diferenças intra e intergerações, conflitos e possibilidades de intercâmbio entre pessoas de faixas etárias bastante diferentes. O grupo é um espaço ímpar para assimilação de novas atitudes, promovendo mudanças rápidas e eficientes. O grupo permite que se veja uma mesma situação de maneiras diferentes, favorecendo o respeito às diferenças. O grupo informa, esclarece, reorganiza. Além do mais, ele apóia e melhora o relacionamento interpessoal e neste sentido, o compartilhar faz descobrir identidades. Embora o grupo seja um lugar de interação e comunicação, não são apenas as características sociais que se desenvolvem. Nele as pessoas podem tomar consciência dos seus traços mais individuais, dos seus medos, do que acha que deve ser guardado como segredo, dos sentimentos mais ocultos, que podem ou não ser partilhados, de suas preferências, de seus gostos, de sua função e do seu papel dentro e fora dele.

Novaes (1999, p.124-125) citando Habermas, diz que:

O agir comunicativo é o pano de fundo, sendo compreendido num processo circular no qual somos, ao mesmo tempo, desencadeadores de ações e produtos de ações dos grupos, bem como das influências e tradições das sociedades e culturas às quais pertencemos.

Assim também a interação entre os membros poderá ser o pano de fundo para os novos rumos a serem tomados. Os temas discutidos entre os participantes podem seguir para o planejamento de práticas sociais, educativas, promotoras de saúde, atividades culturais, abrindo um espaço às possibilidades de atuação. Por fim viriam as ações em si, as quais seriam sempre avaliadas, tornando-se gratificantes para o próprio grupo. Pensar em grupos intergeracionais é pensar também no que seus membros têm para oferecer uns para os outros, sem paternalismo ou protecionismo.

Longe de pretender rotular cada grupo etário, apontarei agora para algumas características que são mais comuns às faixas de idade sobre as quais me dispus a refletir: o final da adolescência, os adultos jovens e os idosos.

O final da adolescência é o momento de investir na vida, no futuro, na carreira: os jovens têm pressa. A impetuosidade, a intempestividade, os temas apaixonantes, as causas justas, a rapidez de raciocínio, o movimento para se expandir, a onipotência, fazem o jovem pensar em muitas coisas ao mesmo tempo e a colocar em ação muitas delas. Eles não temem os obstáculos e em geral têm saídas maravilhosas para os impasses. As idéias surgem como turbilhão. Se mais novos, de vez em quando tentam infringir os limites. Com o passar dos anos há uma tendência a uma vida mais contemplativa sem contudo significar depressão. Há uma expansão da espiritualidade e da religiosidade; os valores morais são mais internalizados; aumenta a solidariedade, talvez porque as pessoas mais velhas achem que elas, em breve, precisarão de ajuda. Há a melhor utilização da experiência de vida acumulada para benefícios pessoais, familiares e sociais; há maior seletividade nos relacionamentos afetivos e sociais; há uma tendência a revisitar o passado. Ao contrário do que se pensa, os idosos sadios sentem-se felizes e embora muitas vezes estejam voltados para o passado, gostam de trabalhar para mudanças futuras, de fazerem um balanço de suas vidas e de seus familiares, além de desejarem cuidar ou serem cuidados.

Pode-se imaginar quão rica esta troca pode ser! A articulação de características tão relevantes para um trabalho conjunto trará sem dúvidas resultados excelentes, se me permitem sonhar. Mas os componentes dos grupos também podem ter retornos bastante positivos. Os jovens podem retificar a imagem distorcida que têm dos idosos, modificar relacionamento com avós e avôs, agir de forma mais realista e menos sonhadora, desenvolver a solidariedade e a cooperatividade, lidar melhor com regras e limites, compreender a importância dos idosos se voltarem para o passado, pois esta é a sustentação para mudanças futuras. Por outro lado os idosos se sentirão úteis, menos solitários, aumentarão a auto-estima que pode estar diminuída pelas constantes perdas e pelo descrédito que ainda paira sobre eles, poderão lidar com um outro tipo de autoridade, descobrirão muito do seu potencial e estabelecerão uma relação de mais confiança com os mais jovens. Ambos, jovens e idosos, poderão descobrir que é possível ter um vínculo de afeto com um membro de outra geração que não seja seu parente ou muito próximo.

A idéia de formar grupos intergeracionais não é a de fomentar relações de amizade por semelhanças ou identificações, de tal forma que os amigos participem de programas sociais e de lazer juntos, mas a de utilizar as diferenças em favor dos membros do grupo e de toda a sociedade. Lembro que é mais comum o estabelecimento de laços de amizade com pessoas de idades próximas e isso é preferência pelo fato de haver interesses comuns e não discriminação. Por exemplo, um jovem de 20 anos não irá correr todos os dias dez quilômetros com uma amiga de 75. Não se trata de ensinar nem aprender e sim de incorporar novas realidades que, com um efeito cumulativo, transbordará do grupo para fora. Viver uma nova realidade, onde a diferença pode levar a transformações num âmbito maior, é contribuir para que muitas outras pessoas se sintam mais felizes.

A dinâmica grupal também poderá trazer barreiras e impasses. As pessoas que gostam de dar conselhos, as reações mais agressivas, os sinais de impaciência, as competições, as tentativas de fazer alianças excluindo outros membros, são resistências que deverão ser ultrapassadas por um ou dois coordenadores com experiência favorecendo a que o grupo atinja seus objetivos. Há de se pensar em temas, técnicas, recursos e uma boa

forma de manejar o grupo, dentro de uma metodologia passível de atingir as metas desejadas.

Contradições e incertezas estarão sempre presentes, cabe aos homens encontrarem caminhos e alternativas que viabilizam a expansão do conhecimento e do saber com vista à promoção e ao bem estar social de todos, além da construção de um mundo mais justo, humano e criativo (Novaes, 1999, p.37).

As palavras de Novaes me incitam a rever os benefícios das práticas intergeracionais.

Uma das coisas que caracteriza os países do primeiro mundo é o quanto as pessoas da população em geral sentem-se comprometidas com tudo que acontece em seu país. Recentemente, em viagem a Alemanha para um curso sobre trabalhos em instituições hospitalares, tive a oportunidade de ver em Dusseldorf, no Hospital Universitário, toda uma ala de atividades para os pais de crianças com câncer construída por pais da comunidade local. Essas pessoas tinham ciência das dificuldades financeiras por que passava a prefeitura local e decidiram colaborar, não só com donativos mas executando a obra em acordo com o hospital. O local ficou lindo, cheio de opções e era visível a alegria das crianças e dos que as acompanhavam; dava a idéia mais um clube do que um hospital.

O que eu quis destacar com o exemplo acima não é o investimento econômico das pessoas e sim o comprometimento social. Talvez as práticas intergeracionais possam abrir um caminho para isso. Dos asilos, prisões, hospitais, todos os tipos de excluídos poderiam mais facilmente ser reinseridos no contexto social. Não se trata aqui de obras de caridade mas de cada um ocupar o seu lugar na história. Os participantes do grupo agirão como qualquer cidadão que se preocupa com seus compatriotas e com o que acontece no lugar onde moram: acolher, ouvir, sugerir, orientar na busca de recursos em geral, indicar trabalhos, funcionar preventivamente, exercer trabalhos voluntários, tudo de acordo com a demanda de cada situação. É claro que essas atividades teriam uma programação anterior. Por outro lado os membros dos grupos também poderiam desenvolver atividades festivas, culturais e religiosas de acordo com os interesses dos seus componentes.

Não tenho desenvolvido ainda um projeto na linha destas reflexões. Trata-se apenas de uma oportunidade de compartilhar os meus anseios mais atuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegando ao final desta exposição quero reforçar os deveres do Estado, do poder público no manejo dos recursos dentro do que é prioritário e que me remete às problemáticas da educação, da saúde e da segurança em nosso país. Um provável descuido das autoridades, no entanto, não deve ser razão para os cidadãos brasileiros deixarem de participar responsabilmente nas transformações estruturais que possam resultar da contribuição de cada um. As grandes revoluções sociais foram feitas pelo povo e não pelas autoridades. As ações participativas retroalimentam quem as conduz. No caso das trocas intergeracionais, elas já existem há muito entre professores e alunos, entre pais e filhos, entre avós e netos, entre profissionais de creches, escolas e instituições de saúde e sua clientela de crianças, adolescentes e jovens, só confirmando a artificialidade e a discriminação com as pessoas mais velhas.

Dumazidier, citado por França e Soares (1997, p.153), nos ensina que:

Doravante, as pessoas idosas já não são apenas as guardiãs da memória coletiva das instituições. São também criadoras de uma nova economia, de uma nova sociedade e de uma nova cultura, que interessam a todas as gerações e às relações entre elas.

As palavras de Dumazidier deixam uma mensagem de esperança, e reforçam as minhas impressões sobre os caminhos que podem tomar os grupos intergeracionais. Um tanto de sonho, um tanto de desejo que poderá passar da utopia para a realidade, não somente para os idosos, mas para que se possa vislumbrar melhores dias para todos.

NOTAS

- * Doutoranda em psicologia clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), mestre em psicologia clínica pela mesma universidade, psicóloga supervisora na área de psicologia clínica do Instituto de Psicologia

da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), coordenadora do Grupo de Apoio aos Familiares Cuidadores de Pacientes Demenciados do Núcleo de Atenção ao Idoso, da Universidade Aberta da Terceira Idade- Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NAI-UnATI-UERJ).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, Myriam Morais Lins de. A representação das mudanças sociais da família por avós de camadas médias urbanas. *Família: Ontem, Hoje, Amanhã*. Rio de Janeiro: PUC/RJ, 1., 2. Sem., 1991.
- _____. Memória de velhos em família. In: *Envelhecimento e Saúde Mental: uma aproximação multidisciplinar. Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, n. 10, IPUB/UFRJ, p. 35-42, 1999a.
- _____. Autoridade e afetos: construção da identidade social do idoso na família. In: *Famílias, redes sociais e práticas terapêuticas. Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ, n.16, p. 65-70, 1999b.
- BRUN, Gladis. *Pais, filhos & cia. ilimitada*. Rio de Janeiro: Record, 1999. 158 p.
- DEBERT, Guita Grin. *A reinvenção da velhice*. São Paulo: EdUSP, Fapesp, 1999. 267 p.
- FRANÇA Lucia Helena; SOARES, Neusa Eiras. A Importância das relações intergeracionais na quebra de preconceitos sobre a velhice. In: VERAS, Renato Peixoto. (org). *Terceira Idade: desafios para o terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnATI-UERJ, 1997. p.143-169.
- GROISMAN, Daniel. Velhice e história: perspectivas teóricas. In: *Envelhecimento e Saúde Mental: uma aproximação multidisciplinar. Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ, n. 10, p. 43-56, 1999.
- MONTEIRO, Mário F. G.; ALVES, Maria Isabel Coelho. Aspectos demográficos da população idosa no Brasil. In: VERAS, Renato Peixoto. *Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UnATI-UERJ, 1995. p. 65-78.
- NERI, Anita Liberalesso. (org.) *Psicologia do envelhecimento*. Campinas, S.P.: Papirus, 1995, 277 p.
- NOVAES, Maria Helena. *Conquistas possíveis e rupturas necessárias: psicologia da terceira idade*. 1. ed. Paulo de Frontin, RJ - Grypho, 1995. 126 p.
- _____. *Compromisso ou alienação frente ao próximo século*. 1. ed. Rio de Janeiro: NAU, 1999, 189 p.
- SECCO, Carmen Lucia Tindó Ribeiro. As rugas do tempo na ficção. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro. IPUB/UFRJ, n. 10, p. 9-33, 1999. *Envelhecimento e Saúde Mental: uma aproximação multidisciplinar*.



SILVEIRA, Teresinha Mello. Os avós na família contemporânea. *Revista de Gestalt*. São Paulo, Departamento de Gestalt-Terapia, Instituto Sedes Sapientiae, n. 9, p. 37-44, 2000.

VERAS, Renato Peixoto. *Pais jovens de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. 3. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnATI-UERJ, 1994, 224 p.

VERAS, Renato Peixoto. A Saúde Pública e a terceira idade: reflexões sobre o tema. *Cadernos IPUB, IPUB/UFRJ*, n. 10, p. 133-139, 1999. Envelhecimento e saúde mental: uma aproximação multidisciplinar.

ABSTRACT

This article has the aim to reflect about the insertion of the old people in society through intergeneration meetings that result in activities that benefit either the participants of the meetings and the community in general as well. So, I initially present a bit of the face of the oldness in Brazil as it is nowadays, with its possibilities and limits. Then I call the attention to the intergeneration meetings as a possible route to a better integration of the old person. In this topic I describe the peculiarity of groups with people from different generations, believing that these groups can lead to projects of united social action, provided by the interchange between young and old people. Not rejecting the responsibility of the State and the authorities, I finally intend to discover forms of awakening in the old people a more active and conscious participation as citizens. This exposition is based on what I have observed in the old people that frequent the "Open University of the Third Age of the University of the State of Rio de Janeiro".

Keywords: aged; intergeneration relations; universities, Rio de Janeiro

Recebido para publicação em 06/08/2002

Aprovado em 16/09/2002

Correspondência para:

Rua Conde de Bonfim, 549/801

20520-052- Rio de Janeiro, RJ

E-mail: tsilveira@olimpo.com.br

Cuidados ao fim da vida: uma preocupação da prática da Medicina Geriátrica

End-of-life care: an issue in Geriatric Medicine

Claudia Burlá*

RESUMO

O propósito deste artigo é apresentar os conceitos básicos da Medicina Paliativa com ênfase nos cuidados ao fim da vida do paciente geriátrico em fase final de doença. A capacitação profissional para lidar com a pessoa doente e com seus familiares se impõe para um adequado controle e alívio dos sintomas que geram sofrimento. Serão abordadas algumas medidas de controle de sintomas como dor, fadiga, dispnéia, anorexia, confusão mental e constipação. Quando, para a doença de base não há cura possível, sempre haverá alguma medida que, controlando os sintomas angustiantes, desconfortáveis ou dolorosos, propiciará uma sensação de alívio, melhorando a qualidade de vida do paciente até sua morte.

Palavras-chave: geriatria; assistência paliativa; doente terminal; relações médico-paciente; qualidade de vida; morte.

*Não é uma questão de morrer cedo ou tarde,
mas de morrer bem ou mal.
Morrer bem significa escapar vivo do risco de morrer doente.
(Sêneca, 4 aC)*

O Brasil vem experimentando um acentuado envelhecimento populacional. Se, em 1950, o Brasil era o 16º país do mundo com maior número de pessoas acima de 60 anos de idade, em 2025 projeções indicam que ele terá a sexta ou quinta maior população acima dos 60 anos do planeta. Observa-se hoje uma mudança drástica no perfil demográfico da população brasileira. Se há 100 anos a sobrevivência de 70 anos era um fator de sorte ou acaso, no século XXI isto é uma realidade constante.

Um dos esteios dessa circunstância, a Geriatria vem se firmando como especialidade médica, autônoma das outras especialidades clínicas. É consagrado, hoje, que o organismo do idoso apresenta características próprias, diferentes das de um adulto. O estado catabólico, comum no envelhecimento, faz com que o idoso seja portador de comorbidades, apre-

sentando problemas orgânicos de natureza diversa, sejam condições naturalmente crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica ou a cronificação de uma condição cujo evento agudo foi controlado.

Na Geriatria vêm surgindo várias subespecialidades como Psicogeriatria e Cardiogeriatria. O propósito deste artigo é apresentar a que talvez seja a mais nova das áreas de interesse da Geriatria: os cuidados ao fim da vida em pacientes idosos com doença avançada. Consideramos avançada aquela condição clínica passível de controle, mas não de cura.

Quando o paciente apresenta doença crônica em fase avançada, o final inevitável é a morte. Entretanto, a condução do processo de terminalidade está nas mãos da equipe de saúde. Esta equipe precisa ser treinada especificamente para lidar com situações que impõem a palição como a abordagem correta para o paciente geriátrico com doença avançada.

O exercício da Medicina Paliativa exige dos profissionais não só um profundo conhecimento médico sobre o controle de sintomas, como também uma enorme disponibilidade interna de “doação” e uma ótima capacidade de comunicação. A capacitação específica para a Medicina Paliativa e os Cuidados ao Fim da Vida se impõe, pois a formação médica tradicional enfoca o processo de cura da doença, com reversão do quadro clínico, o que não é o objetivo da equipe paliativista. O objetivo da Medicina Paliativa é o de oferecer um adequado controle dos sintomas que geram sofrimento para o paciente, independente da possibilidade de cura que já não mais existe nos casos de doença avançada. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1990, através de um comitê voltado para a temática do alívio da dor do câncer e de cuidados paliativos firmou o conceito de cuidados paliativos que são os cuidados totais ativos a pacientes cuja doença não responde a tratamento curativo sendo fundamental o controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicológicos, sociais e espirituais.

Os principais sintomas presentes na fase terminal de um paciente são dor, fadiga, dispnéia, náusea e vômitos, constipação, confusão mental, inquietação, anorexia. Todos são sintomas extremamente desagradáveis, e

que devem ser prontamente controlados. Aceita-se, via de regra, que dor e sofrimento fazem parte do processo de morrer. Tal conceito é absolutamente falso. Existem medidas farmacológicas e de suporte que aliviam sintomas angustiantes e dão conforto ao paciente.

Dor é aquilo que o paciente diz que o incomoda. Cerca de 50% dos pacientes portadores de câncer apresentam dor ao longo do seu processo de morte, e apenas a metade recebe o tratamento adequado. É fundamental determinar a origem da dor, se nociocéptica, neuropática ou ambas. A escolha do analgésico vai depender do tipo da dor, da sua severidade e intensidade. É mais difícil controlar um episódio de dor do que prevenir a sua recorrência, e a expectativa de sentir dor gera uma angústia muito grande no paciente e seus familiares. Assim, um dos aspectos mais importantes no controle da dor é a administração regular de analgésicos. A OMS recomenda uma escada analgésica para alívio da dor que deve ser seguida à risca. Existem ainda alguns mitos que a falta de conhecimento especializado faz perpetuar na prática clínica. Muitos profissionais receiam prescrever analgesia com opiáceos, ou prescrevem, equivocadamente, opiáceos em caráter SOS para a dor persistente. Além disso, o profissional deve estar aberto a medidas não farmacológicas de analgesia, como relaxamento, meditação, suporte espiritual, hipnose e até mesmo procedimentos que, à primeira vista, poderiam parecer exagerados, como bloqueios de terminação nervosa e procedimentos neurocirúrgicos.

Fadiga não deve ser confundida com depressão em termos de diagnóstico, muito embora haja semelhanças no seu tratamento. A maioria dos pacientes apresenta um quadro de tristeza, e pode haver preocupação com algumas pendências legais, sociais e financeiras. O ambiente familiar deve ser de tranquilidade. É fundamental haver um adequado suporte psicológico, para que o paciente e seus familiares possam expor seus medos e angústias. Os antidepressivos devem ser usados criteriosamente, quando houver indicação precisa. O ideal é que as doses sejam baixas, e deve-se levar em conta que o início de ação é tardio (15-20 dias). Para um paciente em fase final de doença o uso de psicoestimulante a base de anfetamina é o mais indicado pelo rápido início de ação (3-5 dias).

A dispnéia é um dos sintomas mais comuns ao fim da vida, e um dos que causa mais angústia. Sempre que possível, deve-se tentar determi-

nar a causa desse sintoma, se decorrente de infecção, compressão ou distúrbio metabólico. Também a ansiedade provocada por esse sintoma deve ser controlada, com o uso de ansiolítico, se necessário. O uso do oxigênio tem um efeito mais psicológico que prático. Muitas vezes, o uso de um ventilador ou simplesmente abrir-se a janela trazem um conforto muito grande. O uso de opiáceos em baixa dose pode reduzir a frequência respiratória, aliviando a dispnéia e permitindo um sono mais tranquilo. Também é indicado o uso de anticolinérgicos em infusão contínua pela via subcutânea para reduzir as secreções.

Muitos pacientes apresentam náusea até o momento final, sem ter vômito. A causa mais freqüente de náusea é a constipação crônica que como sintoma normalmente é negligenciado. Mesmo na fase final, o alívio da constipação traz muito conforto para o paciente. Alguns fatores provocam constipação, como o alentecimento do esvaziamento gástrico (que é fisiológico na velhice), obstrução intestinal, restrição ao leito, inatividade, ingesta precária de alimentos, desidratação, aumento da pressão intracraniana, distúrbios gástricos, hipercalcemia, uremia. Se o paciente estiver em uso de opiáceo ou outro fármaco constipante, deve-se associar uma medicação preventiva dessa condição.

É fundamental prevenir-se a impactação fecal, utilizando-se regularmente laxativos (*senna*) e emolientes de fezes. Os laxativos osmóticos do tipo lactulose são úteis para aumentar o conteúdo de líquido nas fezes e melhorar o processo de eliminação. Uma boa opção é o uso de bisacodil na forma de supositório pela sua ação rápida. Deve-se fazer o toque retal quando o paciente ficar constipado por mais de três dias, pois há o risco de impactação fecal (fecaloma). Sempre se usa supositório de glicerina antes de enteroclise (para evitar trauma do ânus), e deve-se fazer analgesia (não necessária em paraplégicos) em caso de desimpactação manual.

A confusão mental é muito freqüente na fase final da doença, e provoca um profundo impacto na família, que levará consigo a lembrança do seu ente querido num estado de transtorno mental. A intervenção é necessária se o paciente estiver incomodado e a família apresentar alto grau de ansiedade. Se o paciente, apesar do problema, estiver confortável, deve-se conscientizar e orientar a família.

A ansiedade e a agitação podem ser causadas por dor ou, em casos de pacientes dementados, pela incapacidade de comunicar problemas que estejam causando desconforto. Incluem-se dentre esses a retenção urinária, impactação fecal, ferida cutânea, transtorno de sono. Uma música ambiente suave pode ajudar a tranquilizar o paciente.

É de se observar que insônia não é um diagnóstico clínico, e sim sintoma, provocado freqüentemente por depressão e ansiedade. Também o ruído ambiental, dor, distúrbios metabólicos, inatividade e efeito colateral de fármacos podem causar insônia. Além disso, aspectos emocionais como o medo e proximidade da morte, a necessidade de despedidas e de resolver pendências podem afetar o sono do paciente. Técnicas de relaxamento e meditação podem ajudar a superar esse problema.

A anorexia é um sintoma muito comum ao fim da vida, e causa mais transtornos à família que ao paciente. A princípio, deve-se sempre respeitar o desejo do paciente, especialmente se ele estiver lúcido. O aconselhamento médico é importante para tranquilizar a família. Como sugestão não farmacológica para aumentar a ingestão de alimentos pode-se oferecer uma pequena quantidade de bebida alcoólica (a preferida pelo paciente) cerca de 30 minutos antes da refeição, para estimular o apetite, oferecer alimentos olorosos e saborosos, e ainda oferecer alimentos fracionadamente, em pequenas quantidades. A utilização de alimentação artificial (parenteral) deve ser criteriosamente avaliada, discutindo-a com o paciente e familiares, pois os tubos causam muito desconforto além do custo envolvido.

A hidratação básica pode ser feita à noite pela via subcutânea ou colocando-se pequenos cubos de gelo na boca do paciente ao longo do dia. Não há necessidade de se atingir os níveis ideais de hidratação, e sim o conforto do paciente. Também a boa higiene bucal dá conforto ao paciente.

Todas as medidas terapêuticas, farmacológicas e não farmacológicas, visam o conforto do paciente. É inerente à formação paliativista a percepção que o foco do tratamento é o paciente na sua dimensão holística, e não um exame ou uma doença. Nesse processo de finitude, deve-se levar em conta não a quantidade de vida que resta ao paciente, mas a qualidade de vida que ele deve levar até o final. A qualidade de vida é uma sensação de satisfação subjetiva, ligada a todos os aspectos inerentes ao ser huma-

no, sejam físicos, psicológicos, sociais e espirituais. A qualidade de vida é boa quando as aspirações individuais são atendidas ou correspondidas pela vivência daquele momento. A melhoria da qualidade de vida, no âmbito dos cuidados paliativos, consiste em reduzir-se ao máximo o hiato entre o ideal e o possível.

O processo de morte é uma experiência muito marcante para o paciente, seus familiares e para a equipe clínica. Os profissionais não foram treinados para lidar com o sofrimento e a morte, já que esta representa o “fracasso” da atuação médica. Se o paciente sofreu, teve dor, se os seus sintomas foram mal controlados, o trauma dessa experiência acompanhará os familiares pelo resto de suas vidas, possivelmente com repercussões negativas no futuro, caso algum desses familiares tenha que passar pela mesma experiência. Ao contrário, se o processo de finitude ocorrer de maneira digna, sem sofrimento para o paciente, certamente a família ficará confortada e enfrentará com mais tranquilidade outra situação semelhante que algum de seus membros venha a experimentar no futuro.

Situações que impliquem a retirada de medidas de suporte da vida, a não implementação de medidas de suporte da vida, a decisão de não reanimar são alguns dos dilemas éticos a serem enfrentados pela equipe médica. Sua atitude nesses casos deve ser pautada pela vontade expressada pelo paciente, desde que não afrontem a legislação vigente.

A Medicina Paliativa é uma especialidade médica intimamente associada à Geriatria, e os cuidados ao fim da vida representam uma questão de saúde pública, pela necessidade fundamental e imperiosa de se aliviar o sofrimento de quem quer que esteja acometido de uma doença avançada e pelo impacto da lembrança da morte nos familiares do paciente. O grande ensinamento da Medicina Paliativa e dos Cuidados ao Fim da Vida é que há um limite para a cura, não para os cuidados. Sempre haverá alguma medida, por menor que seja, até mesmo um toque, que aliviará e confortará o paciente em sua fase final.

NOTAS

- * Especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; médica geriatra do Ministério da Marinha desde 1985; Secretária Geral da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia 2002-2004.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBOM, M. *A última grande lição: o sentido da vida*. Trad. José J. Veiga. 13. ed, Rio de Janeiro: GMT (Sextante), 1998.

ARIÈS, P. *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Trad. Priscilla Siqueira. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981.

BIRMAN, J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In: Veras, R.P. et all. *Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume- Dumará / UnATI /UERJ, 1995, p.29-48.

BYOCK, I. *Dying well: peace and possibilities at the end of life*. New York: Riverhead Books, 1997.

DASTUR, F. *A morte: ensaio sobre a finitude*. Rio de Janeiro: Bertrand, 2002.

DOYLE, D.; HANKS, G.; MACDONALD, N. *Textbook of Palliative Medicine* 2 ed. Oxford: Oxford Medical Publications, 1998.

ELIAS, N. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2001.

FAULL, C.; CARTER, Y.; WOOFF, R. *Handbook of palliative care*. Oxford: Blackwell Science, 1998.

HEFFNER, J; BYOCK, I. *Palliative and End-of-life pearls*. Philadelphia: Hanley & Belfus, 2002.

HOSKIN, P.; MAKIN, W. *Oncology for Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1998.

KINZBRUNNER, B; WEINREB, N; POLICZER, J. *20 common problems in End-of-Life*. New York: McGraw-Hill, 2002.

KÜBLER-ROSS, E ; KESSLER D. *Life Lessons*. New York: Scribner, 2000.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. Tradução Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

KÜBLER-ROSS, E. *A roda da vida*. Tradução Maria Luiza N. Silveira. Rio de Janeiro: Sextante, 1998.

KUEBLER, K; BERRY, P; HEIDRICH D. *End-of-life care: clinical practice guidelines*. Philadelphia :W. B. Saunders, 2002.

MACDONALD, N. *Palliative medicine: a case-based manual*. Oxford: Oxford University Press, 1998.

MINAYO, M.C.S. A interdisciplinaridade no conhecimento e prática da saúde do idoso. In: JORNADAS: CUIDADOS ESPECIAIS À PESSOA IDOSA (1993)

- VELHICE NÃO É DOENÇA (1994). Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia-RJ, Libb's Farmacêutica, 1993/1994, p. 74-76.
- PENSON, J.; FISHER, R. *Palliative care for people with cancer*. 2 ed. London: Arnold, 1995.
- PESSINI, L. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: Loyola, 2001.
- PY, L. (org.). *Finitude: uma proposta para reflexão e prática em Gerontologia*. Rio de Janeiro: Nau, 1999.
- REGNARD, C.; TEMPEST, S. *A guide to symptom relief in advance disease*. 4. ed. Manchester, U.K.: Hochland & Hochland, 1998.
- SCHONWETTER, R. Care of the terminally ill patient. *Clinics in geriatric medicine*. Philadelphia: W.B. Saunders Company. v. 12, n. 2, May 1996.
- SHEEHAM, D. & Forman, W. *Hospice and palliative care: concepts and practice*. Sudbury: Jones and Bartlett, 1996.
- STEDFORD, A. *Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- TWYXCROSS, R. *Introducing palliative care*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1995.

ABSTRACT

This article presents the basic concepts of Palliative Medicine, focusing the end-of-life care of a geriatric patient with advanced disease. Specific qualification is mandatory for health-care professionals for managing the patient and his family, by controlling distressing symptoms. Management of pain, fatigue, dyspnea, anorexia, mental confusion, and constipation are addressed. When there is no possible cure for the disease, there will always be some measure to control distressing, uncomfortable or painful symptoms, providing relief and improving the patient's quality of life until his death.

Keywords: geriatrics; palliative care; terminally ill; physician-patient relations; quality of life; death.

Recebido para publicação em 14/08/2002

Aprovado em 11/10/2002

Correspondência para:

Rua Artur Araripe, 43 apt. 1003 – Gávea

22451-020 – Rio de Janeiro, RJ

cburla@gbl.com.br

Oficina de sensibilização para o envelhecimento: uma ação de enfermagem

Workshop of sensitization for the aging: an action of nursing

Ana Karine Ramos Brum*

Sônia Regina de Souza**

RESUMO

Este artigo apresenta reflexões acerca da experiência vivenciada pelas autoras, enfermeiras e docentes da Escola de Enfermagem da Universidade do Rio de Janeiro, ao realizar uma oficina de sensibilização para o envelhecimento intitulada *Eu sou você ... amanhã!* Trata-se de uma oficina voltada para acadêmicos de enfermagem que cursam ou cursarão disciplinas relativas a atenção à saúde do adulto e do idoso, cujo objetivo é sensibilizá-los para o envelhecimento, contribuindo com reflexões e discussões que possam torná-los mais atentos para o “cuidar-cuidado” para a pessoa idosa, a partir da experiência de “perceber-se idoso”. Foi utilizada metodologia de dinâmica de grupos, desenvolvida em quatro momentos de atuação, e a participação na atividade parece ter levado os alunos à reflexão/sensibilização sobre seus (pré)conceitos acerca da velhice.

Algumas observações indicam manifestações de particular interesse desses alunos em participar de projetos de extensão e pesquisa sobre envelhecimento; também há indicações de posturas diferenciadas desses alunos durante as atividades práticas supervisionadas de disciplinas voltadas para a prática do “cuidar-cuidado” da pessoa idosa.

Palavras-chave: idoso; enfermagem; cuidados de enfermagem; estudantes de enfermagem; empatia; relações enfermeiro-paciente

OFICINA DE SENSIBILIZAÇÃO PARA O ENVELHECIMENTO: UM CAMINHAR...

No cotidiano das relações com os acadêmicos, no campo das atividades teórico-prático (ambulatorio, centro de saúde, grupos da comunidade, hospital), enquanto “facilitadoras no processo ensino-aprendizagem”, lidamos com a necessidade de aproximar o “aluno”, sujeito do ato de aprender, do seu objeto de aprendizagem, o “outro” em toda a sua subjetividade e complexidade que permeiam as distintas fases da vida.

Neste sentido, representa para nós um grande desafio trazer esse “aluno” para refletir a respeito do “outro”, seu contexto, valores e expec-

tativas, principalmente quando ele (o outro) está há pelo menos duas gerações à frente: o idoso. Esta reflexão é crítica porque implica objetos sócio-políticos-pedagógicos organizados mediante determinada postura no contexto da prática social.

Com a reforma curricular, iniciada em nossa escola de enfermagem há mais ou menos sete anos, deparamo-nos com duas importantes disciplinas pertencentes ao nosso departamento: Atenção à saúde do adulto e do idoso I e II, que se referem ao cuidar, no âmbito hospitalar de média e alta complexidade, de pacientes com doenças crônicas, agudas e traumas.

Em discussões sobre as estratégias para atender aos conteúdos curriculares, surgiu a problemática de tratar do tema envelhecimento, visto que as considerações gerontológicas presentes no currículo antigo seriam agora trabalhadas de forma mais específica e aprofundada. Desta forma concordamos com Silva (2000, p.48), quando menciona que:

O docente tem como responsabilidade preparar os alunos para se tornarem cidadãos ativos e participantes na família, no trabalho, nas associações de classe, na vida cultural e política. Tem como característica mais importante a mediação entre o aluno e a sociedade.

Os estudos demográficos indicam o envelhecimento mundial. As populações de diversos países, incluindo o Brasil, terão progressivo e significativo aumento de idosos a cada ano, remetendo-nos a preocupações de ordem sócio-político-econômicas. No Brasil conforme

... as projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde, entre 1950 e 2025, a população de idosos no país crescerá dezesseis vezes contra cinco vezes da população total. Este crescimento populacional é o mais acelerado do mundo e só comparável ao México e a Nigéria (Brasil, MPAS, 1997, p.07).

Diante deste contexto do envelhecimento nacional nós, enfermeiras e docentes da área da saúde, nos preocupamos com a situação de nossa realidade profissional, o “cuidar do idoso” nos diferentes espaços de atuação.

Hoje verificamos um quantitativo crescente de idosos no hospital – nosso espaço de atuação profissional. Seja na emergência, na clínica médica, no serviço de terapia intensiva ou unidade coronariana, os idosos es-

tão presentes mostrando suas necessidades a serem assistidas pelo “cuidar-cuidado” de enfermagem.

Por outro lado, existem valores sócio-culturais que excluem os idosos do convívio social, criando barreiras que impedem a participação dos idosos em vários cenários da sociedade, como referenciado por Mercadante (1996, p.75) “Na nossa sociedade, ser velho significa na maioria das vezes estar excluído de vários lugares sociais. Um desses lugares, densamente valorizado, é aquele relativo ao mundo produtivo, o mundo do trabalho”, assim como no entendimento da identidade dos idosos construída por nossa sociedade, onde Mercadante (1996, p.76) refere que

(...) a identidade de idosos se constrói pela contraposição à identidade de jovens, como conseqüência, se tem também a contraposição das qualidades: atividade, força, memória, beleza, potência e produtividade como características típicas e geralmente imputadas aos jovens e as qualidades opostas a estas últimas, presentes nos idosos.

Assim justifica-se a importância das atividades de ensino-aprendizagem voltadas ao aluno jovem, que nas suas relações pessoais e principalmente profissionais, no âmbito da assistência ao adulto e idoso, vai se deparar com o quantitativo significativo de pessoas idosas, em suas singularidades.

Observamos a escassez de informações a respeito das relações entre jovens e idosos na área de enfermagem – idosos entendidos no contexto do presente artigo como pessoas com idade acima de 60 anos, que possuem alterações fisiológicas e/ou patológicas e que necessitam de cuidados específicos que devem ser valorizados e assistidos pelo profissional de enfermagem. Dentre a restrita literatura, neste campo específico, Berger & Mailloux-Poirier resgatam as relações dos jovens e da sociedade no que se refere aos idosos afirmando que: “Por fazermos parte desta sociedade, mantemos em relação a ela e às pessoas que a compõem (muitas vezes inconscientemente), todo tipo de preconceitos, de crenças, de chavões, de tabus e de estereótipos.” (1995, p.64); consideram que as “(...) atitudes desenvolvem-se muito cedo na vida e são influenciadas por múltiplos fatores (educação, meios de comunicação social, idade etc.)”; e observam que estas “(...) atitudes negativas ou positivas revelam-se por comportamentos

que muitas vezes falseiam ou melhoram as relações entre enfermeiras e os beneficiários." (1995, p.65).

A partir deste entendimento e tomando por base os resultados do estudo anterior de Brum (1999) que trata da (re)apresentação social dos idosos para os acadêmicos de enfermagem da UNIRIO, optamos pela realização de uma "oficina de sensibilização para o envelhecimento", destinada aos alunos que iriam cursar ou estivessem cursando as disciplinas relacionadas à população idosa. Essa técnica considera que o grupo motiva o indivíduo e o indivíduo aprende com o grupo, sensibilizando a todos para o tema em questão.

OFICINA DE SENSIBILIZAÇÃO PARA O ENVELHECIMENTO: TRABALHANDO IDÉIAS, CONSTRUINDO OS ALICERCES PARA O CUIDAR NO COTIDIANO

Utilizamos nesse momento a metodologia participativa que segundo a Family Health International (1999), consiste no conceito de permitir a atuação efetiva dos participantes no processo educativo sem considerá-los simples receptores de informações.

Buscamos valorizar a experiência do grupo, envolvendo-o na discussão e identificação das questões no cotidiano, no que diz respeito à ação de cuidar do idoso.

Segundo Boff (1999) pelo "cuidado" não vemos a natureza e tudo o que nela existe como objetos, a relação não é sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito. A partir desse entendimento, é oportuno um momento para experimentos, reflexões e ainda para cogitar nossos valores, emoções e símbolos que podem conduzir a uma ação permeada de (pré)conceitos. Para Moscovici (1997) esses (pré)conceitos que emergem do cotidiano constituem um universo específico de estudo que é o de qualificar a conduta do indivíduo, analisar a frequência desses atos e a influência no ensino-aprendizagem.

Sá (1996, p.39) considera que:

grande parte desse universo provém do fundo cultural acumulado na sociedade ao longo de sua história. Esse fundo cultural comum

circula através de toda a sociedade sob a forma de crenças amplamente compartilhadas, de valores considerados como referências históricas e culturais que conformam a memória coletiva e até a identidade da própria sociedade.

E ainda neste contexto Fazenda (1999, p.45) menciona:

(...) Há um interesse crescente pelas atividades do dia-a-dia, pelas questões mais rotineiras que compõem os acontecimentos diários da vida e os significados que as pessoas vão construindo, nos seus hábitos, nos seus rituais e por todo o sentido que as pessoas dão às práticas e aos comportamentos.

Podemos dizer que os relacionamentos correspondem a uma dinâmica de familiarização onde pessoas, objetos e eventos são percebidos e compreendidos em relação a paradigmas prévios. É o que Moscovici (1997) aponta como resultado onde as imagens prevalecem sobre a realidade.

PRIMEIRO MOMENTO: ACOLHENDO O GRUPO.

Aproveitamos a oportunidade do evento da Semana de Extensão na Universidade do Rio de Janeiro, para realizar a primeira oficina. Participaram aproximadamente vinte acadêmicos, que se encontravam na faixa etária de jovens cursando entre o 4º e 6º período da graduação em enfermagem.

Em uma sala ampla e arejada as cadeiras foram colocadas de forma circular. O tema da oficina foi escrito no quadro a giz e uma música alegre de um grupo de MPB tocava no rádio gravador. Os alunos iam sendo recebidos pelas docentes e, neste momento, eram feitos comentários como: “o que vai acontecer?” “O que vocês vão fazer?”. O clima era de descontração e de uma certa curiosidade por parte dos alunos.

SEGUNDO MOMENTO: RELÂMPAGOS E TROVÕES - UMA TEMPESTADE DE IDÉIAS

Esta dinâmica foi escolhida por apresentar características que possibilitam a construção de conhecimento pelo grupo participante.

Neste momento, foi colocado no centro do círculo formado pelos participantes uma caixa de presente grande, embrulhada com papel e



laços de fitas atraentes. A partir de então, solicitamos aos alunos que falassem livremente diante da palavra *idoso* escrita no quadro negro, porém como ressalva, informamos que aquele que mais participasse seria presenteado com a "caixa atraente". As idéias eram expressas por palavras como: *"enrugado, frágil, impotente, feio, inútil, aposentado, surdo, doença, fim, discriminação, resmungão, chatice, sabedoria, manias e experiência, dentre outras expressões"*. Tais idéias podem ser encontradas na afirmativa de Zimmerman (2000, p.28) "(...) para muitas pessoas, quando se fala em velho a imagem que vem à mente é a de um sapato gasto, furado e que, portanto já não serve

Depois do quadro repleto, as docentes começaram a pontuar cada idéia contextualizando as questões bio-psico-sociais do envelhecimento e suas temáticas teóricas atuais no âmbito nacional e mundial. Para tal, tomamos os textos de Paz et all (2000), Neri (1995) e Zimmerman. Esta última autora reflete:

(...) não é mais possível ignorar a necessidade de darmos atenção à velhice no âmbito institucional, político, econômico ou da saúde. Os velhos têm necessidades próprias, características e peculiaridades que devem ser atendidas. (2000, p.45)



Este momento causou grande impacto nos alunos. Alguns deles foram convidados a olhar o que havia na caixa e se depararam com a própria imagem refletida em um espelho. Paz (2000, p.45) em seu estudo da imagem sobre o “homem-velho”, desenvolvido a partir de representações, significados e aspectos simbólicos afirma que “(...) as imagens podem ocultar ou (re)velar conteúdos diversos e aspectos ideológicos – nesse sentido atravessam gerações mantendo-se ativos”.

Este exercício proporcionou aos alunos perceberem que todos os valores atribuídos ao idoso hoje, em sua maioria pejorativos, serão aqueles atribuídos a eles mesmos por outros jovens no futuro. Este momento nos propiciou a muitas reflexões, os alunos perceberam que estavam envelhecendo e que possuíam a mesma imagem de ontem e a atual seria transformada para uma imagem não desejada, uma imagem que até aquele momento pertencia ao “outro” e não a “mim”. O imaginário acerca do idoso é presente em nossa sociedade e nos é transmitido através da família, educação, trabalho. Neste sentido o momento possibilitou aos alunos reflexões, discussões e o que consideramos a “sensibilização para o envelhecimento”.

QUARTO MOMENTO: NÃO MAIS ESTRANGEIROS E SIM PASSAGEIROS DE UM MESMO TREM

Para Zimerman (2000, p.59) “(...) não basta ser velho, é preciso senti-lo e tentar entender a forma como ele sente”. Para a autora, os jovens olham o velho mas não o enxergam, não o sentem.

Com estas reflexões chegamos ao fim da oficina. Solicitamos aos alunos que, de pé, ao som da música “Tempo Perdido” da Banda Legião Urbana, realizassem a confraternização cantando algumas dessas frases como: “*Todos os dias quando acordo não tenho mais o tempo que passou, mas temos muito tempo, temos todo tempo do mundo*”.

Para nós, este tempo é um tempo imprescindível. É aquele capaz de modificar o outro, preparando-o para o movimento da aceitação e da compreensão acerca do processo de envelhecer. É o tempo de trabalhar a inter-relação entre o indivíduo, a sociedade e o mundo. É o tempo de refletir o diálogo entre gerações e acompanhar as transformações que ocorrem no mundo.

É necessária uma mudança de atitude para que se possa estabelecer um verdadeiro diálogo. Zimerman (2000) acredita que a chave para mudança de atitude está na sensibilização para o respeito, comunicação e afeto. No que diz respeito à atitude de cuidado, esta deve provocar, segundo Boff (1999), preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade, que inclui significação de desvelo, solicitude, atenção e envolvimento. O desafio de educar o aluno para “cuidar” do idoso não representa uma simples transmissão de informação, mas requer uma mudança de atitude, de uma atitude de *Pré-Conceito* para uma atitude de *Pré-Ocupação* com o que desejamos *cuidar*. É a busca da emergência dos instrumentos próprios para cuidar do outro.

Na medida em que abordamos o sentido central do “cuidado” na figura do “idoso” e trazemos essa perspectiva à disciplina, acreditamos estar contribuindo para um aprendizado onde o compromisso com o outro é aliado ao compromisso para com nós mesmos.

O CAMINHO ENFIM...

Esta experiência vivenciada por nós autoras e pelos alunos, nos aproximou do objetivo-desafio de sensibilizar o outro para a questão do envelhecimento.

A participação nessa atividade parece ter levado os alunos a reflexão/sensibilização sobre seus (pré)conceitos acerca da velhice; algumas observações indicam manifestações de particular interesse desses alunos em participar de projetos de extensão e pesquisa sobre envelhecimento; também há indicações de posturas diferenciadas desses alunos durante as atividades práticas supervisionadas de disciplinas voltadas para a prática do “cuidar-cuidado” da pessoa idosa nos setores de clínica médica e de terapia intensiva.

Os alunos parecem demonstrar uma aproximação, um “olhar” mais sensível às necessidades apresentadas pelos idosos, enxergando-as como necessidades que um dia poderão ser apresentadas por cada um de nós.Afinal *EU* (nós) *SOU* (SOMOS) *VOCÊ* (O IDOSO DE HOJE)... *AMANHÃ!*

Esta vivência nos remete a uma percepção empírica inicial, que deverá ser estudada futuramente. São registros bastante preliminares e necessitam de aprofundamento, encaminhando-nos para a construção de

novos conhecimentos. Acreditamos que por serem raros os registros acerca da experiência relatada, estejamos contribuindo com os docentes das mais diferentes áreas do conhecimento, auxiliando-os na formação de recursos humanos na área da gerontologia e geriatria.

NOTAS

- * Enfermeira, Especialista em Gerontologia e Geriatria pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Mestre em Enfermagem e Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO)
- ** Enfermeira, Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Mestre em Enfermagem e Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERGER, L. ; MAILLOUX-POIRIER, D. *Pessoas idosas: uma abordagem global, processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta, 1995. 594p.
- BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999. 199p.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Assistência Social. *Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso*. Brasília, DF: [s.n.], 1997.
- BRUM, Ana Karine Ramos. *O corpo do idoso: a representação social pelos acadêmicos de enfermagem da Universidade do Rio de Janeiro*. 1999. 91f. Monografia (Especialização em Geriatria e Gerontologia Interdisciplinar) - Universidade Federal Fluminense, Niterói.
- FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. *Guia de orientação para aplicação de metodologias participativas*. Brasília, [s.n.], 1999.
- FAZENDA, Ivani. *Novos enfoques de pesquisa educacional*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999.
- MERCADANTE, E. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 73-76.
- MOSCOVICI, Fela. *Desenvolvimento Interpessoal: treinamento em grupo*. 6. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1997.
- NERI, Anita L. (Org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papyrus, 2001.

_____. *Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso da vida*. Campinas: Papyrus, 1995.

PAZ, Serafim F. et al. *Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?* Rio de Janeiro: ANG-RJ/CBCISS; 2000.

SÁ, C. P. de. *Sobre o núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1996.

SILVA, R. M. *Ensino na Universidade: integrando graduação e pós-graduação*. Fortaleza: DENF/UFC/FFOE/FCPC, 2000.

TIBÁ, Içami. Portas. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *Adolescer: compreender, atuar, acolher*; Projeto Acolher. Brasília: ABEn, 2001. p.243.

ZIMMERMAN, Guite I. *Velhice aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ABSTRACT

This is a story of experience lived deeply for the authors nurses and professors of the School of Nursing of the University of Rio de Janeiro when carrying through a workshop of sensitization for the intitled aging *I am you ... tomorrow* workshop deals with come back to academics from nursing that attends a course or will attend a course disciplines of attention to health of adult and aged, whose objective is to sensetize them for the aging contributing with reflections and quarrels that can become them more sensible for the *To take care of/care* for the elderly, from the experience to perceive itself AGED. Dynamic methodology was used of groups, developed at four moments of performance. 1º moment receiving the group, 2º moment lightning and thunders: the storm of ideas, 3º moment. Discovering the Reflected surprise... of I in tomorrow and 4º moment. not more foreign and yes temporary of one exactly train. The presence in this activity seems to have taken the pupils the reflection/ sensitization on its (daily pay) concepts concerning the oldness; some comments indicate manifestations of particular interest of these pupils in participating of extension projects and research overageing; also it has indications of positions differentiated of these pupils during the supervised practical activities of you discipline come back toward the practical one of the *To take care of/care* of one of the elderly.

Keywords: aged; nursing; nursing care; students nursing; empathy; nurse-patients relations

Recebido para publicação em 14/04/2002

Aprovado em 25/07/2002

Rua Noronha Torrezão, 395, bloco 3 aptº 202 – Santa Rosa

24240-181 – Niterói, RJ

E-mail: karine.brum@ig.com.br

***Contribuindo para a construção da rede de cuidados:
trabalhando com a família do idoso portador de
síndrome demencial***

Building the caring web: working with the demented elderly family

Célia Pereira Caldas*

RESUMO

Este artigo aborda a experiência desenvolvida em uma instituição pública universitária, em nível ambulatorial, com os familiares de idosos portadores de demência acompanhados pela equipe interdisciplinar no Programa de Assistência e Estudos Cognitivos. O fato de um membro da família desencadear um processo demencial desestrutura toda a dinâmica familiar. A dinâmica do atendimento à família inclui três momentos: a aproximação e conhecimento da estrutura familiar; a intervenção junto à família; e o acompanhamento da evolução do processo e da adaptação da família à nova realidade das necessidades assistenciais do idoso. A adesão das famílias ao programa é muito boa. Eles não faltam às reuniões agendadas, relatam melhora do seu desempenho ao lidar com o seu idoso e permanecem tendo a equipe como referência quando surgem novos eventos ou comportamentos do seu familiar idoso. Mas o importante é que, progressivamente, os próprios familiares tornam-se capazes e independentes da equipe para lidar com o seu idoso.

Palavras-chave: idoso; demência; cuidadores; família; relação profissional-família; relações familiares.

INTRODUÇÃO

Embora a grande maioria das pessoas envelheça sem grande comprometimento cognitivo, é importante considerar que no âmbito da assistência à saúde do idoso uma especial atenção deve ser dada às pessoas que vivenciam um processo demencial. Na verdade, esta assistência é principalmente prestada pela família, centralizada na figura do cuidador principal.

O cuidador principal é aquele que tem a total ou a maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso dependente, no domicílio. Os cuidadores secundários são os familiares, voluntários e profissionais, que prestam atividades complementares. Usa-se a denominação “cuidador formal” (principal ou secundário) para o profissional contratado (auxiliar de enfermagem, acompanhante, empregada doméstica etc.) e “cuidador informal” para os familiares, amigos e voluntários da comunidade.

Em relação ao cotidiano dos cuidadores, Witmer (1990) afirma que à medida que a pessoa vai demenciando, há uma mudança de papéis dos membros da família. Se o doente é um dos pais, os filhos adultos assumem a função de decidir e tomar as responsabilidades dos pais. O filho adulto torna-se cuidador e ficará sobrecarregado com essa função que se soma às atribuições familiares e a seu emprego.

Freqüentemente os familiares vêem-se limitados, e os sentimentos de desespero, raiva e frustração alternam-se com os de culpa por “não estar fazendo o bastante” por um parente amado. A rotina doméstica altera-se completamente. Geralmente há uma perda da atividade social da família. Muitos amigos não entendem as mudanças ocorridas com a pessoa que demencia e se afastam. O aumento da despesa também é fator preocupante para a família.

Mendes (1995) aponta que, geralmente, as decisões para assumir os cuidados são mais ou menos conscientes, e os estudos revelam que embora a designação do cuidador seja informal e decorrente de uma dinâmica, o processo parece obedecer a certas regras refletidas em quatro fatores: *parentesco* - com freqüência maior para os cônjuges, antecedendo sempre a presença de algum filho; *gênero* - com predominância para a mulher; *proximidade física* - considerando quem vive com a pessoa que requer os cuidados; *proximidade afetiva* - destacando a relação conjugal e a relação entre pais e filhos.

A dinâmica da atenção ao idoso que vive um processo de demência tem toda uma estrutura específica que difere da assistência ao idoso sem comprometimento cognitivo. Vivenciar um processo que apresenta um curso de deterioração progressiva pode ter efeitos devastadores nas pessoas afetadas e seus familiares.

O idoso e sua família necessitam de uma rede de apoio ampla que inclui desde o acompanhamento ambulatorial da pessoa doente até o suporte estratégico, emocional e institucional para quem cuida.

A demência tem assumido maior importância como problema de saúde pública devido ao aumento da população envelhecida em todo mundo, particularmente a faixa etária acima dos 80 anos. Por ser

um processo geralmente irreversível para o qual não há perspectiva de intervenção medicamentosa nem indicação de institucionalização, é fundamental que a família e a comunidade aprenda a conviver e lidar com uma realidade cada vez mais comum – a existência de pessoas em processo demencial.

Hoje a demência é reconhecida como uma síndrome caracterizada por deterioração intelectual que ocorre em adultos e é tão severa que interfere com o desempenho social da pessoa. Ocorrem alterações cognitivas que incluem distúrbios da memória, linguagem, percepção, práxis, habilidade de desempenhar seu autocuidado, capacidade de solucionar problemas necessários à vida cotidiana, pensamento abstrato e capacidade de fazer julgamentos.

Este familiar é o principal responsável pelos cuidados e assume a maior parte da carga física e emocional. Por haver uma relação com o idoso anterior ao processo demencial, este cuidador demonstra de diversas formas a dificuldade de aceitar a transformação daquele ente querido que progressivamente vai assumindo um outro modo de ser, embora o mesmo corpo tão conhecido permaneça.

CUIDADO FAMILIAR E A ATENÇÃO AO IDOSO – ASPECTOS SOCIAIS, CULTURAIS E POLÍTICOS

É característico em todos os países do mundo que o cuidado dos idosos seja feito por um sistema de suporte informal. Este sistema inclui a família, amigos, vizinhos e membros da comunidade. Geralmente, é uma atividade prestada voluntariamente, sem remuneração. A família predomina como alternativa no sistema de suporte informal.

De acordo com Kosberg (1992), existem muitas explicações para o cuidado familiar aos idosos. Certamente a influência da tradição histórica é importante. Se na sociedade, a responsabilidade tem sido da família, então o idoso já tem esta expectativa e a família não a questiona. Neste contexto tradicional o cuidado familiar faz parte da cultura. Quando não cumpre esta função adequadamente, a família sofre sanções sociais, pois é considerada negligente e/ou irresponsável.

Adicionalmente aos imperativos culturais existem os preceitos religiosos. Muitas religiões no mundo, se não todas, sustentam a noção da responsabilidade da família sobre os idosos (assim como sobre outros membros dependentes). Por exemplo, as religiões orientais enfatizam a norma da piedade filial. As religiões judaico-cristãs instruem seus seguidores a honrar seus pais e mães.

As mulheres da família têm sido a maioria entre os cuidadores de idosos. Isto tem sido constatado na maioria dos países. Parte da explicação deste fato é devida à tradição. No passado as mulheres permaneciam dentro da casa, tornando-as disponíveis para esta atividade.

Embora o relacionamento entre os idosos e suas famílias varie de cultura a cultura, a maioria das sociedades valoriza a interação intergeracional como uma das bases da construção da cultura.

Embora o cuidado familiar seja um aspecto importante da cultura, não se aplica a todos os idosos. Existem idosos que não têm família. Estes idosos podem não ter se casado, ser viúvos e/ou não ter filhos. Os filhos de alguns idosos podem ter morrido ou mudado para longe de seus pais. Nos Estados Unidos, por exemplo, muitos idosos mudam-se para áreas do país com climas amenos (e com muitos serviços de apoio a eles). Em outros países, como no México e Egito, os membros jovens da família costumam sair do país em busca de oportunidades de emprego, deixando as gerações anteriores sozinhas ou vivendo entre seus contemporâneos.

Há idosos cujas famílias são muito pobres para prover um cuidado adequado. Outros têm familiares que precisam trabalhar e não o podem fazer em horário parcial ou deixar o mercado de trabalho para cuidar deles. Além disto, existem ainda os idosos que perderam o contato com suas famílias ao longo dos anos.

Embora geralmente as famílias cuidem de seus parentes idosos, situações de convulsão social, fome, doença disseminada, conflitos internos e guerras, entre outros eventos catastróficos, podem alterar os sistemas tradicionais de cuidado.

Outra razão porque a família não pode ser vista como a única estrutura para o cuidado das pessoas idosas é a qualidade do relaciona-



mento com seus parentes. Muitas abordagens sobre a obrigação que os filhos têm de cuidar dos pais são baseadas na crença de que existe um bom relacionamento entre as gerações. É evidente que esta suposição pode ser facilmente desafiada pela existência de conflitos permanentes, por situações de abandono do lar por um dos cônjuges e desarmonia familiar resultantes de incompatibilidade de personalidades, de valores e de estilos de vida entre jovens e os mais velhos.

Portanto, embora tradicionalmente os idosos tenham a expectativa de serem cuidados por seus filhos, e os filhos adultos não tenham dúvidas sobre a sua responsabilidade pelos pais, estas expectativas e desejos têm mudado. Certamente existem evidências da quebra de responsabilidades tradicionais como consequência da urbanização. A maior influência da urbanização certamente é a transformação das estruturas familiares de famílias extensas em famílias nucleares, o que diminui a disponibilidade de parentes para cuidar dos mais velhos.

Outra questão a se destacar é que muitas pessoas não querem ser dependentes de seus filhos adultos ou de outros membros da família. Este fato muitas vezes gera a demora da própria família constatar que precisa assumir a assistência ao seu parente idoso.

Um cuidado que se apresenta de forma inadequada, ineficiente ou mesmo inexistente é observado em situações nas quais os membros da família não estão dispostos, estão despreparados ou estão sobrecarregados por esta responsabilidade.

Neste contexto, existe a possibilidade concreta de serem perpetrados abusos e maus-tratos. Portanto, é necessário lembrar que embora a legislação e as políticas públicas afirmem e a própria sociedade acredite que os idosos devem ser assistidos pela família (por razões morais, econômicas ou éticas), não se pode ter como garantido que a família prestará um cuidado humanizado.

Os padrões tradicionais de funções familiares parecem estar se desmontando face às transformações sociais, econômicas e demográficas. Como consequência, mudam os valores culturais em relação aos idosos em geral e ao cuidado familiar ao idoso, em particular.

Para acompanhar o fluxo de tais mudanças são imprescindíveis programas e serviços para os idosos. Tais recursos são urgentemente necessários pois muitos idosos isolados, dependentes e abandonados necessitam de alternativas à assistência familiar de que não dispõem. Por outro lado, muitos países refletem uma apreensão sobre se ao prover alternativas públicas se poderia legitimar e encorajar o abandono das responsabilidades da família.

No entanto, é preciso considerar que uma forma do Estado garantir aos seus cidadãos de qualquer idade os seus direitos sociais é reconhecer as suas necessidades e implantar estruturas de apoio aos idosos e suas famílias através de uma parceria entre governo, comunidade local, vizinhança, ONG's, setor privado e organizações religiosas.

Beauvoir (1990) afirma que o *status* da velhice é imposto ao homem pela sociedade à qual pertence. A sociedade destina-lhe um lugar e um papel, e o indivíduo que envelhece é condicionado pela atitude prática e ideológica da sociedade em relação a ele.

A autora destaca também que a velhice difere de acordo com o contexto social em que viveu e vive o indivíduo. Assim, não existe uma velhice, mas velhices, masculina e feminina; uma dos ricos, outra dos pobres; uma do intelectual, outra do funcionário burocrático, ou do trabalhador braçal.

Destacando o Brasil como uma sociedade heterogênea, Veras (1994) acrescenta que apesar do país ter uma das dez maiores economias do mundo, a distribuição da riqueza se caracteriza pela iniquidade e a concentração de recursos nas mãos de relativamente poucos. Isto se reflete nas condições de vida dos cidadãos idosos gerando um grande contingente de pessoas cuja fragilização econômica termina por intensificar a fragilização da saúde, considerando que as condições de vida determinam a capacidade de se manter uma reserva fisiológica suficiente para garantir a homeostase na velhice.

Portanto, tratar um país como o Brasil pela média - isto é, considerando uniforme sua estrutura social, econômica e demográfica - é um erro metodológico e de graves consequências para o planejamento, por distorcer a realidade, impedindo sua correta apreensão.

Para planejar e/ou legislar sobre a questão da assistência ao idoso, é importante considerar os diferentes contextos sociais, econômicos e culturais nos quais estão inseridos os cidadãos mais velhos de nossa sociedade. Certamente, as Ciências Sociais, particularmente a Antropologia, têm muito a contribuir neste esforço.

O governo brasileiro instituiu a Política Nacional do Idoso, regulamentada pelo Decreto nº 1948 de 13-07-96. Uma das diretrizes desta política recomenda que o atendimento ao idoso deve ser feito por intermédio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar. Para assumir esta responsabilidade, a família necessita de uma rede social e de saúde que constitua um suporte para lidar com seu familiar idoso à medida que este se torna mais dependente. Esta rede de suporte não existe em nosso país.

Um dos aspectos importantes desta rede é a formação de recursos humanos preparados para lidar com a família do idoso, particularmente do idoso mais dependente, tal é o caso do idoso que vivencia o processo de demência.

A recente Política Nacional de Saúde do Idoso (1999), reconhece a importância da parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos apontando que esta parceria deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamento e outras formas de segregação e isolamento.

A demência precisa ser reconhecida como uma importante questão de saúde pública. Seu impacto sobre a família e a sociedade não pode ser subestimado. Os distúrbios demenciais são a principal causa de incapacidade e de dependência na velhice.

Veras (1994), em estudo realizado em três bairros distintos do Rio de Janeiro (Copacabana, Méier e Santa Cruz), indicou que há muitos fatores de risco associados à deficiência cognitiva: a natureza marcadamente dependente da idade que caracteriza a demência, a predominância de

mulheres (como resultado do fator idade, pois as mulheres têm maior expectativa de vida), a acentuada importância dos fatores socioeconômicos e a associação com a incapacidade de desempenhar as atividades cotidianas. Esses fatores associados deveriam ser suficientes para deflagrar um crescimento da preocupação de saúde pública para com o problema.

O aumento do número de casos de demência relacionado diretamente ao aumento da expectativa de vida na população já torna a questão um problema de saúde pública. Além disso, não há justificativa, a princípio, para defender a institucionalização de idosos que vivenciam um processo demencial. E mesmo que a institucionalização fosse uma prática aceitável na assistência ao idoso demenciado, Duarte (1991) aponta que as pessoas idosas internadas são minoria na população e que a internação institucional não garante ao idoso um atendimento correspondente à manifestação de suas necessidades. É necessário, portanto, que a sociedade esteja preparada e existam meios para lidar com os seus cidadãos idosos que demenciam, na comunidade.

Ao analisar as possibilidades de suporte social e de saúde para a família de um idoso que vivencia um processo de demência, constata-se logo que existem poucas instituições voltadas para este campo. Dentre as públicas, destacam-se as universidades.

É importante citar a existência de grupos voluntários nos quais os próprios cuidadores promovem encontros com o objetivo de ajuda mútua.

O MUNDO DO CUIDADOR

O guia para cuidadores da Alzheimer's Disease Society da Inglaterra (1992) aponta algumas questões importantes para entendermos o "mundo" do cuidador: a personalidade daqueles que amam e assistem a pessoa idosa que demencia se desagrega gradualmente; a relação com o mundo muda e se colocam novas e inesperadas demandas. As esperanças e os projetos para o futuro se esvaem passo a passo.

Destacam-se como temas importantes para aquele que cuida do idoso que vivencia um processo de demência: angústia, sentimento de



culpa, inversão de papéis, ira, agressividade, embaraço e dificuldades na área da sexualidade.

Semelhante ao que ocorre com qualquer pessoa que se ocupa do cuidado de outra atingida por uma doença crônica, os sentimentos podem oscilar entre a esperança de melhora e a angústia do conhecimento de que a condição é irreversível.

É comum o sentimento de culpa pelo modo com que o cuidador tratava o idoso no passado, pelo embaraço sentido frente a seu comportamento inadequado, por perder a paciência com o idoso, por não querer assumir a responsabilidade, por ter pensado em interná-lo. É importante que o cuidador esteja consciente destes sentimentos de culpa, para que possa tomar decisões claras sempre que for necessário, separando o real do fantasioso. É muito importante que o cuidador esteja consciente de que a demência não é consequência de qualquer coisa que a família tenha feito no passado.

Freqüentemente tomar para si algumas incumbências do idoso, como, por exemplo, pagar contas ou preparar a comida, simboliza para aquele que cuida, todas as coisas negativas que estejam acontecendo. Ocupar-se destas tarefas pode ser extremamente penoso e dar lugar a conflitos. A inversão pai-filho é particularmente problemática. A criança que um dia foi dependente do pai, inesperadamente o vê em sua dependência. Um filho que durante toda a vida sempre procurou conselho com o pai pode agora se encontrar frente a ter que assumir um papel diferente, pois a fonte principal de seu apoio se perdeu devido à doença.

Frustração e raiva também são comuns. Raiva por aquilo que está acontecendo justamente àquela pessoa e raiva dos outros que parecem não oferecer qualquer ajuda; raiva do idoso pelo seu comportamento difícil; raiva da inadequação dos serviços que não satisfazem as necessidades do cuidador.

Às vezes o cuidador pode ter vontade de agredir o idoso. Muitas vezes as situações chegam ao limite do suportável e a agressividade aflora. Esta sensação é extremamente desagradável, já que muitos deles não são por natureza violentos ou agressivos. É necessário destacar, que o emergir

destas sensações sinalizam que chegou o momento de buscar ajuda ou fazer uma mudança no tipo de assistência ao idoso.

Por vezes, o comportamento de um idoso afetado pela demência pode ser embaraçoso. O cuidador sente este incômodo principalmente porque se preocupa com os vizinhos ou outras pessoas alheias à sua vivência. Se o cuidador se incomoda tanto, é necessário então compartilhar com o máximo de pessoas possível a sua experiência. Quanto mais os outros que convivem ao seu redor, estiverem informados, tanto menos se sentirá incomodado aquele que cuida do idoso.

O cônjuge sadio pode encontrar dificuldade na realização do relacionamento sexual com um companheiro afetado pela demência, porque muitos outros aspectos da relação foram drasticamente mudados, como o companheirismo, a admiração, a atração. Em particular, o comportamento sexual do idoso pode estar mudado a tal ponto que resulte inaceitável ou incontrolável por parte do cônjuge que dele cuida, gerando uma situação de crise. O idoso poderá estar sexualmente incapaz, enquanto o cônjuge pode continuar a desejar um parceiro sexual, mas sente-se culpado frente a tais desejos ou mesmo não está preparado para ter um papel sexual mais ativo junto ao companheiro demenciado.

De acordo com Caldas (1995), a sobrecarga física, emocional e socioeconômica do cuidado a um familiar demenciado é imensa. E não se deve esperar que os cuidadores entendam e executem as técnicas básicas de enfermagem corretamente. O enfermeiro precisa treinar o cuidador e supervisionar a execução das técnicas básicas de enfermagem, incluindo o posicionamento no leito, banho, alimentação, troca de roupa de cama, etc. A família deve ser preparada para os sentimentos de culpa, frustração, raiva, depressão e outros sentimentos que acompanham esta responsabilidade.

Harvis e Rabins (1989) destacam que a assistência ao paciente demenciado pode ser muito estressante e pode levar muitos familiares a desequilíbrios físicos e psicológicos. Os cuidadores apresentam vários sintomas de stress, geralmente têm um balanço afetivo negativo e, em relação à população geral, eles apresentam menor nível de satisfação de viver.

À medida que o paciente regride, há um grande risco de se desconsiderar a sua dignidade, individualidade e liberdade. Os familiares passam a encarar o demenciado como um estranho vivendo num corpo que anteriormente abrigou a pessoa que eles conheciam; os profissionais tendem a vê-lo como um paciente dependente, necessitado de cuidados integrais, sem levar em conta sua história pessoal de vida. Há, portanto, o risco do paciente demenciado ser tratado de uma forma impessoal e até desumanizada, apesar de todo cuidado físico.

São comportamentos freqüentes da pessoa que demencia, por exemplo: furtar, esconder objetos; agitação na hora de dormir; reações catastróficas provocadas por multidões e locais barulhentos, pela mudança da rotina conhecida pelo paciente; explosões pela falta de repouso; fugas de casa, perambulações; recusa de banho e higiene corporal; ataques de pânico; comportamento potencialmente perigoso ou ameaçador; recusa de alimentação; alucinações; agitações; delírio. Para cada um destes problemas existe uma série de estratégias de enfrentamento possíveis, e estas estratégias devem ser discutidas junto com o cuidador.

A ATENÇÃO AO IDOSO PORTADOR DE SÍNDROME DEMENCIAL E SUA FAMÍLIA NO AMBULATÓRIO DA UNATI- UERJ

A UnATI - Universidade Aberta da Terceira Idade é um programa da Sub-reitoria de Extensão e Cultura da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Concebida como uma micro universidade temática desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão voltadas para idosos e visando a capacitação de profissionais para atuar na área de geriatria e gerontologia.

O ambulatório da UnATI atende pessoas com mais de 60 anos. Ao chegarem ao serviço é realizada uma triagem funcional na qual são levantadas as questões que motivaram a busca ao serviço; as doenças cujos diagnósticos já são conhecidos pelo paciente e são aplicados testes para uma avaliação da capacidade funcional do idoso. Com esta triagem são identificados os usuários em situação de fragilidade ou com risco de adoecimento.

A seguir é realizada a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). Este procedimento é definido como uma avaliação multidisciplinar em que os diversos problemas do idoso são dimensionados e desenvolve-se um plano de cuidados tendo como foco os problemas identificados.

Esta avaliação (AGA) do idoso é realizada por uma equipe mínima, composta por membro do serviço social, pela enfermeira e pelo médico, que através da aplicação de instrumentos padronizados faz o diagnóstico clínico, social, funcional e cognitivo deste indivíduo que se apresenta com determinada queixa. De posse deste diagnóstico amplo, a equipe formula um conjunto de instruções coordenadas, chama outras disciplinas do serviço (nutrição, psicologia, fisioterapia e terapia ocupacional) para opinar e intervir, e estabelece um plano estruturado frente aos problemas detectados.

Os pacientes que apresentam sinais e/ou sintomas de *déficit cognitivo* nesta avaliação são encaminhados para o atendimento específico de neurogeriatria. Este ambulatório de neurogeriatria funciona na Policlínica Piquet Carneiro.

No ambulatório de neurogeriatria o paciente é atendido por geriatras, neurologista e enfermeira com o apoio de nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos e psiquiatras. Na consulta geriátrica é realizada a investigação diagnóstica, levantamento cuidadoso das medicações utilizadas e aplicação do protocolo para diagnóstico diferencial das síndromes demenciais. Há um neurologista que supervisiona todos os atendimentos e atua em conjunto com os geriatras. O psiquiatra também participa do atendimento e sua atuação é fundamental para esclarecimento de diagnóstico diferencial e tratamento de desordens psiquiátricas associadas a quadros demenciais.

Na avaliação inicial os seguintes exames laboratoriais são solicitados: hemograma, glicose, uréia, creatinina, provas de função hepática, colesterol, HDL, triglicéridios, VDRL, EAS, dosagem de vitamina B12 e TSH.

Na consulta clínica realizam-se o exame físico e a análise dos resultados dos exames laboratoriais visando a verificação de causas secundárias e possivelmente controláveis ou tratáveis. Para esta investigação e para

o acompanhamento é necessário também o exame de tomografia computadorizada, que pode ser realizado em instituições da rede pública, e é solicitado a todos os pacientes. A ressonância nuclear magnética ou outros exames de avaliação funcional cerebral são solicitados quando a família tem condições de pagar por eles, pois não estão disponíveis gratuitamente para o ambulatório.

Os pacientes passam a ser assistidos por geriatras e neurologistas em consulta conjunta procurando-se dar assistência às questões médicas que se apresentam. As marcações de seguimento são feitas de acordo com a necessidade, deixando-se em aberto a possibilidade de atendimento sem marcação quando houver uma intercorrência. Estes pacientes são acompanhados pela enfermeira que intervém junto à família e cuidadores orientando e planejando a assistência ao paciente segundo o grau de severidade apresentado e acompanha a evolução do processo junto à família.

Além das consultas individuais com o paciente para acompanhamento, a enfermeira realiza consultas individuais com o cuidador principal ao longo do tempo. Com toda a família do paciente, a enfermeira se reúne no início do acompanhamento para esclarecer a patologia, estabelecer estratégias de cuidado e orientar para necessidades de adaptação da dinâmica familiar levando em conta as necessidades do paciente. A enfermeira continuará acompanhando a família e reunindo-se com todos os familiares sempre que necessário para esclarecer alterações que ocorram na evolução da doença, se houver necessidade para adaptar o cuidado, e se precisar alterar a dinâmica familiar de alguma forma.

Os cuidadores principais são também encaminhados ao grupo de apoio a familiares onde semanalmente se reúnem com os profissionais da equipe (a enfermeira, a psicóloga e o psiquiatra) para esclarecimento de dúvidas e questões relativas ao cuidado.

A adesão dos cuidadores principais e familiares ao programa é muito boa. Eles não faltam às consultas, relatam melhora do seu desempenho ao lidar com o seu idoso e estão sempre procurando a equipe quando surgem novos eventos ou comportamentos do seu familiar idoso.

Textos Envelhecimento	Unati/UERJ	Rio de Janeiro	ano 4 n° 8	p.39-56	2° semestre 2002.
-----------------------	------------	----------------	------------	---------	-------------------

maiores sobre a doença e orientações gerais sobre o cuidado. Não se pode considerar os cuidadores meros cumpridores de orientações padronizadas, pois quando pessoas são tratadas como objetos de prescrições, anulam-se as possibilidades de serem elas mesmas, livres para tomarem decisões e exercitar sua criatividade – ficam anuladas.

Textos Envelhecimento	Unati/UERJ	Rio de Janeiro	ano 4 n° 8	p.39-56	2° semestre 2002.
-----------------------	------------	----------------	------------	---------	-------------------

DINÂMICA DO ATENDIMENTO À FAMÍLIA

Primeiro momento: aproximação

Identificação do cuidador principal, estrutura e dinâmica familiar: com quem vive o idoso, qual é o sistema familiar, quem sustenta a casa, quem recebe o dinheiro do idoso etc.

Estrutura de apoio e suporte que a família dispõe: apoios comunitários, de amigos, outros parentes, empregados, cuidadores secundários (acompanhantes), sistemas de abastecimento de mantimentos, manutenção da casa, limpeza etc.

Segundo momento: intervenção

Convocar toda a família ou responsáveis legais.

Esclarecer o processo patológico e prognóstico.

Devolver para a família a avaliação feita no primeiro momento (de aproximação) e apontar para a necessidade de redefinição da dinâmica familiar para enfrentar as alterações que seu familiar está apresentando, considerando as alterações que ainda irá vivenciar.

Aprazar um retorno para a família, considerando que esta necessita de um período para decidir e definir as adaptações necessárias à estrutura e dinâmica familiar.

Terceiro momento: acompanhamento

Em nova reunião com a família, conhecer as soluções que a própria família encontrou para a assistência ao seu familiar que vivencia o processo demencial.

Acompanhar o processo e evolução da patologia através de consultas mensais com o cuidador principal, que deverá participar também do grupo de cuidadores, que é outra estratégia de acompanhamento à família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tornou-se evidente, tanto através da literatura especializada quanto pelos registros que emergiram da prática ambulatorial, que especial atenção deveriam merecer o cuidador do idoso e sua família.

Embora haja um membro da família que termina tornando-se o principal responsável pelos cuidados do idoso, todo o sistema familiar necessita envolver-se no cuidado, até porque, a medida que isso ocorre, cada membro da família tem a possibilidade de compreender o que está acontecendo com o idoso e pode contribuir para aliviar a carga do cuidador principal.

Por haver uma relação com o idoso anterior ao processo demencial, a família tem muita dificuldade de aceitar e enfrentar transformação daquela pessoa que progressivamente vai assumindo um outro modo de ser, embora o mesmo corpo tão conhecido permaneça.

A dinâmica da assistência de enfermagem ao idoso que vive um processo de demência tem toda uma estrutura específica, que difere da assistência ao idoso sem comprometimento cognitivo. Vivenciar um processo que apresenta um curso de deterioração progressiva pode ter efeitos devastadores nas pessoas afetadas e seus familiares. Embora os cuidados básicos correspondam a parcela significativa na atenção ao cuidador, emerge da própria relação estabelecida entre este e o enfermeiro que a prioridade da assistência é o suporte, o que significa apoio emocional e estratégico à família para lidar com a situação que experiencia cotidianamente.

É fundamental para a atenção ao idoso que seus familiares sejam vistos nas suas singularidades. E como tal precisam ser ouvidos, suas necessidades detectadas e, a partir deste diagnóstico, receber cuidados.

Os cuidados a serem prestados aos familiares devem garantir apoio à sua desgastante tarefa. Este apoio não significa apenas transmitir informações sobre a doença e orientações gerais sobre o cuidado. Não se pode considerar os cuidadores meros cumpridores de orientações padronizadas, pois quando pessoas são tratadas como objetos de prescrições, anulam-se as possibilidades de serem elas mesmas, livres para tomarem decisões e exercitar sua criatividade – ficam anuladas.

É preciso que os profissionais de saúde compreendam que o cumprimento das prescrições e orientações por parte dos cuidadores não significa que as necessidades do idoso estão plenamente atendidas. O ideal é que tais pessoas participem das decisões sobre os rumos da assistência ao idoso, sabendo que contarão com o suporte técnico.

Quando há uma estrutura de apoio institucional, estratégico, material e emocional, os cuidadores têm a possibilidade de exercer o cuidado e permanecer inseridos socialmente sem imobilizar-se pela sobrecarga determinada pela difícil e estafante atenção ao doente em processo demencial.

Um cuidador que recebe apoio adequado busca aprender e descobrir novas estratégias para lidar com o seu ente querido, reduzindo os desencontros entre as necessidades de ambos. Com isso é possível que aprenda a fazer ajustes no seu cotidiano e não anule as suas próprias possibilidades de continuar a ter uma vida própria.

A família precisa receber atenção específica dos profissionais de saúde. E lidar com esta clientela exige um conhecimento que inclui aspectos teóricos e metodológicos de como abordá-la levando em conta sua estrutura e dinâmica próprias. Esse tipo de conhecimento ainda é muito precário na área da saúde em nosso país.

Por outro lado, embora muitas vezes o desespero, a angústia, o turbilhão de emoções que emergem da vivência dos cuidadores possam apresentar-se como prioridades para o profissional de saúde que os atende, é preciso estender a atenção para além destas manifestações emocionais e atingir as suas demandas objetivas.

O que os cuidadores familiares demandam, além de compreensão, é apoio estratégico e institucional, pois suas necessidades não são apenas de ordem emocional. São necessidades objetivas e subjetivas, como poder contar com estruturas confiáveis para acompanhar o seu familiar idoso e para atender a eles próprios que se esgotam e necessitam de atenção. A solução seria a existência de estruturas sociais e institucionais para apoiar o cuidado ao seu familiar idoso. Atualmente, além destas estruturas não existirem, os profissionais da área de saúde ainda demonstram outras difi-

culdades que incluem problemas na detecção dos casos de demência, o desconhecimento de como lidar com o idoso em processo demencial e de como apoiar a sua família.

NOTAS

* Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN-UFRJ); mestre em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ); professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da UERJ e vice-diretora da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI-UERJ)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALZHEIMER'S DISEASE SOCIETY. *Caring for the person with dementia – a guide for families and other carers*. London, England. 1992.

BARCLAY, L. *Clinical Geriatric Neurology*. Pennsylvania: Lea e Febiger, 1993.

CALDAS, C. P. A abordagem do enfermeiro na assistência ao cliente portador de demência. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.3, n. 2, out. 1995.

_____. *A saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

CARROL, M. *Enfermagem para idosos*. São Paulo: Organização Andrei, 1991.

CASSEL, C. et al. *Geriatric Medicine*. 2nd. ed. New York: Springer-Verlag, 1990.

ELIOPOULOS, C. *Gerontological nursing*. 2nd. ed. J.B. Philadelphia: Lippincott Company, 1987.

HARVIS, K.A. ; RABINS, P.V. Dementia: helping family caregivers cope. *Journal of Psychosocial Nursing*, v. 27, n.5, 1989.

HAZZARD, W.R. et al. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 3rd. ed. New York: McGraw-Hill, 1994.

LUECKENOTE, A. G. *Pocket guide to gerontologic assessment*. St. Louis, Missouri: The C.V. Mosby Company. 1990.

MENDES, P. B. M. T. *Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano*. 1995. 195 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

STAAB, A. ; LYLES, M. *Manual of Geriatric Nursing*. Glenview: Illinois: Scott, Foresman and Company, 1990.

WITMER, D.M. *Geriatric nursing assistant*. New Jersey: Prentice-Hall, 1990.

ABSTRACT

The study reports an experience developed in outpatient facilities of a public university, with relatives of demented elderly people. When a family has to care for a member who is developing a process of dementia, the family dynamic and the roles played by relatives change. Assistance to families comprises three moments: approach and recognition of family structure; intervention in the family; follow-up of the process evolution and of the family adaptation to the new reality, that of understanding and attending the elderly in his/her needs. Adhesion of families to the program is considered very good. They do not miss the meetings, refer a better performance while dealing with the elderly and they also consider the staff a reference whenever the elder relative performs new events or presents new behavior. But the most important aspect is: gradually, the family acquires ability and independence to deal with its elderly relative.

Keywords: aged; dementia; caregivers; family; professional-family relations; family relations

Recebido para publicação em 06/04/2002

Aprovado em 03/06/2002

Correspondência para: ccaldas@uerj.br

O curso da vida, o envelhecimento humano e o futuro
Life's Course, Human Aging, and the Future

Shirley Donizete Prado*

RESUMO

Buscamos discutir perspectivas para o futuro do processo de envelhecimento humano a partir do conceito de curso da vida e considerando o cenário atual em que a tecnociência avança a passos largos no desenvolvimento de mecanismos de intervenção nos corpos e no ambiente em que estamos inseridos.

Palavras-chave: envelhecimento; desenvolvimento humano; geriatria-história; qualidade de vida; tecnologia biomédica.

SOBRE O CURSO DA VIDA

Com frequência, encontramos trabalhos que se iniciam por colocações acerca das dificuldades no estabelecimento de limites para a definição da linha divisória entre vida adulta e velhice; também, com a mesma frequência, informa-se a adoção de um critério – como o referenciado por algum organismo internacional – e o objeto de estudo já pode ser desenvolvido. Este tipo de abordagem caracteriza a existência humana como “ciclos de vidas”: fases sucessivas e universais, a saber, infância, adolescência, maturidade e velhice. As idades são agrupadas e postas em seqüência linear, progressiva; cada período com suas características próprias, em modelo aplicável a todas as sociedades como grandes conceitos homogeneizadores.

Debert, entretanto, nos alerta para o fato de que se em todas as sociedades há, de algum modo, a presença de agrupamentos etários e que a consideração das idades para o desenvolvimento de estudos antropológicos é fundamental, essas grades de idade não são as mesmas e guardam significados específicos a cada grupo social, devendo ser entendidas em função do contexto histórico em que foram desenvolvidos. Constitui-se, então, uma crítica ao conceito de ciclos da vida que “(...) estaria impregnado de uma visão essencialista, de caráter a-histórico da vida” (1999, p.37).

Alternativamente, Debert defende a idéia de “curso da vida” como processo gradual que considera aspectos históricos, sociais e individuais para a compreensão dos períodos da vida, numa visão mais complexa e elaborada. Bassit¹, registra a esse respeito que

(...) o estudo sobre o curso da vida vem se movimentando de uma tendência que divide o estudo do desenvolvimento humano em estágios descontínuos para um firme reconhecimento de qualquer ponto do curso da vida precisa ser analisado dinamicamente, como consequência das experiências passadas e das expectativas futuras, e de uma integração entre os limites do contexto social e cultural correspondente (2000, p.218).

Por esses caminhos é possível compreender que nas sociedades tradicionais a divisão da vida em etapas consecutivas e bem demarcadas por limites de idade não se dava como nas sociedades modernas ou como parecem se anunciar para o futuro. Vários autores parecem partilhar desse pensamento, como Debert (1999) e Bassit (2000).

O trabalho de Ariès (1978) sobre a idéia de “infância” como categoria de idade socialmente construída está sempre presente no rol de argumentos. O autor nos fala sobre a inexistência de separações evidentes de grupos etários nas sociedades tradicionais, tais como as entendemos hoje; na França medieval as crianças participavam integralmente do mundo dos adultos, assumindo, muitas vezes e de forma precoce, atividades laborais assim que houvesse possibilidades físicas para tal. A partir de então, inicia-se um processo de construção da infância marcando um gradual distanciamento entre crianças e adultos. Ao longo dos séculos, a noção de infância foi ganhando contornos até ser tratada como questão específica.

Roupas e maneiras adequadas, jogos, brincadeiras e outras atividades passaram a distinguir a criança do adulto. Instituições específicas, como as escolas, foram criadas e encarregadas de atender e preparar a população infantil para a idade adulta (Debert, 1999, p.43).

A mesma autora vale-se de Elias (1990)² para confirmar suas perspectivas ao sugerir diferenças importantes entre o comportamento adulto atual e aquele do período medieval: menor controle sobre as emoções e expressões conferia ao adulto uma postura mais solta e espontânea, como uma criança que não carrega culpa ou vergonha. Bassit faz leitura seme-

lhante. “Se no primeiro exemplo as crianças eram ‘mini-adultos’, no segundo os adultos eram como crianças, apesar de sua força física e do potencial para a violência” (2000, p.220).

Um outro exemplo diz respeito à idéia, desenvolvida na França do Século XII, de juventude como uma nova etapa da vida compreendida entre a saída da infância e o casamento: período de viagens e aventuras que se encerrava com os acordos para o matrimônio, substituição dos pais na gerência dos bens e do poder da família. Por essa via, a juventude não correspondia exatamente a uma faixa etária precisa uma vez que a idade para o casamento era muito variável e que, por sua vez, encontrava-se mais associado a fatores de natureza econômica que biológica (Debert, 1999).

Da mesma forma, a “adolescência” teria sido inventada durante o Século XIX nas sociedades ocidentais. Bassit cita o trabalho de Hall, publicado em 1904, sob o título *Adolescence*, que atribui à vida urbana e sedentária parcela importante na explicação para o interesse sexual acentuado, dificuldades nos relacionamentos intrafamiliares, violência e fortes manifestações emocionais que marcaram a juventude problemática de Londres e Nova York. Importante a participação de Hall no sentido da constituição da adolescência como mais um estágio da vida, em seus problemas e nas propostas de soluções situadas nos campos da biologia e da psicologia: etapa necessária aos seres humanos na aprendizagem do enfrentamento às questões que surgirão na vida adulta referentes ao corpo biológico, ao mundo mental, às regras de convivência, ao consumo, ao trabalho, entre outras.

Também a “terceira idade” é uma criação recente no mundo ocidental. O fenômeno do envelhecimento populacional, marcante no Século XX empurrou a velhice para idades mais avançadas. Os idosos passaram a ser vistos como vítimas da marginalização e da solidão propiciando, a partir da década de 1970, entre outros elementos, a constituição de um conjunto de práticas, instituições e agentes especializados voltados para a definição e o atendimento das necessidades dessa população³.

Pode-se depreender desses exemplos que a partir de uma forma de vida em que a idade cronológica tinha menor relevância que, por

exemplo, o *status* familiar, passamos a um outro em que a idade corresponde a uma dimensão fundamental na sociedade. Esse fenômeno pode ser entendido como conseqüente a mudanças estruturais de uma economia feudal de base agrária e doméstica para o capitalismo centrado no mercado de trabalho. Como também é possível considerar o de processo deslocamento de questões atinentes ao domínio familiar e privado para a esfera pública, passando o Estado Moderno a regular o curso da vida por meio de cortes etários com vistas a escolarização, participação no mercado de trabalho e aposentadoria. A esse respeito, Bassit⁴ nos diz que

a modernidade, ao estar associada ao desenvolvimento do capitalismo, da ciência e tecnologia e ao nascimento do Estado Moderno, acarreta um maior interesse em registrar, regular e disciplinar a vida das pessoas, quer por meio do desenvolvimento das ciências humanas ou do corpo. A preocupação central na modernidade é periodizar a vida humana, institucionalizando as transições das pessoas da família para a escola ou o trabalho, instituindo a idade ideal para se casar ou se aposentar, entre outras. (...) a lógica da modernidade está fundamentada na uniformização e 'universalização das transições' em uma grande variedade de contextos institucionais, bem como uma maior segregação de grupos sociais. Esse processo acarretou uma maior diferenciação no curso de vida, com limites claramente definidos por meio de idades cronológicas pré-definidas, que separam as diferentes fases da vida como a infância, a adolescência, a maturidade e as emergentes meia-idade e velhice" (2000, p.222).

Podemos concluir pelo exposto até agora que nas sociedades pré-modernas ou ditas primitivas, embora a idade estivesse de alguma forma presente como critério de marcação de grupos, não apresentava a mesma relevância que no mundo moderno onde se constituiu um complexo processo de institucionalização do curso de vida que, para além da regulamentação das seqüências etárias, inclui a definição de projetos de vida individuais e coletivos.

Vejamos agora como se pode visualizar o envelhecimento a partir do conceito de curso da vida.

SOBRE O CURSO DE VIDA E O ENVELHECIMENTO

Para abordar o envelhecimento a partir da perspectiva do curso de vida, seguiremos os passos de Groisman que busca discutir a velhice sob uma dimensão histórica (1999).

Seu trabalho apresenta uma crítica à idéia de que nas sociedades pré-modernas os idosos gozavam de prestígio e eram respeitados pelos demais em sua autoridade e sabedoria: uma “idade de ouro da velhice” ou uma “gerontocracia” derivada da posição de patriarcas em extensas famílias onde os velhos detinham conhecimento e poder. Com o processo de modernização, a industrialização traria o afastamento dos velhos do mundo produtivo, a urbanização resultaria na redução do tamanho da família esgotando o poder patriarcal do idoso, cujo saber não seria mais adequado às necessidades dos jovens escolarizados e mais valorizados e, por fim, a marginalização e a solidão constituiriam, em conjunto, as mazelas de uma nova forma de discriminação social: o “etarismo”. Groisman, e Debert (1997)⁵ consideram a fragilidade da tese da idade de ouro, tanto pela insuficiência de informações sobre a velhice no passado remoto, quanto pelo fato de que em culturas contemporâneas, como o Japão, a modernização não resultou, necessariamente, em declínio de *status* para os mais velhos. Tampouco a marginalização e a solidão parecem se constituir no destino inexorável de todos os velhos pois, valendo-se de Katz, o autor indica a constituição de um consenso na literatura mais atual no sentido de que a homogeneidade nunca teria sido a característica da velhice: “ (...) velhos sempre foram ricos e pobres, venerados ou denegridos e tratados tanto de forma dura quanto generosa pelas famílias e comunidades, não havendo necessariamente um padrão para isso” (Groisman, 1999, p.47).

Um outro aspecto criticado por Groisman na discussão sobre a teoria da modernização corresponde à idéia de que as mudanças advindas nos tempos modernos teriam acarretado aos idosos uma série de problemas, mas que, simultaneamente, teriam trazido a gerontologia para solucioná-los, de modo que a qualidade de vida na velhice estaria garantida. Apresentada dessa forma, a gerontologia corresponderia a uma mera consequência natural do aumento proporcional de idosos no mundo.

Em contraposição a essas perspectivas, o autor parte para uma nova abordagem reconhecendo a impossibilidade de um afastamento total

à teoria da modernização, mas estabelecendo algumas distinções fundamentais: buscando evitar estereótipos e

(...) tomando o próprio curso da vida como um objeto de investigação histórica, o que abre caminho para uma desconstrução do conceito de velhice. Isto significa pensar que a velhice não é uma variável fixa, que podemos analisar antes e depois da modernização, mas uma realidade culturalmente construída, inclusive pelas disciplinas científicas que a tomaram como alvo (1999, p.48).

Assim, Groisman passa a desenvolver a história da velhice a partir da perspectiva que Katz⁶ denomina “curso de vida moderno”, ou seja, uma vez considerados os processos econômicos, culturais e burocráticos em sua participação nas diferenciações das idades, a velhice passa a ser entendida como “ (...) uma etapa que se diferencia e ganhou contornos próprios em um dado momento histórico, no processo de construção do curso de vida moderno” (1999, p.49).

O período de passagem do Século XIX para o Século XX é indicado como marcante para que as características da velhice moderna possam ser percebidas. E para construir a história da velhice a partir desse período histórico, o autor faz uso das três “tecnologias de diferenciação”: o saber geriátrico/gerontológico, a aposentadoria e os asilos de velhos, registrados a seguir.

Em relação a primeira tecnologia de diferenciação, as origens da geriatria se confundem com as transformações da medicina registradas por Foucault: os Séculos XVIII e XIX teriam assistido a substituição da visão da doença ligada às forças cósmicas ou divinas por outra que entende a doença nos tecidos do corpo a partir do exercício da anatomia patológica. No que se refere à geriatria, Bichat, Charcot e Broussais constituiriam as bases formadoras das práticas modernas sobre a velhice: estando a doença nos tecidos e comprometendo em seguida os órgãos e se no envelhecimento há a deterioração dos tecidos, pode-se afirmar que o envelhecimento corresponde a um processo de morte. No início do Século XX, Nasher introduziu o termo “geriatria”, o que correspondeu a tentativa de “(...) desenvolvimento de uma base clínica que identificasse de forma separada esta etapa do curso da vida” (Groisman, 1999, p.51).

A partir de então a velhice passou para o domínio científico da medicina, objeto de cuidados especializados.

Já como grupo demográfico, os idosos passaram a se constituir em alvo da atenção de vários outros profissionais. Citando ainda Katz, o autor atribui a Metchnikoff a criação do termo “gerontologia”, como campo de estudo médico voltado para o prolongamento da vida. Autores populares, a demografia e outros profissionais também teriam contribuído na construção desta área que já se alargava para além da medicina, produzindo um conhecimento que alicerçou e fortaleceu o seu próprio campo de atuação.

Se a virada do século foi fundamental para um novo delineamento da velhice, é interessante retornar à geriatria para prosseguir na história. Após os trabalhos de Nasher e suas convocações ao investimento na geriatria – relata-nos Groisman (2000), a partir de Haber⁷ – vários médicos escreveram artigos sobre a velhice, mas não foram criados cursos nessa especialidade e tampouco os periódicos de prestígio dedicaram-se a publicar textos relevantes sobre o tema. Em contraste com a cirurgia ou a ginecologia, poucos eram os geriatras no início do século. As razões para esse cenário, segundo o autor, estão ligadas às dificuldades em delimitar velhice e doença e às limitações nas prescrições terapêuticas para os problemas da senilidade: as condutas que indicavam dietas, tônicos e atividades ocupacionais não acompanhavam os avanços científicos crescentes nas demais especialidades.

Segue-se um certo vazio de novos acontecimentos nesse campo até aproximadamente a metade do Século XX, quando estudos no campo da sociologia e da antropologia vão divulgar as idéias de idade de ouro da velhice, de associação dos idosos a marginalização e solidão como um todo homogêneo, conforme já referido anteriormente. A partir de então, não só a produção científica sobre a velhice ganhou espaço, mas também os idosos passaram a ser percebidos por políticos, legisladores, mercado de consumo alcançando lugar de destaque nas políticas sociais. Espalha-se, mundo afora, a idéia da terceira idade e brotam a cada dia os centros de convivência para pessoas idosas. Debert nos diz que “Os anos 80 assistiram à transformação da velhice em um tema privilegiado, quando se pensa nos desafios enfrentados pela sociedade contemporânea” (1992, p.33).

Groisman (2000), discutindo a velhice entre o normal e o patológico, registra o intenso crescimento do mercado de trabalho para os geriatras e gerontólogos, a despeito da imensa dificuldade em se estabelecer conceitualmente a velhice e a gerontologia ainda nos dias atuais. Da mesma forma, o autor enfatiza a ampliação do projeto da gerontologia, que em seu crescente ímpeto preventivista, parece propor a disciplinarização da existência humana em sua totalidade.

Quanto a segunda tecnologia de diferenciação, o autor afirma que o surgimento das aposentadorias vincula-se a necessidade de dar respostas sociais aos operários que não poderiam garantir sua sobrevivência através do trabalho já em meados do Século XIX. A associação estabelecida nas décadas que se seguiram entre velhice e invalidez determinou a idade como critério de afastamento da produção baseada na força física. Assim, mesmo que apto fisicamente, ao alcançar a idade da aposentaria, o trabalhador entra para o rol dos “inativos”. Por outro lado, funda-se o estatuto do direito à aposentadoria, motivo de novos posicionamentos subjetivos até então impensáveis na história da velhice⁸.

A terceira tecnologia de diferenciação refere-se aos asilos de velhos. Peixoto (1998) menciona a definição espacial específica para os velhos separados dos mendigos nas instituições públicas francesas do final do Século XIX. Segundo Groisman, a transformação as *almhouses* em instituições para idosos no Estados Unidos é citada por Katz, que também destaca o surgimento da geriatria no interior dessas instituições.

Assim, pela constituição da gerontologia e da geriatria, das aposentadorias e dos asilos para idosos, novas imagens são atribuídas à velhice, que no curso da vida contemporânea vão também ganhando contornos inovadores e formando possibilidades futuras que merecem menção. Alguns estudos sobre o envelhecimento são mencionados a seguir, buscando exemplificar transformações ocorridas e em andamento no processo de envelhecimento, inclusive no Brasil.

Interessante registrar a abordagem de Ariès (1983)⁹ sobre a forma como a velhice é vivida por gerações sucessivas ao longo do período que vai do final do século passado até os dias atuais em relação aos setores médios e burgueses na França. Para aqueles que nasceram em meados do

Século XIX a velhice trazia a interrupção de atividades inerentes à vida adulta além de uma série de mudanças no estilo de vida e costumes fazendo com que a partir dos 40 ou 50 anos de idade fosse mesmo difícil distinguir a idade das pessoas. Já, para os filhos desta geração, que puderam usufruir as comodidades materiais da vida moderna e que viam nella possibilidade de ultrapassar os limites da velhice (escadas rolantes, elevadores, carros), não havia razão para o afastamento às posições de prestígio e poder. A geração dos nascidos entre 1910 e 1920 é a que aproveita a terceira idade demandando serviços e profissionais especializados, lazer, turismo.

Na Inglaterra, estudos desenvolvidos por Schuller¹⁰ e citados por Debert destacam três grandes tendências: o crescimento das ocupações em meio período, a entrada no mercado de trabalho em idades mais adiantadas e a aposentadoria em idades mais precoces. A partir desses dados, a autora conclui que

a geração atual de idosos seria, talvez, a última a permanecer em turno completo no emprego até a idade da aposentadoria. A associação entre fim do trabalho e entrada na velhice não só deve ser revista, mas exige uma redefinição dos diferentes estágios da vida (1992, p.37).

No Brasil, estudos como os de Barros (1981) sobre idosos inseridos em setores médios da economia sugerem representações favoráveis acerca da velhice. Mattos (1990) estudando idosos de classes populares utilizou o termo "faceirice" para expressar sua identidade feminina e descrever seu entusiasmo na participação em bailes, excursões e outras atividades realizadas em um grupo de convivência. Debert, discutindo os aspectos que marcam a publicidade em suas relações com a velhice, destaca as fortes transformações operadas nas imagens associadas aos velhos: "a personagem de mais idade é também objeto privilegiado para atualização de outros significados como a rebeldia, a contestação e a subversão de padrões sociais, o hedonismo" (1999, p.216).

Da mesma forma, nas séries de televisão, a autora afirma que

Expressão do abandono e da solidão nas novelas tem certamente nos velhos um elemento forte, mas eles agora são também apresentados como ativos, capazes de oferecer respostas criativas a um

conjunto de mudanças sociais, reciclando identidades anteriores, desenvolvendo novas formas de sociabilidade e de lazer, redefinindo as relações com a família e os parentes" (1999, p.218).

Em síntese, observamos o intenso dinamismo que marca o curso de vida moderno no que se refere ao envelhecimento e, como indica Bassit, também para outros momentos da vida, cabendo destacar, em especial, a dificuldade crescente na definição de uma linha divisória entre as etapas e a interpenetração de umas com as outras. É importante ressaltar que as mudanças na forma de conceber a velhice e as novas possibilidades que vão se abrindo e se institucionalizando para os velhos indicam a construção de um mundo em que o envelhecimento se apresenta cada vez mais heterogêneo. As perspectivas para o futuro parecem apontar para uma diversidade ainda maior e, emblematicamente, confrontando-nos com mitos ancestrais.

SOBRE O CURSO DA VIDA, O ENVELHECIMENTO E PERSPECTIVAS PARA O FUTURO

Se nas sociedades pré-modernas a idade cronológica não correspondeu a critério de diferenciação de grupos da forma como se pode observar na modernidade – com as idades de ir para a escola, de trabalhar e de se aposentar, entre outras – a atualidade parece indicar um forte dinamismo no interior dos diferentes grupos etários e nas relações que estabelecem entre si. Um cenário de mudanças que coloca algumas questões para a velhice que merecem registro. Debert aponta duas tendências: a primeira considera que, com a extensão do tempo de vida, novos estágios específicos são propostos para a velhice a partir da combinação da idade e da capacidade funcional dos idosos, uma vez que não é possível homogeneizar a população de 65 anos e mais. Assim, os idosos-idosos, ou seja, aqueles com mais de 75 ou 85 anos, considerados associadamente indicadores de independência funcional, colocarão em cheque as estruturas atuais.

(...) na população idosa, é sobretudo o grupo com 85 anos ou mais que terá um crescimento maior nas próximas décadas. As redes de parentesco, pela primeira vez na história, contarão com um número maior de velhos do que de jovens, ao mesmo tempo em que os casados tenderão a ter um número de filhos menor que o número

de pais idosos. Para os idosos mais idosos, a pauperização, a passividade e a dependência marcarão a experiência de envelhecimento. As formas inovadoras de moradia e associações são limitadas para esse grupo e a precariedade das políticas públicas a eles destinadas faz com que o peso recaia nos ombros dos filhos e parentes (1992, p.43).

Uma segunda visão, colocada por um ângulo sensivelmente distinto do anterior, considera que a idade como critério de constituição de grupos tende a se dissolver, uma vez que a idéia do idoso como grupo caracterizado pela doença, pelo isolamento e pela pobreza não encontra esteio na literatura atual e também porque os idosos têm se mostrado capazes de criar estilos de vida e de lutar por/pelo reconhecimento de sua individualidade como outros setores da população. Essa abordagem considera seriamente a tendência à perda de relevância da idade cronológica como marcador de grupos e como forma de controle social. Por esse caminho, estaríamos seguindo em direção a uma sociedade marcada pelo *unietarismo*.

Bassit, discutindo perspectivas para a velhice na pós-modernidade, antevê também a diluição dos grupos estruturados a partir das idades cronológicas, seja por conta da ampliação da influência da cultura, a impregnar de plasticidade as vidas das pessoas, seja pela valorização da juventude engendrada na modernidade que, por suas características intrínsecas de renovação e de exploração das possibilidades de sua própria identidade, termina por trazer movimento para o curso de vida como um todo.

(...) a pós-modernidade está vinculada ao reverso dos processos que contribuíram para a normatização das idades cronológicas e de suas transições. O curso de vida na pós-modernidade será fundamentado na desinstitucionalização e na não-diferenciação, ou seja, na desconstrução de todos os parâmetros utilizados anteriormente para a análise do curso de vida das pessoas; enquanto a modernidade estabeleceu parâmetros claros entre diferentes períodos etários, a pós-modernidade irá obscurecê-los de novo (2000, p.223-224).

A desconstrução do paradigma do curso de vida moderno passa, segundo Bassit, pelo processo de globalização que, ao encurtar espaços e tempos, possibilitou acesso a culturas de outros povos e, conseqüente-

mente, a redefinição de identidades. Em outras palavras, no lugar de uma identidade previamente desenhada para uma pessoa em um grupo etário, identidades em movimento para a mesma pessoa, que passa a construir sua própria estória, improvisando a cada novo acontecimento, encontrando caminhos a partir de referências de outros grupos sociais, vivenciando uma experiência personalizada. Referindo-se a Gullette¹¹, a autora nos diz que seu trabalho

(...) apresenta experiências personificadas por meio de identidades fragmentadas, bem como indica mudanças sociais, culturais, nas relações entre gênero e na concepção do corpo. Gullette, ao nos convidar à luta pela reconstrução do modelo de envelhecimento da sociedade, também nos indica como a pós-modernidade pode operar a desconstrução dos cursos de vida modernos e também sugerir a construção de cursos de vida pós-modernos" (2000, p.231).

As análises sobre as relações entre envelhecimento, curso da vida e experiência personificada nos conduzem a um campo importante de debates sobre as perspectivas para o futuro: como moedas, de um lado, a valorização do jovem/juventude e a repulsa ao declínio do corpo e, de outro, a recusa da morte e o desejo de prolongar a vida.

Featherstone e Hepworth (2000) trazem para as discussões acerca do envelhecimento e do curso da vida alguns elementos inovadores, especialmente, sobre o papel da ciência e da tecnologia, que nos dias atuais parecem estar a serviço de uma sociedade que reafirma desejos imemoriais de viver na juventude e de afastamento à degeneração física e à morte. Os autores identificam duas abordagens que, mesmo partilhando de concepções que entendem que a degeneração do corpo não se dá, necessariamente, acompanhada da decadência social e psicológica, contrapõem-se no que diz respeito a incorporação da tecnologia ao curso da vida e ao envelhecimento.

Um ponto de vista considera que os limites do corpo devem ser respeitados e entende que investimentos na preservação da vida de forma mais sintonizada com a natureza possibilitarão realizações para a humanidade. Esse enfoque, que defende um curso de vida natural como maneira mais saudável e apropriada de viver, recebe de Featherstone e Hepworth críticas no sentido de que esta visão "reifica uma determinada imagem cultural do corpo natural" e que a "tecnologia não é algo que está fora da

natureza e da cultura" (2000, p. 122). Na defesa da premissa de incorporação da tecnologia, da cultura, do *self* e do corpo e da natureza na concepção de curso da vida os autores visualizam possibilidades de reconstruções da própria vida.

Alinham-se, em elevado grau, ao ponto de vista que considera os avanços da ciência e da tecnologia como parte integrante de nosso cotidiano, impondo, de forma cada vez mais intensa, modelos de velhice cada vez mais pós-modernos, envolvendo uma diversidade ainda maior de experiências de envelhecimento. Featherstone e Hepworth consideram o crescimento das tecnologias de informação estratégicas e definidoras de outros campos tecnológicos. No que se refere à comunicação, o desenvolvimento da realidade virtual associada a Internet possibilitará a construção de novas formas de contato social, independentes da presença física. No ciberespaço, a identidade poderá corresponder a qualquer imagem desejada, abrindo espaço para uma verdadeira infinidade de *selves* para uma mesma pessoa, em interações totalmente personalizadas, únicas. Afastando-se do modelo de comunicação de massa, esse tipo de tecnologia propiciará a diluição do modelo de velhice e de envelhecimento presente no curso de vida moderno, o que vale para todos os grupos sociais. Também o acesso a um grande volume de informações particularmente sobre o corpo – o que em geral não está largamente disponível – possibilitará um automonitoramento do corpo e do processo de envelhecimento. Quanto às tecnologias de intervenção no corpo biológico, a cirurgia plástica, os transplantes e implantes, as clonagens e as interconexões com máquinas trarão transformações corporais de grande repercussão sobre os limites do corpo, os *selves*, o tempo de vida, a vida e a morte. Merece destaque um mecanismo mencionado que parece próprio das relações estabelecidas com o outro e/ou consigo mesmo por meio dos recursos tecnológicos como, por exemplo, o *Visual Person Project*:

○ VPP é uma tecnologia médica que tem usos óbvios para a cirurgia e a pedagogia médica, e sua disponibilidade na Internet também tem o potencial de alterar as percepções leigas do corpo, tanto por afastar-nos do corpo visceral e viscoso como pelo modo como a perpetuação do corpo digital suspende a questão da morte. Isso aponta na direção de um segundo desenvolvimento no qual não se usa a tecnologia de informação para compreender melhor o corpo atual, mas para escapar dele (2000, p. 125).

Os autores alertam para a condição desigual de implementação das mudanças tecnológicas; em suas palavras

(...) deveríamos então ser cautelosos ao supor que isso irá, necessariamente, resultar num desenvolvimento linear com uma nova forma unificada de tecnocultura ou curso a vida incorporado adotado por todas as pessoas. Ao contrário, deveríamos estar cientes de que os modos de implementação da mudança tecnológica são necessariamente desiguais e, hoje em dia, dependem das prioridades sociais e econômicas dos governos e corporações (p.127).

Como resposta a essas limitações, sugerem que a própria Internet pode se constituir em instrumento democrático ao propiciar debates e divulgação de informações sobre os usos da tecnologia, direitos e cidadania, observando que a definição do acesso público e dos direitos de propriedade intelectual na Internet são elementos estratégicos na forma de utilização dessa tecnologia por diversos grupos ao longo do curso da vida.

(...) a Internet, como o telefone, auxiliam intercâmbios múltiplos ou entre duas pessoas – tem um potencial democratizante e pode abrir discussões de uma série de assuntos sobre o envelhecimento e o curso da vida, tais como à medicalização do envelhecimento e o desenvolvimento de modelos alternativos de envelhecimento normal (p.127).

As controvérsias nesse aspecto são intensas e a literatura traz muitas contribuições acerca das possibilidades e limites das tecnologias e, em particular, as de informação para o futuro da humanidade (Quéau, 1998, Elhajji, 1999 e Demo, 2000). Uma reflexão, em particular, deve ser destacada: a de Sfez acerca dos projetos e utopias que a ciência e a tecnologia nos colocam na atualidade e que o autor denomina *A Grande Saúde* (1996).

Crítico dos pós-modernistas, Sfez afirma, com boa dose de ironia, que enquanto estes estão produzindo textos sobre o fim das grandes narrativas, o fim da identidade e a perda dos sentidos, os homens da ciência, encerrados em seus laboratórios estão construindo as novas verdades, as novas garantias do real e as novas certezas... Refere-se aos projetos Genoma, *Biosfera II*, *Artificial Life* e *Cyborg*.

O primeiro, originariamente americano, ganha o mundo ao pretender o mapeamento genético completo da espécie humana, a caminho da eventual eliminação dos defeituosos e do aperfeiçoamento dos demais. Resultado: o homem perfeito, o aumento da duração da vida e, quiçá, a imortalidade. O segundo, uma grande redoma construída no deserto do Arizona onde os biosferianos devem viver sem ajuda externa e contribuir na geração de conhecimento: perspectivas para a vida no espaço depois da explosão do sol ou outra forma de destruição da terra. Em *Artificial Life*, cérebros sem corpo conquistarão a vida eterna por meio da conexão com computadores. E, finalmente, *Cyborg*: organismo cibernético puro, sem doenças, sem sexo, sem contradições: o limite ideal das novas utopias. Por meio destes projetos – em andamento efetivamente vigoroso – o autor nos fala da construção de caminhos para a purificação geral do planeta e do homem, retomando os mitos mais ancestrais: Adão, o elixir da juventude, a pedra filosofal, a vida sem dor, sem velhice, sem morte.

Os avanços da ciência e da tecnologia, em suas articulações como grandes interesses econômicos certamente terão peso bastante diferenciado em relação às vozes que se manifestam por um mundo mais natural. A medicina, a engenharia, a informática e a genética crescem vigorosamente constituindo um mundo de inovações para o corpo. Amplos setores da população dão demonstrações de necessidade das intervenções médicas, de forma que, num movimento de convergência, a tecnociência busca corpos que se oferecem para a construção de um futuro desejado. Evidentemente, esse processo não se dá sem percalços, mas parece hegemônico na atualidade. A que preço faremos esse caminho? Que repercussões trará para a velhice? Não há como responder agora com precisão. Mas, certamente, é um caminho em que as velhices serão muito diferentes destas que conhecemos agora.

NOTAS

- * Doutoranda em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ), Professora Assistente do Departamento de Nutrição Social do Instituto de Nutrição da UERJ, Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ), Coordenadora do Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento

- da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI-UERJ), Editora da revista *Textos sobre Envelhecimento*.
- ¹ Bassit referencia GIELE, J. Z. E ELDER, G. H. Jr. *Methods of life course research: qualitative and quantitative approaches*. Londres: Sage, 1998.
 - ² ELIAS, N. *O processo civilizador*. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.
 - ³ O envelhecimento populacional não deve ser tomado como o único responsável pela invenção da terceira idade. Para visão ampliada da questão ver DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice*. São Paulo, EDUSP, 1999.
 - ⁴ Ver também FEATHERSTONE, Mike. Youth, adolescence and the transition in the adult life. Paper apresentado na Pré Conferência Internacional Youth 2000, Adolescência: Espaços e Formas, promovida pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo e o Centre for the study of Adult Life, School of Human Studies, University of Teesside, Middlesbrough, Inglaterra, 1994 e FEATHERSTONE, Mike. O curso da vida: corpo, cultura e imagens do processo de envelhecimento. In: DEBERT, Guita Grin. *Antropologia e velhice*. Campinas: IFCH-UNICAMP, (Textos didáticos, n13), 1994.
 - ⁵ Ver FISHER, David Hackett. *Growing old in America*. New York, Oxford University Press, 1977.
 - ⁶ KATZ, Stephen. *Disciplining old age: the formation of gerontological knowledge*. Charlottesville: University Press of Virginia, 1996.
 - ⁷ HABER, Carole. Geriatrics: a speciality in search of specialists. In: VAN TASSEL, David e STEARNS, Peter N. *Old age in a bureaucratic society*. New York: Greenwood Press, 1986, p. 66-84.
 - ⁸ Ver, por exemplo, DEBERT, Guita Grin. Programas para a terceira idade e associações de aposentados. In: *A reinvenção da velhice*. São Paulo: EDUSP, 1999, p. 137-192.
 - ⁹ Ariès citado por DEBERT, Guita Grin. *A reinvenção da velhice*. São Paulo: EDUSP, 1999.
 - ¹⁰ SCHULLER, T. Work- ending: employment and ambiguity in later life. In: B. BYTHEWAY, *Becoming and being old: socioloical approaches to later life*. Londres: Sage, 1998.
 - ¹¹ GULLETTE, M. M. *Declinig to decline: cultural combat and the politics of the midlife*. Virginia: University Press of Virginia, 1997.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIÈS, Phillippe. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1978.

BARROS, Myriam Lins de. Testemunho de vida: um estudo antropológico de mulheres na velhice. *Perspectivas Antropológicas da Mulher*. n.2, 1981.

BASSIT, Ana Zahira. O curso de vida como perspectiva de análise do envelhecimento na pós-modernidade. In: DEBERT, Guita Grin; GOLDSTEIN, D. *Políticas do corpo e o curso da vida*. São Paulo: Mandarim, 2000, p. 217-234.

DEBERT, Guita Grin. *A reinvenção da velhice*. São Paulo: EDUSP, FAPESP, 1999.

_____. Família, classe social e etnicidade: um balanço da bibliografia sobre a experiência de envelhecimento. *BIB*, Rio de Janeiro, n.33, 1992, p.33-49.

DEMO, Pedro. Ambivalências da sociedade da informação. *Ciência da Informação*, v.29, n.2, p. 37-42, maio/ago. 2000.

ELHAJJJ, Mohammed. Novas estratégias organizacionais no cenário global. *Ciência da Informação*, v. 28, n. 2, maio/ago. 1999.

FEATHERSTONE, Mike; HEPWORTH, Mike. Envelhecimento, tecnologia e o curso da vida incorporado. In: DEBERT, Guita Grin; GOLDSTEIN, D. *Políticas do corpo e o curso da vida*. São Paulo: Mandarim, 2000, p. 109-132.

GROISMAN, Daniel. A velhice, entre o normal e o patológico. Mimeo. No prelo.

_____. Velhice e história: perspectivas teóricas. *Cadernos do IPUB*, v.1, n.10, p. 43-56, 1999.

MOTTA, Flavia de Mattos. *Velha é a vovozinha: identidade feminina na velhice*. 1990. 183 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

PEIXOTO, Clarice. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: BARROS, Myriam Lins de. *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998, p. 69-84.

QUÉAU, Philippe. A revolução da informação: em busca do bem comum. *Ciência da Informação*, v. 27, n. 2, p. 198-205, maio/ago. 1998.

SFEZ, Lucien. *A saúde perfeita: crítica de um nova utopia*. São Paulo: Loyola, 1996.

ABSTRACT

We seek to discuss prospects for the human aging process based on the life's course concept and the current scenario in which technoscience is making huge strides in the development of mechanisms for intervention in both human bodies and the environment of which we are a part.

Keywords: aging; human development; geriatrics-history; quality of life; biomedical technology

Recebido para publicação em 22/07/2002

Aprovado em 06/09/2002

Correspondência para: pradosd@uerj.br

Resenhas/Reviews

Sobre a gestão contemporânea em saúde para a terceira idade

Concerning contemporary health care administration for the third aged

Alexandre Kalache*

Terceira Idade: gestão contemporânea em saúde

Veras, Renato Peixoto

Rio de Janeiro: Editora

Relume-Dumará: UnATI-UERJ, 2002. 190 pp.

O século XX se caracterizou por imensas transformações. O livro que ora analisamos tematiza talvez a maior delas: o envelhecimento populacional. A esperança de vida cresceu, mundialmente, cerca de 30 anos neste último século. As conseqüências desta maior longevidade são dramáticas e pouco apreciadas. Toda a sociedade está sendo afetada - e continuará a sê-lo na medida em que esperamos para as próximas décadas um processo de envelhecimento ainda mais rápido refletindo a diminuição acelerada das taxas de natalidade dos últimos anos na maioria dos países. A equação demográfica é simples: quanto menor o número de jovens e maior o número de adultos atingindo a terceira idade, mais rápido o envelhecimento populacional.

Fundamentalmente, envelhecimento é uma conquista: envelhecer é bom, o ruim é morrer cedo. E o que era antes o privilégio de poucos, chegar à velhice, hoje passa a ser a norma mesmo nos países mais pobres. Esta conquista maior do século XX se transforma, no entanto, em um grande desafio para o século que se inicia.

No Brasil o envelhecimento populacional caminhou paralelo à progressiva urbanização e respondeu a um processo de complexificação científica e tecnológica nas mais variadas áreas do conhecimento - sobretudo no âmbito da biologia e medicina. Portanto, não apenas a estrutura da população se transformou profundamente, como também suas expectativas e valores.

Cabe observar que a transição demográfica constitui um fenômeno global, embora as diferenças entre as sociedades sejam, sob este aspecto, muito pronunciadas. Assim, nos países em desenvolvimento, a urbanização e a modernização têm sido, via de regra, bastante assimétricas e com frequência desordenadas. Daí o fato que explica porque em um país como o Brasil coexistam diferentes tempos históricos em um mesmo espaço geográfico.

Ainda que em países extremamente pobres, como os da África subsahariana, o aumento da expectativa de vida seja modesto, se comparado ao observado nas sociedades desenvolvidas, diversos destes países se vêem às voltas com uma população que reclama atenção e recursos em ambas as suas "pontas", ou seja, existe uma população muito jovem de importância central, mas também um componente crescente de pessoas mais velhas que vem experimentando incrementos substanciais nas últimas décadas. Estes idosos cumprem por vezes um papel fundamental - como na África, assolada pela pandemia do AIDS, onde são eles que cuidam dos filhos aidéticos e, após a morte dos mesmos, dos netos órfãos.

O Brasil, país de nível intermediário de renda *per capita*, marcado por profundas desigualdades sociais, apresenta situações absolutamente contrastantes, com estratos sociais privilegiados exibindo padrões demográficos e comportamentais em tudo semelhantes aos existentes nos países desenvolvidos e populações carentes de recursos básicos, como habitação, saneamento e alimentação adequada. Do ponto de vista demográfico, não resta dúvida de que existe uma superposição em nosso país de uma população jovem de dimensão muito relevante, com uma população envelhecida igualmente expressiva. Na feliz expressão do autor do presente livro trata-se de um "país jovem de cabelos brancos".

Renato Veras e seus assistentes, ao longo de diversos artigos e coletâneas, vêm documentando exaustivamente a transição demográfica brasileira e suas importantes conseqüências para a dinâmica social e a saúde coletiva. No presente trabalho, Veras vai além das formulações anteriores: não restando dúvida sobre a extensão e a profundidade das transformações, o que fazer para lidar com elas de forma a mais adequada possível?

Desde o título, este novo conjunto de desafios se explicita claramente - trata-se agora de encontrar meios e instrumentos para gerir de

forma eficaz, efetiva e equitativa um conjunto de problemas de saúde de uma população crescente de idosos num contexto de recursos humanos e materiais limitados.

Os textos deste instigante trabalho propõem uma rediscussão do paradigma da assistência aos idosos e das práticas no âmbito da gestão, prevenção e assistência a esta população.

Temas como os custos da assistência médico-hospitalar e as doenças mais freqüentes nesta população - como a hipertensão e outras doenças cardiovasculares - merecem capítulos específicos que se beneficiam da vasta leitura e experiência dos autores na sua prática na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

O livro não é apenas crítico em relação aos modelos vigentes. É fundamentalmente, propositivo, e talvez resida aí sua maior virtude, uma vez que a assistência integral à população idosa constitui questão premente, que reclama propostas factíveis e pragmáticas.

Frente a uma medicina que muitas vezes tem amesquinhado sua dimensão humanitária à medida que sofisticava seu arsenal terapêutico e procedimentos diagnósticos e “fragmenta” em subespecialidades a atenção médica, Veras e colaboradores contrapõem uma gestão com face humana, plenamente integrada à prevenção e à promoção propriamente dita da saúde. Afinal, na saúde, como em todas as grandes coisas a conquistar, cabe combinar “engenho e arte”, como bem indica a sabedoria popular.

NOTAS

- * Médico. PhD em Medicina Comunitária (Community Medicine) na London Scholl of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM), Chefe do Programa de Envelhecimento e Curso da Vida da Organização Mundial de Saúde, Genebra.

Recebido em 27/09/02
Aprovado em 18/10/02



UnATI
UERJ

