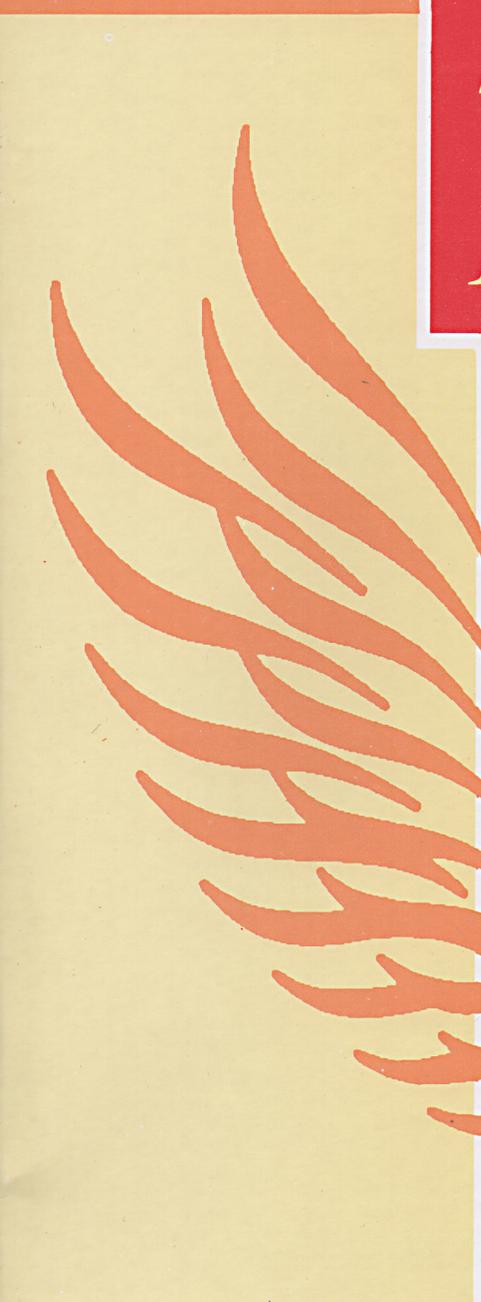




ISSN 1517-5928



*Textos sobre  
Envelhecimento*

**volume 6**

**nº2**

UnATI/UERJ

# *Textos sobre Envelhecimento*

---

Rio de Janeiro  
UnATI/UERJ  
NAPE/DEPEXT/SR-3  
VOLUME 6 - NÚMERO 2  
2003

**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  
Annette Leibing, Montreal/Universidade McGill  
Benigno Sobral, Rio de Janeiro/UnATI-UERJ  
Daniel Groisman, Rio de Janeiro/UFRJ  
Eliane de Abreu Soares, Rio de Janeiro/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**

Anna Christina Soares Cadeiras

*A revista Textos sobre Envelhecimento, fundada em 1998, reúne produção científica neste âmbito de conhecimento, tendo como objetivos primordiais subsidiar discussões e contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano. É uma produção do Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento da UnATI-UERJ.*

*Toda correspondência deve ser encaminhada à revista 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*

Assinatura: anual em qualquer época do ano.

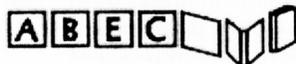
Aceita-se permuta.

Tiragem: 500 exemplares

#### **Indexação**

Textos sobre Envelhecimento é indexada na base de dados Edubase (Faculdade de Educação – Unicamp – São Paulo, Brasil)

Textos sobre Envelhecimento é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos





## SUMÁRIO/CONTENTS

### EDITORIAL / EDITORIAL

- FONTES DE INFORMAÇÃO SOBRE TESES E DISSERTAÇÕES  
REFERENTES AO ENVELHECIMENTO NO BRASIL:  
LIMITES E POSSIBILIDADES* 7  
Information sources on the theses and dissertations  
on ageing in Brazil: limits and possibilities  
*Shirley Donizete Prado*

### ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

- MOBILIDADE NA TERCEIRA IDADE: COMO PLANEJAR O  
FUTURO?* 9  
Elderly's mobility: how can we plan the future?  
*Rogéria Motta de Sant'Anna  
Paulo Câmara  
Marilita Gnecco de Camargo Braga*
- OS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERIATRIA  
E GERONTOLOGIA NO BRASIL* 31  
Brazilian graduation programs in geriatrics and gerontology  
*Shirley Donizete Prado  
Jane Dutra Sayd*
- ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O MEIO AMBIENTE:  
É POSSÍVEL UMA RELAÇÃO HARMÔNICA?* 47  
Population aging and the environment: is it possible  
an harmonic relation ?  
*Islândia Maria Carvalho de Sousa  
Ana Paula de Oliveira Marques  
Adriana Falangola Benjamin Bezerra*
- CUIDADOS COM IDOSOS: PERCEPÇÃO DE IDOSOS E  
DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE MAUS TRATOS  
NO ESPAÇO FAMILIAR* 57  
Aging care: elder people and health professional  
perceptions about familiar damages  
*José Marcos de Oliveira Cruz  
Maria Rosania Fontes  
José Marcelo de Jesus Santos  
Maria Stela de Albuquerque Araújo Bergo*

**ARTIGO DE REVISÃO / REVIEW ARTICLE**

- GERONTOLOGIA E OS PRESSUPOSTOS DE EDGAR MORIN** 77  
Gerontology and the Edgar Morin's presuppositions  
*Silvana Sidney Costa Santos*

**RESENHAS / REVIEWS**

- ENVELHECIMENTO: DIVERSIDADE E QUALIDADE**  
**EM TRABALHOS DIVULGADOS NOS CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA** 93  
Ageing: diversity and quality in papers published in the  
Reports on Public Health  
*Maria Fátima G. de Menezes*

**TESES E DISSERTAÇÕES / THESIS AND DISSERTATIONS** 97

## ***Fontes de informação sobre teses e dissertações referentes ao envelhecimento no Brasil: limites e possibilidades***

***Information sources on the theses and dissertations on ageing in Brazil: limits and possibilities***

Teses e dissertações correspondem a material de grande importância nos meios acadêmicos. Sua produção forma mestres e doutores e consolida as atividades dos pesquisadores que as orientam, conformando parcela significativa da geração de conhecimento nos programas de pós-graduação.

As recentes políticas governamentais de divulgação da produção científica no Brasil vêm enfatizando a divulgação dos resultados de dissertações e teses por meio da publicação de artigos em periódicos científicos. Porém, por motivos diversos – como, por exemplo, a área das Ciências Humanas que, culturalmente, mais tende aos livros e capítulos de livros – muitas dessas obras ficam como exemplares únicos depositados em algumas poucas bibliotecas, o que limita de forma importante o acesso a seu conteúdo.

Há bem pouco tempo, o pesquisador que desejasse identificar dissertações e teses sobre envelhecimento necessitaria percorrer um significativo número de páginas na Internet: Bireme, IBICT, bibliotecas universitárias etc.; um considerável esforço em tempo e custos a se repetir a cada pesquisa implementada. Sensível a essa demanda, o Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento (CRDE) da UnATI-UERJ tomou como prioridade o desenvolvimento de um conjunto de informações especializadas que viesse a facilitar o trabalho do estudante ou pesquisador interessado nessa temática. Assim, foi construída a *Base Teses*, que disponibiliza referências de dissertações e teses que abordam a velhice, os idosos e aspectos afins ao processo de



envelhecimento concluídos no Brasil ou por pesquisadores brasileiros no exterior. São, hoje, mais de 1000 referências, incluindo algumas obras de valor histórico para a Gerontologia brasileira, além de textos completos, disponíveis gratuitamente através da página eletrônica da UnATI UERJ (<http://www.unati.uerj.br>).

Buscando dar maior visibilidade aos trabalhos recentemente concluídos, a partir deste número de *Textos sobre Envelhecimento* incluímos a nova sessão *Dissertações & Teses*. Procuramos com esta iniciativa propiciar ao leitor mais um caminho que possa conduzi-lo, de forma eficiente, aos conhecimentos gerados em espaços qualificados de pesquisa. São aqui divulgados trabalhos cujos resumos possibilitam clara visualização do *objeto* de estudo, *metodologia* empregada e principais *resultados e conclusões*.

Aos programas de pós-graduação, fica o convite a que nos encaminhem informações sobre dissertações e teses concluídas. Este é um espaço aberto a contribuições institucionais.

Shirley Donizete Prado  
Editora



*Mobilidade na Terceira Idade: como planejar o futuro?*  
*Elderly's mobility: how can we plan the future?*

Rogéria Motta de Sant'Anna <sup>1</sup>

Paulo Câmara <sup>2</sup>

Marilita Gnecco de Camargo Braga <sup>3</sup>

RESUMO

O mundo passa por um processo de mudança demográfica drástico no que diz respeito ao envelhecimento da população. Este processo global de envelhecimento levará a um aumento nas demandas econômicas e sociais, e colocará uma grande pressão na oferta de serviços públicos, tais como saúde e transportes.

Este trabalho analisa o processo de envelhecimento, identifica as principais barreiras encontradas no meio ambiente e no sistema de transportes que restringem a mobilidade do idoso e afetam sua segurança e, finalmente, apresenta alguns programas que estão sendo implementados bem como propostas visando estimular o uso de diversas modalidades de transporte pelos idosos – incluindo caminhada, bicicleta, transporte público, assim como automóvel particular.

**PALAVRAS-CHAVE:** envelhecimento; demografia; meio ambiente; desenvolvimento de programas.

INTRODUÇÃO

Rosenbloom (DTRL 2001) identificou várias tendências importantes em países desenvolvidos, as quais podem se reproduzir também em países em desenvolvimento. A primeira delas estabelece a correlação entre avanços na medicina e maior longevidade da população. Outro fator que contribui para o envelhecimento da população é a redução dos níveis de fertilidade. Estima-se que, em 2020, 121 países terão alcançado níveis de fertilidade baixos que não permitam a reposição da população nos níveis anteriormente registrados. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001a) sugere que só poderemos arcar com o ônus deste envelhecimento se países, regiões e organizações internacionais desenvolverem políticas e

programas voltados aos idosos visando com que este processo de envelhecimento se dê de forma mais ativa, a fim de que esta população se mantenha mais saudável, independente e produtiva.

A qualidade de vida durante o envelhecimento estará fortemente relacionada com o grau de mobilidade que essas populações possam desfrutar: os transportes têm um grande potencial em garantir um envelhecimento (mais) ativo da população. No entanto, é preciso que se desenvolva um sistema (viário e de transporte) adaptado às necessidades e especificidades do idoso. Tornando o sistema viário mais seguro e atraente ao idoso, estar-se-á, ao mesmo tempo, viabilizando um sistema mais seguro para a população como um todo, principalmente para a criança, outro grupo vulnerável de usuários do sistema viário; ou seja, cria-se uma situação ideal para todos. Trata-se de abordar os aspectos dinâmicos desse tema e antecipar as relações entre o processo de envelhecimento e a importância da mobilidade futura de toda a sociedade.

### *MUDANÇAS DEMOGRÁFICAS*

Mundialmente, a população com mais de sessenta anos está aumentando mais rapidamente do que em qualquer outro grupo etário. Entre 1970 e 2025, estima-se um aumento da população idosa de aproximadamente 870 milhões de pessoas, o que representa um crescimento da ordem de 380%. No ano 2025, haverá 1,2 bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais, no mundo (WHO, 2001a). Esta mudança na distribuição etária da população é freqüentemente associada às regiões mais desenvolvidas. Não tem sido dada a devida consideração à velocidade com que a população está envelhecendo em regiões menos desenvolvidas e as implicações decorrentes. Atualmente, a maioria da população idosa já habita países em desenvolvimento. Em 2025, 70% da população idosa mundial estará concentrada nos países em desenvolvimento (WHO, 2001a).

Entre 1995 e 2020, a proporção da população economicamente ativa na Europa e na América do Norte terá reduzido de 62% para 58% e aqueles com 60 anos ou mais representarão aproximadamente  $\frac{1}{4}$  da população total (proporção já registrada na Itália, atualmente). A Tabela 1 mostra a distribuição prevista da população com no mínimo 60 anos de

idade para alguns países no ano 2000 e estimativas para o ano 2050, revelando que os países em desenvolvimento e mais jovens registrarão as maiores taxas de crescimento de populações idosas (WHO, 2001a). O Brasil apresenta a quinta maior taxa de crescimento prevista (188%).

TABELA 1  
PREVISÃO DO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COM NO MÍNIMO 60 ANOS DE IDADE PARA ALGUNS PAÍSES.

País	2000	2050	Taxa de crescimento
Itália	24%	41%	63%
Alemanha	23%	35%	52%
Japão	23%	38%	65%
Espanha	22%	43%	96%
República Checa	18%	41%	127%
Estados Unidos	16%	28%	75%
China	10%	30%	200%
Tailândia	9%	30%	233%
Brasil	8%	23%	188%
Índia	8%	21%	163%
Indonésia	7%	22%	215%
México	7%	24%	243%

Fonte: Banco de dados de população das Nações Unidas, edição revisada, 1998

No Brasil, cultuou-se, durante muito tempo, a ideia de que éramos um país jovem, mas este panorama se alterou. A faixa etária acima de 60 anos é a que mais cresce em termos proporcionais. Dados da Organização Mundial de Saúde - OMS (OMS, 2002), indicam que, entre 1950 e 2025, a população de idosos no Brasil crescerá 16 vezes contra 5 vezes o crescimento da população total, o que colocará nosso país, em termos absolutos, como a sexta população de idosos do mundo (32 milhões de pessoas, em 2025). Entretanto, os recursos comunitários e institucionais necessários para responder às suas demandas básicas de saúde, de segurança e de apoio são precários.

O fenômeno mundial da transição demográfica transforma o idoso em um novo ator social que deveria ser capaz de interagir produtivamente com a sociedade, definindo um novo mercado consumidor de produtos e serviços. Cresce, portanto, a importância e a necessidade de uma política social adequada, com novas alternativas de atendimento e de estímulo aos idosos, a fim de não serem excluídos do convívio social. Formalmente excluídos da força de trabalho (aposentadoria), muitos continuam ativos no mercado informal.

### *O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E OS ACIDENTES DE TRÁFEGO*

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001b), o acidente de trânsito corresponderá à terceira causa de mortes no ano 2020. O custo destes acidentes varia de 1% do PIB em países em desenvolvimento, a 2% em países desenvolvidos.

Comparados com outras faixas etárias adultas, os idosos são considerados como um grupo de risco no ambiente viário. Essa vulnerabilidade está associada à fragilidade típica da faixa etária. Pesquisas indicam que, quando envolvidos em acidentes, os idosos apresentam maior índice de ferimentos graves ou mortes (OECD, 2001). Um acidente que causa ferimento é seis vezes mais provável de ser fatal em alguém com idade igual ou superior a 80 anos do que em alguém na faixa dos 40 (WHO, 1998). Enquanto a maior parte das mortes em acidentes de trânsito para os não idosos é causada por ferimentos na cabeça, idosos são altamente vulneráveis a ferimentos internos.

Envelhecimento é um conceito multidimensional que, embora geralmente identificado com a questão cronológica, envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociológicos. Além disso, as características do envelhecimento variam de indivíduo para indivíduo (dentro de determinado grupo social), mesmo que expostos às mesmas variáveis ambientais.

Analisando os fatores biológicos envolvidos no processo de envelhecimento humano, pode-se destacar, como principais características, as perdas progressivas nas capacidades fisiológicas dos órgãos, dos sistemas e de adaptação a certas situações de estresse, com redução da capacidade

física e intelectual. Esses déficits associados ao envelhecimento causam diferentes impactos no desempenho do idoso enquanto pedestre, mas principalmente, na condição de motorista. As principais limitações estão ligadas a: condições visuais (glaucoma, catarata, acuidade visual), condições cardiovasculares, condição vascular-cerebral, hipoglicemia (isulino-dependentes), habilidades e processos cognitivos, demências do tipo Alzheimer e Parkinson, rigidez muscular e esquelética (incluindo artrite), diminuição da flexibilidade do pescoço e da parte superior do corpo, desordens neurológicas (incluindo epilepsia e esclerose múltipla). Outros déficits importantes envolvem deficiências na atenção, aumento no tempo de reação, deficiência em processar informações associadas ao tempo e a manobras necessárias, como leitura de painéis ou placas (Cavalcanti, 1975; Joseph, 2000; Hakamies-Blomqvist, L, 2000; Zhang et al, 2000; OECD, 2001; Pirito, 2001).

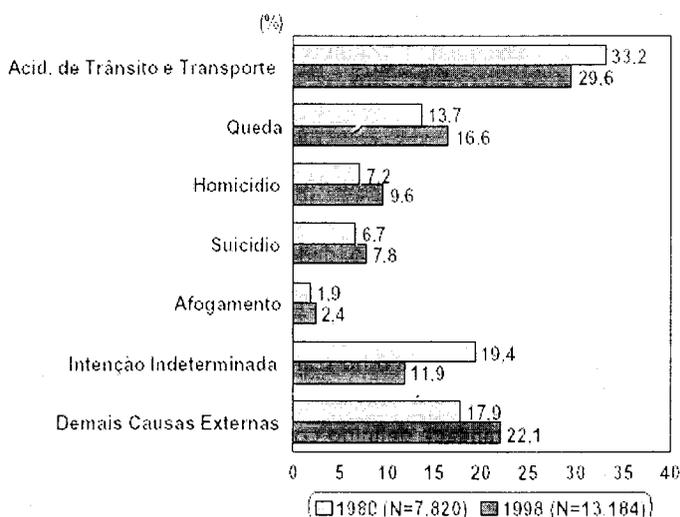
Na análise das perdas funcionais relacionadas com a terceira idade e sua relação com a mobilidade segura, é importante diferenciar os subgrupos etários da terceira idade: 65 a 74 anos, 75 a 84 anos e 85 anos ou mais (Laux, apud Yabiku, 2001). Assim, cada subgrupo terá diferentes níveis de perdas funcionais com diferentes relações de risco. No Brasil, o subgrupo etário predominante é o de 65 a 74 anos. Esse subgrupo apresenta maior exposição ao risco, pois concentra o maior número de motoristas ativos e de pedestres idosos com padrão de viagens pendulares, característico de pessoas ativas, muitas delas inseridas no mercado de trabalho (em alguns casos, informal).

Pedestres idosos são o grupo onde mais cresce o número de fatalidades. Em países do oeste europeu, 45% das fatalidades referem-se aos pedestres com mais de 65 anos, embora os idosos representem apenas 15% da população. No Reino-Unido, dados de 1998 relativos aos acidentes envolvendo veículos mostram um crescimento mais acentuado de mortes para motoristas, passageiros e pedestres acima dos 60 anos. Os pedestres são o grupo mais exposto a risco no trânsito (OECD, 2001). O relatório da OECD (2001) identifica uma fragilidade crescente para os idosos, utilizando um índice de fatalidade definido como o risco de um ferimento vir a ser fatal. O índice de fatalidade identificado como igual a 1,0 para o grupo etário entre 20 e 50 anos, cresce tanto para motoristas como para passageiros e pedestres: é igual a 1,75 para aqueles com 60 anos, 2,6 para

70 anos e varia de 5,0 a 6,0 para idade igual ou superior a 80 anos, no Reino-Unido.

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (2001), no conjunto de causas externas, os acidentes de transporte são responsáveis por 30% dos eventos (mortes e feñimentos). Dentre os grupos vulneráveis, o documento destaca a população idosa, principalmente nas áreas urbanas. Conforme pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ (2002), no conjunto de mortalidade por causas externas específicas em idosos no Brasil (nas capitais de regiões metropolitanas), os acidentes de trânsito/transportes e as quedas (também associadas com o ambiente viário, por exemplo, as calçadas irregulares) ocupam os dois primeiros lugares. A Figura 1 apresenta a mortalidade devida a causas externas para os idosos, no Brasil, nos anos de 1980 e 1998. Ressalta-se o declínio dos acidentes de trânsito e transporte em 1998. Tal fato pode estar relacionado com a implementação do Código de Trânsito Brasileiro, em 1997.

FIGURA 1:  
MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS ESPECÍFICAS EM IDOSOS NO BRASIL, 1980 E 1998 (FIOCRUZ, 2002)



Embora existam diferenças entre incapacidades moderadas e severas, os avanços na área de saúde têm propiciado um declínio nas taxas de incapacidade na população idosa. Nos EUA, Manto et al (apud OECD, 2001) registraram uma queda de 1,3% nas habilidades relacionadas com incapacidade nos idosos americanos no período de 1982-1994. Em países como Bélgica, Itália, Alemanha, Reino Unido, pesquisas indicam retardamento do início do surgimento de incapacidades associadas ao envelhecimento. Essas mudanças estão relacionadas diretamente com melhorias na saúde pública (controle de vários fatores de risco, como a pressão arterial), adoção de estilos de vida saudáveis (exercícios e alimentação), políticas ambientais e sociais, e demais aspectos que favorecem a saúde do idoso. Daí serem otimistas as expectativas de redução nas incapacidades relacionadas com o envelhecimento, no futuro: Noruega, Reino Unido e França estimam que incapacidades sérias devem surgir após os 78 anos de idade para mulheres e 82 anos, para os homens (aproximadamente 2 anos antes da idade relativa à expectativa de vida nesses países); a Alemanha estima apenas o aparecimento de incapacidades moderadas aos 78 anos para mulheres e aos 80 anos, para os homens (OECD, 2001).

A abordagem do envelhecimento, do ponto de vista das capacidades funcionais, geralmente está associada a mitos baseados em concepções ultrapassadas. Uma questão atual é saber até que ponto o risco causado pela incapacidade funcional do idoso (normal nessa faixa etária) deve ser considerado maior que o risco de redução da mobilidade coletiva ou individual dessa população. A percepção que o idoso tem de seu potencial de integração na sociedade, não pode ser balizada pelo paradigma "eu já fiz a minha parte" (relacionado com a incapacidade funcional), mas sim pela crença no seu potencial como cidadão produtivo e atuante. Por isso é tão importante promover a mobilidade e a inclusão social dessa população. Segundo dados da OECD (2001), em 2030 existirá um número substancial de pessoas idosas com incapacidades funcionais inerentes à idade, necessitando, em larga escala, de produtos e serviços que atendam às suas necessidades.

## **ENVELHECIMENTO E TRANSPORTE: BARREIRAS E PROMOÇÃO DE SAÚDE**

O transporte permite o acesso à família, aos amigos e à comunidade em geral, fator fundamental para manter independência na terceira idade e uma boa saúde. A segurança no tráfego ou a falta de segurança pode então se tornar uma barreira aos idosos e fazer com que eles viagem ainda menos do que gostariam ou até mesmo do que necessitam.

### *Conceito de mobilidade para idosos*

Na análise tradicional de transporte, a mobilidade está associada a comportamento de viagem (viajar para acessar pessoas e lugares) expresso na relação entre oferta e demanda. É a análise econômica do transporte (demanda derivada) com ênfase no caráter quantitativo. Neste contexto, o conceito de mobilidade e suas implicações para o entendimento da mobilidade das pessoas idosas, é considerado restrito ao envolver apenas análise com relação a número de viagens, não abordando outros aspectos fundamentais para esse grupo, conforme destacado a seguir. Numa análise qualitativa da mobilidade para o idoso, Metz (2000) envolve alguns componentes que ampliam esse conceito:

- Benefícios psicológicos da mobilidade, associada à autonomia. Podem perder o sentido benéfico se a percepção de pouca segurança no trânsito, transformar o meio ambiente de tráfego num ambiente hostil;
- Benefícios do exercício, associado à mobilidade diária do caminhar. Vinculação do conceito de mobilidade à promoção da saúde, pois caminhar ajuda na manutenção da estrutura óssea e muscular que sofrem impactos significativos com a velhice;
- Envolvimento com a comunidade. Possibilita o relacionamento social, associado ao sentimento de cidadania. Estudos indicam que a mobilidade social diminui a mortalidade do idoso (Glass et al, 1999, in Metz, 2000);
- Viagem potencial. A possibilidade de viajar, independente de sua realização, está associada ao potencial de mobilidade.

Num modelo de transporte onde a mobilidade está associada à posse e uso do carro, existe um “efeito cascata” entre envelhecimento e perda da mobilidade. As mudanças físicas e mentais (como redução na

acuidade visual) associadas com outros processos relacionados ao envelhecimento acabam afetando as habilidades necessárias à direção segura. A percepção dessas restrições tende a levar o idoso a dirigir menos (menos viagens, viagens menores, evitando dirigir à noite, em horários de fluxo mais intenso, em auto estradas e rodovias etc.). Essa redução da condução do veículo leva à gradual perda da mobilidade (diminuição do número de viagens por todos os modos de transporte e redução na quilometragem anual percorrida). A redução na mobilidade leva à diminuição da interação social e, conseqüentemente, compromete a qualidade de vida. Embora esse padrão possa ser universal, nos países em desenvolvimento assume proporções mais graves devido, principalmente, ao sistema de transporte público pouco eficiente.

Uma pesquisa foi realizada, na Inglaterra, com 395 motoristas (1997-1998) que já haviam participado de levantamento anterior envolvendo um total de 1780 motoristas (1994-1995). Os dados mostraram que, na medida em que o aumento de idade e o declínio de saúde alteram a confiança dos motoristas na própria competência, também limitam o quanto estas pessoas dirigem. Também sugerem que fatores socioeconômicos como a redução de renda e da obrigação de dirigir (por causa da aposentadoria) podem ter um efeito ainda maior do que as questões relacionadas à saúde. No que diz respeito à atitude desses motoristas com relação à propriedade de veículo, a comparação entre as 2 pesquisas indica: 90,4% da primeira amostra (94/95) e 92,4% da segunda (97/98) concordam com a afirmação de que "dirigir reforça a independência da pessoa"; 76,2% da primeira e 82,0% da segunda concordam com a afirmação de que "dirigir é de importância vital para a maioria das pessoas, atualmente"; 92,7% da primeira e 93,4% da segunda concordam com que "deixar de dirigir restringirá a mobilidade" (Rabbitt et.al., 2002).

## *Barreiras*

### *(a) Motoristas idosos*

Motoristas idosos tendem a cometer maior número de erros do que motoristas mais jovens, em algumas manobras específicas como trocar de faixa, entrar no fluxo principal, dobrar à esquerda. Este problema

tende a ocorrer com mais freqüência em áreas urbanas e isto se deve, em parte, à exposição ao risco (uma vez que se dirige mais freqüentemente nessas áreas) e também pela maior complexidade da tarefa de dirigir no ambiente urbano (Malfetti & Winter, apud TRB, 1998). Segundo o US Federal Highway Administration – FHWA, uma das principais dificuldades dos motoristas idosos ocorre em interseções. Mais da metade dos acidentes fatais com motoristas acima de 80 anos de idade foi registrada em interseções, nos Estados Unidos; no caso de condutores com menos de 50 anos, o percentual é de 24%. As principais situações de risco em interseções envolvem: tomada de decisão ao cruzar a interseção; reação às indicações do semáforo e às placas de sinalização vertical; problemas de percepção de determinadas condições físicas da via.

Nos Estados Unidos, a análise do Sistema de Dados de Acidentes envolvendo ao menos um veículo de passeio (Crashworthiness Data System) levou em consideração aproximadamente 5.000 relatórios policiais no período 1995-1999. Uma variável merece atenção: distração do motorista/desatenção ao dirigir, definida como ocorrendo quando o motorista é retardado na tarefa de reconhecer a informação necessária para completar uma tarefa ao volante, devido a algum evento, atividade, objeto ou pessoa dentro ou fora do veículo que o força ou induz a desviar sua atenção. Os motoristas com no mínimo 65 anos de idade foram 3 a 4 vezes mais propensos a “olhar mas não ver”. A maior fonte de distração foi uma pessoa, um objeto ou um evento fora do veículo: para este tipo de distração, esta faixa etária somou sozinha 42,8% das ocorrências (AAA Foundation for Traffic Safety, 2001).

No programa europeu DRIVE II, equipamentos ITS (Sistemas Inteligentes de Transportes) usados por motoristas idosos foram avaliados. Um caso não apresentou resultados positivos: na medida em que a complexidade de *displays* no painel aumentava, os motoristas idosos apresentaram pior desempenho ao volante do que os mais jovens. Sinais ou mensagens audíveis foram consideradas extremamente úteis para os motoristas idosos, pois reduziram o tempo gasto olhando o *display*. “A conclusão mais importante diz respeito aos dispositivos advertindo sobre possível risco de colisão, no sentido de que a regulação da ‘brecha segura’ deve ser feita de acordo com cada indivíduo e não de forma universal”; no entanto, o de-

envolvimento de auxílios à navegação pode vir a ser valioso para esses motoristas (OECD, 2001).

*(b) Pedestres*

O ambiente viário apresenta diversas barreiras à mobilidade e à segurança da população idosa:

- O tempo dos semáforos não leva em consideração o desempenho dos idosos, nem de pessoas que temporariamente apresentam algum problema físico ou motor. No Brasil, onde o trânsito é hostil ao idoso, o pedestre idoso tende a iniciar a travessia somente após certificar-se da parada de todos os carros, mesmo que o semáforo indique o tempo de vermelho para veículos. Esse tempo adicional acaba por restringir ainda mais o período seguro de travessia;
- Como geralmente a prioridade é dos veículos, para realizar a travessia é o pedestre quem circula acima ou abaixo do nível da via. As passarelas e túneis, bem como seus acessos por escadas e rampas, são dificuldades adicionais para o pedestre idoso;
- Os idosos são mais suscetíveis de cair, seja pelas dificuldades motoras, seja por deficiência de visão. As quedas causadas pelas dificuldades visuais e posturais, comuns à idade, representam, segundo o Ministério da Saúde (2001), os principais acidentes entre os idosos. Neste sentido, calçadas irregulares, com baixo nível de serviço, invasão da calçada pelos carros, desnível (inclinações), diferentes alturas do meio fio, oferecem riscos permanentes;
- Pistas de mão dupla com mais de uma faixa em cada sentido, sem canteiro central ou ilha de refúgio, expõem os pedestres idosos a um risco mais elevado. A rigidez do pescoço e a diminuição do tempo de reação, características comuns nos idosos, comprometem o movimento de olhar para a esquerda e para a direita e tomar a decisão de cruzar a pista, em tempo hábil;
- Por outro lado, existe uma cultura enraizada de primazia do carro no ambiente de tráfego. Embora o Código de Trânsito Brasileiro (1997), no seu artigo 29, preconize que “os veículos de maior

porte serão sempre responsáveis pela segurança dos menores, os motorizados pelos não motorizados e, juntos, pela incolumidade dos pedestres”, persiste uma cultura de desrespeito ao pedestre através da prioridade histórica dada aos carros no ambiente viário.

### *(c) Usuários de Transporte Público*

Além dessas barreiras naturais que são decorrentes do processo de envelhecimento aliado a um ambiente viário hostil, outras barreiras que podem ser identificadas especialmente junto àqueles que usam transporte público são as de ordem tecnológica, aqui incluindo informação (frequência de serviços, tarifa e bilhetagem, destinos, ponto de transferência) e também financeiras - o custo em geral de transportes, seja público (tarifas) ou particular (gasolina, estacionamento, impostos e seguro). As barreiras físicas ao transporte público englobam aquelas comuns aos pedestres - travessias e calçamento, mas também o acesso aos pontos de embarque e as condições destes pontos de espera - falta de proteção contra o sol ou chuva, assentos etc. O Brasil, já implementou algumas medidas para amenizar algumas destas barreiras - além do passe livre no transporte convencional para idosos, existe também assentos demarcados para idosos e portadores de deficiência nos veículos de transporte coletivo.

### *Transporte e saúde*

Embora o objetivo principal do transporte não seja a promoção da saúde, questões como acessibilidade, proteção ambiental e equidade, constituem oportunidades significativas para que esta promoção se dê de uma forma indireta. A motorização global se tornou um dos maiores problemas de saúde atuais, só perdendo em número de vítimas para as doenças decorrentes do ato de fumar. Segundo estimativas da OMS (WHO, 1998), 80.000 mortes anuais na Europa podem estar associadas à longa exposição ao tráfego e à poluição (doenças respiratórias e cardíacas, por exemplo), não incluindo aqui as vítimas de acidentes de tráfego. Na Europa, a população exposta a níveis de ruído acima de 65 dB(A) passou de 15% na década de 80 para 26%, no início da década de 90. O transporte pode acirrar desigualdades sociais e contribuir para agravar situações de estresse e distúrbios do comportamento.



A prática regular de ciclismo e de caminhada faz bem à saúde e pode ter o efeito duplo de promover saúde e deslocamento ao mesmo tempo. A OMS está estimulando a prática do “envelhecimento ativo” para que as populações possam gozar de um maior grau de mobilidade e, conseqüentemente, de melhores condições de saúde. Uma série de benefícios decorrentes da prática regular do transporte ativo incluem: redução de doenças coronarianas e respiratórias; prevenção de derrame; proteção contra diabetes e quedas, fortalecendo os ossos e os músculos; prevenção contra o câncer de intestino; controle do peso e redução da obesidade; prevenção contra a depressão e outras doenças mentais. Pode-se complementar as viagens motorizadas com o uso da bicicleta ou da caminhada. Aqueles que têm um ritmo de vida mais ativo, sob o ponto de vista físico, têm a chance de viver mais tempo e de gozar de mais saúde – o transporte ativo pode suprir o idoso dos níveis mínimos necessários de acessibilidade e/ou mobilidade para garantir uma certa atividade física.

### **ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A MOBILIDADE NA TERCEIRA IDADE**

Alguns países vêm desenvolvendo estratégias que incentivam a mobilidade do idoso. O foco é na recuperação das atividades no setor de transporte, mantendo o nível de atividades físicas recomendadas, com preservação da qualidade de vida e do meio ambiente, desenvolvendo ambientes seguros para os idosos. As medidas que têm sido adotadas envolvem um conjunto de estratégias de diferentes tipos: informação e marketing; promoção da saúde associada com mobilidade e transporte; desenvolvimento tecnológico; educação para o trânsito.

#### *Informação e marketing*

Este conjunto compreende diversas estratégias envolvendo informação e marketing aos idosos, cujo objetivo é oferecer uma gama de serviços úteis à população idosa nos seus deslocamentos, no sentido de orientá-la para uma melhor utilização dos diversos meios de transporte existentes. A seguir apresentam-se algumas dessas estratégias:

O desenvolvimento tecnológico dos sistemas de transportes acaba funcionando como uma barreira para os idosos na utilização do transporte público. Novos sistemas de venda de bilhetes, bilhetagem eletrônica, menor número de funcionários para ajudar usuários idosos são alguns dos obstáculos enfrentados por essa população. Na Suíça (WHO, 2002), foi desenvolvido um programa voltado para a população acima de 60 anos, cujos objetivos são: aumentar o nível de mobilidade dos idosos; fazer com que utilizem os meios de transportes disponíveis na comunidade local; motivar as pessoas a testar diferentes modos de transportes; promover atividade física diária como prevenção contra doenças típicas dos idosos; aumentar a autonomia e independência dessa população. O programa consta de cursos modulares que visam renovar o conhecimento existente sobre o sistema de transporte na comunidade, reduzir as ansiedades e as barreiras associadas com as modernas tecnologias envolvendo os transportes públicos.

Em Graz (FGM-AMOR, 2002), a exemplo de outras cidades europeias, existem “Lojas de Mobilidade” que embora sejam dirigidas ao público em geral, favorecem os idosos nos seus deslocamentos. Estão disponíveis diversas informações sobre transportes - público ou privado, motorizados ou não, incluindo o sistema de *car-sharing*, com folhetos com informações referentes a horários, tarifas, serviços especiais, mapas e roteiros turísticos e de deslocamentos urbanos.

Diversas estratégias de marketing associadas ao Gerenciamento da Demanda estão sendo desenvolvidas na Europa e Estados Unidos, com o objetivo de desestimular as viagens pro automóvel e promover aquelas por modos ativos. Na última conferência sobre Gestão de Mobilidade (em Gent, em 2002), discutiu-se novos atores e novas estratégias de gestão de demanda e o papel importante das parcerias na identificação destes novos “mercados”, tais como o dos idosos.

### *Promoção da saúde associada com mobilidade e transporte*

Este conjunto de estratégias envolve promoção de hábitos saudáveis associada principalmente ao incentivo à utilização de modos de transporte não-motorizados:

### *Incentivos ao uso da bicicleta*

Por serem países tradicionais no uso da bicicleta, Bélgica e Holanda desenvolvem programas voltados para a população com 60 anos ou mais, e 65 ou mais (dependendo do país) que por motivos de saúde (dor nas articulações, problemas cardio-respiratórios, etc.) e hostilidade no trânsito, param de pedalar regularmente, perdendo a mobilidade e, conseqüentemente, o envolvimento com as atividades comunitárias. O objetivo dos programas é permitir e incentivar as pessoas idosas a continuar pedalando por mais tempo, de forma segura. Destaca-se 2 projetos, patrocinados pelas associações de ciclistas dos dois países em diversas cidades. Trata-se de cursos que duram um dia e incluem: palestra sobre a importância de continuar pedalando; teste interativo sobre regras de trânsito; medidas de acuidade visual e auditiva; noções de revisão mecânica e de condições de manutenção da bicicleta. Existem exercícios físicos e os alunos recebem treinamento de habilidades específicas como: melhores formas de começar a pedalar, como parar repentinamente, pedalar com uma mão. A última parte é um passeio pelas vizinhanças e uma avaliação final. Um produto derivado dos cursos são os “clubes de idosos” que reúnem pessoas pedalando juntas semanalmente (WHO, 2002).

### *Incentivos a viagens a pé*

Em Israel, 40% dos acidentes com pedestres envolvem idosos, embora essa população corresponda a apenas 11% da população total do país. Diante deste quadro, foi criado um comitê nacional envolvendo diversos ministérios para tratar do assunto, promovendo um programa para pessoas com 60 anos ou mais, com o objetivo de promover saúde e hábitos seguros de caminhada. Cada cidade ou região do país possui um voluntário, responsável pelo programa: pessoas que gostam de andar e têm perfil para serem líderes de grupo, participam de um treinamento e formam seus grupos de caminhadas com idosos da vizinhança. São distribuídos chapéus, carteirinhas, refletores para roupa e panfletos detalhando aspectos de segurança. Apesar dos problemas políticos que envolvem o país, o que seria um entrave natural à atividade da caminhada ao ar livre, participaram do programa, em 2001, cerca de 6000 pessoas (WHO, 2002).

### *Desenvolvimento tecnológico*

Objetivando atender as necessidades específicas dos motoristas idosos, diversas tecnologias estão sendo desenvolvidas, dentre elas: painel mais baixo para ajudar na leitura com óculos bifocais (General Motors); faróis para auxiliar a reduzir reflexos da via (Mercedes-Benz); controle duplo de som e ar condicionado, instalado no painel e no volante (Lincoln Town); maçanetas e câmbios de forma a acomodar mãos com artrite; faróis com lâmpadas cujo reflexo nas placas é semelhante à luz do dia e ajuda na diferenciação de cor (por exemplo, vermelho e laranja) (Joseph, 2000). Kanouse (apud TRB, 1998) considera que o aumento da segurança para os motoristas idosos pode se dar através da difusão de informação e força do mercado (produtos diferenciados para este segmento). Ele destaca uma série de aspectos do veículo que devem ser considerados na questão da segurança desses motoristas, como: posição dos espelhos retrovisores, dos limpadores de pára-brisas e das colunas; painel de instrumentos; desenho do acentos; tamanho do veículo.

### *Educação para o trânsito*

A Alemanha desenvolve programa de educação para motoristas idosos, consistindo em 4 seminários com no máximo 15 participantes em cada um. O objetivo é a atualização das normas de trânsito e resolução de problemas associados à experiência do motorista idoso. Pode ser incluído um módulo de treinamento prático com manobras específicas como paradas emergenciais, estacionamento do veículo, conversões em geral (WHO, 2002).

Na Holanda, foi desenvolvido um manual de segurança no trânsito para usuários idosos. Objetiva ser uma fonte de idéias e métodos no sentido de possibilitar organizações locais de idosos a promover segurança no seu meio ambiente. Foi criado um programa de avaliação para motoristas voluntários com mais de 50 anos – BROEM, subsidiado pelas autoridades municipais, incluindo a avaliação do estilo de direção, acuidade visual e um curso de reciclagem em direção defensiva (WHO, 2002).

Além do desenvolvimento de pesquisas e de informações sobre o tema, o Reino Unido tem priorizado programas de auxílio prático



aos motoristas idosos em nível local. São, geralmente, cursos de um dia onde são tratadas questões que envolvem habilidades físicas e desempenho ao volante. Os instrutores recebem treinamento específico (WHO, 2002).

Nos Estados Unidos, o American Institute for Public Safety – AIPS (AIPS, 2002), tem um curso em vídeo para motoristas maduros ('Mature Driver') que inclui informações relativas a tempo de reflexão, perda de visão e outros fatores que dizem respeito ao processo de envelhecimento. A maioria dos estados americanos oferece programas educativos para motoristas com 55 anos ou mais. Estes cursos podem ser compulsórios, no caso do motorista ter cometido infração grave. Uma vez concluído o curso com êxito (em sala de aula, por vídeo ou web-sites), o motorista pode obter abatimento do prêmio do seguro do automóvel. Outro curso oferecido nos Estados Unidos é o *Alive@55*, curso de reciclagem cujo objetivo é a segurança do motorista com idade igual ou superior a 55 anos. Aspectos abordados: processo de decisão ao volante; mudanças físicas; segurança pessoal, quando confrontados com motoristas agressivos; o efeito de medicação; dirigir em auto-estrada; estatística de acidentes para motoristas mais velhos (Cupertino Courier Website, 2002). A AAA Foundation for Traffic Safety criou uma página na internet cujo objetivo é informar e auxiliar os motoristas idosos para a direção segura (Senior Driver Website, 2002). Inclui vários tópicos: saúde, preparação para a direção, direção em si e planejamento da viagem.

No Brasil, a Companhia de Engenharia de Tráfego de São Paulo - CET/SP, promove o Programa de Educação de Trânsito para a Terceira Idade cujo objetivo é "informar e sensibilizar o idoso para um comportamento preventivo no trânsito, a partir da conscientização de suas limitações físicas e sensoriais decorrentes da idade" (CET/SP, 2002).

As experiências apresentadas mostram uma estreita relação entre mobilidade e segurança, associada à ênfase na saúde e na proteção ambiental. São programas projetados para atender ao perfil dos idosos, às condições específicas da cidade ou região e de seu sistema de transporte.

## CONCLUSÕES

Este trabalho mostrou o crescimento da população mundial de “terceira idade” (acima dos 60 anos), em particular nos países em desenvolvimento, dentre os quais o Brasil. Analisa os fatores relacionados com o processo de envelhecimento humano, destacando as implicações para a participação deste segmento populacional no sistema de trânsito/transportes. A discussão central foca no risco decorrente da incapacidade funcional do idoso e os riscos provenientes da redução da mobilidade individual e coletiva dessa população, em particular a exclusão social, uma vez que os transportes propiciam as diversas formas de integração na sociedade, fator fundamental para manter qualidade de vida, independência, saúde física e mental na terceira idade. Iniciativas voltadas para garantir a mobilidade e a segurança dos idosos são apresentadas, relacionadas com a prática do “envelhecimento ativo” preconizada pela Organização Mundial de Saúde.

Numa época na qual se discute o problema crucial da violência, é importante ressaltar que esta está relacionada com ações que levam não apenas a danos físicos, mas também emocionais, morais e espirituais: a exclusão, o estigma social também são formas de violência. As experiências apresentadas mostram uma estreita relação entre mobilidade e segurança, associada à ênfase na saúde e na proteção ambiental. São programas projetados para atender ao perfil dos idosos, às condições específicas da cidade ou região e de seu sistema de transporte.

Estas propostas devem abordar principalmente as dificuldades no uso dos transportes públicos e o incentivo dos modos alternativos já categorizados anteriormente como “transporte ativo” (uso da bicicleta e da caminhada). Tratamento especial para os idosos no caso dos transportes públicos não é um privilégio, mas o reconhecimento destes indivíduos como cidadãos, no gozo de seus direitos de requerer mecanismos compensatórios para que a incapacidade funcional não implique na redução da sua mobilidade.

O incentivo ao uso da bicicleta não deve vir desacompanhado de um investimento na infra-estrutura adequada para tanto e seria recomendável, inicialmente, para cidades de pequeno e médio porte, no Brasil.

Quanto aos pedestres, um programa específico beneficiaria a população de modo mais geral e deveria incluir necessariamente: reorganização do tráfego e das áreas urbanas (rompendo com práticas que promovem a segregação e o isolamento das comunidades); a prevenção dos atropelamentos (em especial, com medidas de engenharia de tráfego e fiscalização); a melhoria dos passeios (crucial para o usuário idoso); tratamento das travessias. Com respeito a este último ponto, o tempo dos semáforos, no Brasil, merece atenção urgente e especial, fruto dos problemas originados pelo tempo de travessia, já mencionado. Outro aspecto relevante é suprir a demanda dos idosos por informações que orientem seus deslocamentos, alertando sobre fatores de risco no ambiente de tráfego e transportes e incentivando comportamentos seguros.

As propostas mais específicas dependem do sucesso de ações mais gerais. A identificação de programas e experiências pioneiras nesse campo carece de divulgação mais ampla que pode ser obtida se formos bem sucedidos na organização dos setores que necessariamente têm que estar envolvidos no planejamento de medidas voltadas para a mobilidade do segmento em questão. As responsabilidades institucionais têm que ser assumidas, a centralização das ações e esforços é imprescindível e as parcerias são fundamentais. Órgãos governamentais (nas mais diversas instâncias), entidades de classe (como a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia), organizações não governamentais específicas, entidades de defesa dos idosos devem ser parceiros na busca das alternativas. A área da Saúde tem dado passos importantes, mas o setor de Transportes carece de investimentos na coleta de dados e informações sobre estes usuários, bem como de pesquisas voltadas para o diagnóstico e proposições específicas. A parceria e a integração entre Saúde e Transportes é um dos caminhos para garantir a integridade do idoso como cidadão. Planejar para o futuro é agir desde já, quebrando a hostilidade que reforça a existência de cidadãos desiguais.

## NOTAS

<sup>1</sup>MSc. – Programa de Engenharia de Transportes, COPPE/UFRJ, Brasil

<sup>2</sup>PhD. – Ross Silcock – Babtie Group, Reino Unido

<sup>3</sup>PhD. – Programa de Engenharia de Transportes, COPPE/UFRJ, Brasil



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAA FOUNDATION FOR TRAFFIC SAFETY The role of driver distraction in traffic crashes. Disponível em: <<http://www.aafts.org/pdf/distraction.pdf>> . Acesso em 2001
- AIPS – AMERICAN INSTITUTE FOR PUBLIC HEALTH. Disponível em: <<http://www.aipnews.com>> Acesso em: 14/05/2002.
- BRASIL .Código Nacional de Trânsito Brasileiro. Lei nº 9.503 de 23 de outubro de 1997. Institui o Código Nacional de Transito Brasileiro. Brasília, 23 set. 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM n. 737, de 16 maio 2001. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, n. 96 seção 1E, de 18 maio 2001, Brasília, DF.
- CAVALCANTI, P. U. Aspectos biológicos do envelhecimento: o fenômeno da senescência. *Jornal Brasileiro de Medicina*, Rio de Janeiro, v. 26, 1974.
- CET/SP - Companhia de Engenharia de Tráfego. Disponível em: <<http://www.cetsp.com.br>> Acesso em: 20 maio 2002.
- CUPERTINO COURIER WEBSITE. Disponível em: <<http://www.svcn.com/archives/cupertinocourier/01.27.99/55Alive.html>> Acesso em: 13 maio 2002.
- FIOCRUZ. *Análise de mortalidade por causas externas de idosos em capitais de regiões metropolitanas do Brasil*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde, 2002.
- FGM-AMOR Austrian Mobility Research. Disponível em: < <http://www.fgm-amor.at>> Acesso em: 15 maio 2002.
- JOSEPH, J. Vintage models: older drivers - a dilemma for traffic technology. *Traffic Technology International*, p. 112-117, Oct./Nov. 2000.
- HAKAMIES-BLOMQVIST, L. Recent European research on older drivers. *Accident Analysis and Prevention*, v. 32, p. 601-607, 2000
- METZ, D. H. Mobility of older people and their quality of life. *Transport Policy*, v. 7, p. 149-152, 2000.
- OMS (Organização Mundial de Saúde). Disponível em: <<http://www.un.org/esa/socdev/ageing/index.html>>. Acesso em: 14 maio 2002.
- OECD (Organization for Economic Co-operation and Development). *Ageing and transport: mobility needs and safety issues*. Disponível em: <<http://www.seniordrivers.org/clearinghouse/pdf/OECD2001.pdf>>. Acesso em 2002



PIRITO, M. A. Considerações sobre o motorista idoso. *Revista da Associação Brasileira de Acidentes e Medicina de Tráfego – ABRAMET*, n. 30, maio/jun. 1999

RABBITT, P.; CARMICHAEL, A.; SHILLING, V.; SUTCLIFFE, P. *Age, health and driving: longitudinally observed changes in reported general health, in mileage, self-rated competence and in attitudes of older drivers*. S. l.: AA Foundation for Road Safety Research, 2002.

SENIOR DRIVER WEBSITE. Disponível em: <<http://www.seniordrivers.org>>  
Acesso em: 20 maio 2002.

TRANSPORTATION RESEARCH BOARD. *Transportation in an aging society: improving mobility and safety for older persons*. Washington, DC: TRB, 1998. Transportation Research Board Special Report 218, 1998.

WHO. Averting the three outriders of the transport apocalypse: road accidents, air and noise pollution. *Press Release WHO/57*, World Health Organization, Geneva, 31 Jul. 1998. Disponível em : < <http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-57.html> >. Acesso em: 17 set. 2003.

WHO. *Health and ageing: a discussion paper*. Geneva: World Health Organisation, Department of Health Promotion, 2001a.

WHO. Spot light on mounting traffic deaths. *NMH News*, Geneva, WHO 54, May, 2001b.

WHO. *Move for health: promoting a physical active life through everyday transport. Examples and approaches from Europe*. Geneva: World Health Organisation, Regional Office for Europe, 2002.

WSATKINS FOR THE DEPARTMENT FOR TRANSPORT. *Local Government and the Regions. DTRL Older People: their transport needs and requirements*. Report. Londres. 2001

YABIKU, L. Os motoristas da terceira idade e as condições não amigáveis da direção veicular. *Revista da Associação Brasileira de Acidentes e Medicina de Tráfego – ABRAMET*, n. 36, jan./fev., 2001.

ZHANG, J. et al. Padrões etários de fatores relacionados a acidentes de tráfego fatais: enfoque sobre motoristas jovens e idosos. *Revista da Associação Brasileira de Acidentes e Medicina de Tráfego – ABRAMET*, São Paulo, n.35, maio/jun. 2000.

*ABSTRACT*

The world is undergoing a drastic process of demographic changes regarding the ageing of the population. This global ageing process will lead to an increase in social and economic demands and will put great pressure in the supply of public services, especially health and transport. This paper will analyse this ageing process of the population, identify the main barriers in the road environment and transport systems that constrains mobility and safety of the elderly. Finally, presents some programmes and initiatives being implemented, as well as proposals aiming at encouraging older people to use more regularly all forms of transport – walking, cycling, public transport and the private car

KEYWORDS: ageing; demography; environment; program development

Recebido para publicação em: 25/07/2003

Aprovado em: 29/09/2003

Correspondência para:

Rogéria Motta de Sant'Anna

E-mail: Rogeriasantana@aol.com

*Os programas de pós-graduação em Geriatria e Gerontologia no Brasil*  
*Brazilian graduation programs in geriatrics and gerontology*

Shirley Donizete Prado<sup>1</sup>  
Jane Dutra Sayd<sup>2</sup>

RESUMO

Descrevemos os programas de pós-graduação em geriatria e gerontologia no Brasil. A coleta de dados realizou-se no Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento da Universidade Aberta da Terceira Idade, programa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a partir das páginas eletrônicas das universidades brasileiras e da CAPES. Para cada programa foram levantados dados referentes à área do conhecimento, áreas de concentração, linhas de pesquisa, corpo docente, ano de início e avaliação. Identificamos 19 cursos *lato sensu*, dos quais 68,4% voltam-se para geriatria e gerontologia e os demais para temas mais específicos como atendimento domiciliar, atividade física, saúde mental. Encontram-se em atividade três programas *stricto sensu* em gerontologia e mais três em medicina, educação e enfermagem que contam com áreas de concentração voltadas para geriatria, gerontologia e atenção à saúde do idoso, respectivamente. São cursos muito recentes, estabelecidos nas áreas da saúde e humanas e, mesmo considerando que alguns contam com boa posição nas avaliações realizadas pela CAPES, ainda há um longo percurso para que a maioria venha a alcançar essa condição.

**PALAVRAS-CHAVE:** envelhecimento; idoso; programas de pós-graduação; especialização; mestrado; doutorado; pesquisa; Brasil.

INTRODUÇÃO

Em 2001, o Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento (CRDE, 2002) da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI, 2002) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) publicou o primeiro *Catálogo de Cursos de Especialização, Mestrado e Doutorado em Geriatria, Gerontologia e Áreas Afins* (Prado e Lima, 2001), elaborado em

função da acentuada demanda por essas informações, trazidas por usuários de diferentes estados brasileiros.

Nesse *Catálogo*, para cada curso de especialização, mestrado ou doutorado, há informações que possibilitam acesso às instituições através de serviços de correio, telefone e Internet. Os dados foram colhidos no ano de 2000, diretamente das respectivas páginas institucionais na Internet; alguns dados não disponíveis por esse meio foram buscados por contato telefônico ou por correio eletrônico com a própria instituição. Foram, então, identificados 45 Programas de Pós-Graduação.

Quatro desses programas correspondiam exclusivamente a cursos de especialização, todos vinculados a projetos de extensão especificamente voltados para pessoas idosas, seu esteio maior.

Quanto à listagem dos programas de pós-graduação *stricto sensu*, sua construção se deu, primordialmente, a partir da *Base Teses*. Desenvolvida pelo CRDE, essa base é composta por informações bibliográficas referentes a dissertações e teses sobre envelhecimento concluídas no Brasil ou defendidas por brasileiros no exterior. O critério adotado para a inclusão de um programa no catálogo correspondeu à conclusão, em seu interior, de pelo menos três dissertações ou teses dentro do nosso campo de interesse.

Desses 41 programas *stricto sensu*, cinco eram Cursos de Mestrado, exclusivamente, firmados em áreas diversas, a saber, Nutrição, Farmácia, Serviço Social, Psicologia e Sexologia.

Todos os 36 programas restantes estavam inseridos em estruturas de pós-graduação mais complexas, com cursos de mestrado e doutorado integrados e, em muitos casos, com várias áreas de concentração. Dentre esses, em primeiro lugar, é necessário destacar a identificação de sete cursos de mestrado e/ou doutorado que – integralmente ou por meio de área de concentração – formavam profissionais em Geriatria e/ou Gerontologia; em um caso, havia curso de especialização articulado em seu bojo.

Quanto aos demais 29, correspondiam a programas *stricto sensu* voltados para um amplo leque de campos do conhecimento: Administração de Empresas; Antropologia; Artes; Ciências Biomédicas; Ciências Far-

macêuticas; Educação; Educação Física; Enfermagem; Filosofia e Letras; Medicina; Nutrição e Ciências dos Alimentos; Odontologia; Psicologia e Psiquiatria; Saúde Pública, Saúde Coletiva e Medicina Preventiva; Serviço Social; e Sexologia. Aí eram encontrados orientadores e linhas de pesquisa que vinham atraindo aqueles interessados em desenvolver estudos sobre o envelhecimento, a velhice ou objetos afins.

Essa temática parecia constituir-se em objeto de interesse para um vasto conjunto de instituições, o que sugeria não só o crescimento da produção acadêmica nesse campo, mas, principalmente, a ampliação de enfoques e abordagens, trazendo um enriquecimento qualitativo expressivo, certamente inimaginável há poucas décadas.

#### **OS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO SOBRE ENVELHECIMENTO NO BRASIL**

Os dados do *Catálogo* publicado no ano de 2000 foram atualizados em 2001. Durante os meses de agosto a outubro de 2002, procedemos à etapa inicial de nova revisão com ampliação do conjunto de informações da base de dados intitulada *Programas de Pós-Graduação sobre Envelhecimento no Brasil (2002)*.

Consultamos, mais uma vez, as páginas eletrônicas mantidas pelas instituições que constam de nossos registros e agregamos informações disponíveis no *site* da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, 2002). Foram mantidos os programas *stricto sensu* sobre Geriatria ou Gerontologia e incluídos novos cursos que informam manter área de concentração claramente vinculada ao processo de envelhecimento. E também foram identificados novos cursos *lato sensu* que mencionam essa área de interesse como objeto de seu desenvolvimento.

Os primeiros resultados desta última atualização correspondem aos programas especificamente voltados para a formação de recursos humanos com vistas a sua atuação no campo do envelhecimento humano. Trata-se do mais abrangente levantamento realizado no Brasil.

## OS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO

Esse recente levantamento possibilitou importante ampliação do universo conhecido de cursos de especialização voltados para a temática do envelhecimento. Enquanto os dados anteriores, de 2000, davam-nos conta da existência de sete cursos *lato sensu* no Brasil, dispomos agora de informações acerca de 19 programas. Essa diferença pode ser compreendida por diversos caminhos.

Em primeiro lugar, é necessário considerar que, para três cursos, não mais encontramos informações: em um caso, a respectiva instituição optou por seu encerramento definitivo; nos outros dois cursos, as atividades encontram-se temporariamente paralisadas, o que é relativamente comum para cursos que implicam ônus para os alunos, ou seja, o programa somente é viabilizado quando há um número mínimo de alunos inscritos. Não havendo como sustentar financeiramente as atividades, elas ficam suspensas até uma próxima oportunidade, geralmente o ano seguinte.

Por outro lado, no último levantamento, fomos mais abrangentes, buscando informações sobre cursos em outras áreas (como Enfermagem, Educação Física, Serviço Social, por exemplo), o que na primeira investigação restringiu-se apenas à Geriatria e Gerontologia. Finalmente, é necessário considerar a abertura de novos programas de formação profissional ao nível da especialização, o que guarda coerência com o incremento registrado especificamente nas atividades voltadas para a temática do envelhecimento humano no interior das universidades, particularmente acentuado a partir dos anos 90. O Quadro I nos traz informações sobre as instituições que abrigam esses cursos.

É bem estabelecida a forte presença do parque científico-tecnológico na Região Sudeste (Guimarães et al. 2001). No que se refere à sua distribuição geográfica, os programas de pós-graduação *lato sensu* acompanham esse padrão, estando concentrados na Região Sudeste, que conta com 63,2% dos cursos oferecidos por instituições de ensino superior instaladas nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Segue-se a Região Sul, com 21,1% dos cursos em universidades sediadas nos estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina. Os demais concentram-se no Distrito Federal e Amazonas.

**QUADRO 1**  
**CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO REFERENTES AO ENVELHECIMENTO HUMANO POR INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR E UNIDADE DA FEDERAÇÃO. BRASIL, 2002.**

<b>Unidade da Federação Curso</b>	<b>Instituição de ensino superior</b>
<b>São Paulo</b>	
Gerontologia	Universidade Federal de São Paulo Departamento de Medicina
Geriatria	Universidade Federal de São Paulo Departamento de Medicina
Enfermagem Gerontológica e Geriátrica	Universidade Federal de São Paulo Departamento de Enfermagem
Fisiologia do exercício e treinamento resistido na saúde, na doença e no envelhecimento	Universidade de São Paulo Faculdade de Medicina
Atendimento domiciliário "home care"	Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem
Gerontologia	Universidade de São Francisco Coordenadoria de Cursos de Pós-Graduação Lato Sensu e Extensão
<b>Rio de Janeiro</b>	
Geriatria e Gerontologia	Universidade Veiga de Almeida
Geriatria e Gerontologia	Universidade Estácio de Sá
Psicogeriatria	Universidade Federal do Rio de Janeiro Instituto de Psiquiatria
Gerontologia e Geriatria Interdisciplinar	Universidade Federal Fluminense Centro de Ciências Médicas
<b>Minas Gerais</b>	
Gerontologia	Fundação Mineira de Educação e Cultura Faculdade de Ciências Humanas
Geriatria e Gerontologia	Centro Educacional São Camilo de Minas Gerais Núcleo de Pós-Graduação
<b>Rio Grande do Sul</b>	
Geriatria	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Instituto de Geriatria e Gerontologia
Gerontologia Social	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Faculdade de Serviço Social
<b>Santa Catarina</b>	
Gerontologia	Universidade do Estado de Santa Catarina Coordenadoria de Programas de Pós-Graduação
Gerontologia	Universidade Federal de Santa Catarina Núcleo de Estudos da Terceira Idade
<b>Bahia</b>	
Gerontologia	Universidade Federal da Bahia
<b>Alagoas</b>	
Desenvolvimento humano: criança, adolescente e idoso	Universidade Federal de Alagoas Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
<b>Amazonas</b>	
Educação Física em Gerontologia Social	Universidade Federal do Amazonas Faculdade de Educação Física

Fonte: Programas de Pós-Graduação sobre Envelhecimento no Brasil. CRDE UnATI UERJ.

O setor público conduz 62,3% das iniciativas referentes à formação de recursos humanos para atuar no campo do envelhecimento humano: nove cursos são implementados em universidades federais e três em instituições de ensino superior mantidas por governos estaduais.

A Universidade Federal de São Paulo (Unifesp, 2002) oferece três cursos e a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS, 2002) mantém dois cursos, o que coloca essas instituições em posição de destaque no cenário nacional no campo geronto-geriátrico. Os investimentos em ensino, pesquisa e extensão nessas universidades, com vistas à constituição de espaços especificamente voltados para as questões atinentes ao idoso, à velhice e ao processo de envelhecimento humano, vêm sendo registrados (Cachione, 1999) e nos confirmam o papel de liderança que vem sendo, por elas, construído nesse setor.

Ao buscar informações, tendo um universo mais ampliado como referência, encontramos abordagens diferenciadas. Em outras palavras, no primeiro levantamento identificamos apenas cursos cujos títulos nos remetiam à Geriatria e/ou a Gerontologia, o que se mantém predominante no presente estudo, correspondendo a 68,4% dos programas *lato sensu* (*Gerontologia, Geriatria, Gerontologia e Geriatria, Gerontologia Social ou Gerontologia e Geriatria Multidisciplinar*). Porém, surgem indicações de que há cursos mais específicos em suas proposições: é o caso daqueles focados em campos profissionais como a Enfermagem (*Enfermagem Geriátrica e Gerontológica ou Atendimento Domiciliário "home care"*), a Educação Física (*Educação Física em Gerontologia Social*) ou especialidades da Medicina (*Psicogeriatria*). Uma outra situação corresponde àquela em que o idoso ou o processo de envelhecimento são tratados no interior de fenômenos como a atividade física ou o desenvolvimento humano (*Fisiologia do Exercício e Treinamento Resistido na Saúde, na Doença e no Envelhecimento ou Desenvolvimento Humano: Criança, Adolescente e Idoso*). Assim, mais que oferecer cursos introdutórios abertos a profissionais de diversas formações, esse estudo indica um caminhar em direção a novos e mais específicos olhares sobre a complexidade do envelhecer.

## MESTRADO E DOUTORADO

O levantamento de 2000 mostrou-nos a existência de três categorias de programas de pós-graduação *stricto sensu* voltados para as questões relativas ao envelhecimento humano. A primeira correspondia àquelas que tinham o envelhecimento como objeto central de suas atividades. Um segundo grupo era formado por programas de cunho mais amplo que contavam com área de concentração especificamente voltada para o estudo do envelhecimento humano. E, finalmente, os programas que contavam com produção de dissertações e teses abordando questões ligadas à velhice, aos velhos ou ao processo de envelhecimento, porém de forma pontual, por estarem inseridas em linhas de pesquisa voltadas para outras áreas de interesse. No presente trabalho, tratamos apenas das duas primeiras categorias.

Temos, hoje, no Brasil, três programas *stricto sensu* especificamente voltados para as questões relativas ao envelhecimento humano e três com área de concentração nesse campo, compondo um total de oito cursos: cinco de mestrado e três para formação de doutores, conforme mostra o Quadro 2.

QUADRO 2  
PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM GERIATRIA  
E/OU GERONTOLOGIA. BRASIL, 2002.

Programa	Instituição	Nível
Gerontologia Biomédica	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	Mestrado
	Instituto de Geriatria e Gerontologia	Doutorado
Gerontologia	Universidade Estadual de Campinas	Mestrado
Gerontologia Educação	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	Mestrado
	Universidade Estadual de Campinas	Doutorado
Área de concentração: Gerontologia	Faculdade de Educação	
Clínica Médica e em Ciências da Saúde Área de concentração: Geriatria	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	Mestrado
	Faculdade de Medicina	Doutorado
Enfermagem	Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem	Mestrado
Área de concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso		

Fonte: CAPES, 2002

Esses programas estão situados nos estados do Rio Grande do Sul, São Paulo e Bahia. A PUC-RS destaca-se no cenário nacional em suas iniciativas de formação de mestres e doutores na área do envelhecimento.

De acordo com a classificação das áreas do conhecimento adotada pela CAPES, os programas de pós-graduação em Gerontologia encontram-se situados na *Grande Área* denominada *Outras* e, em seu interior, na *Área* designada *Multidisciplinar*. Poderíamos considerar que se trata de um nível de especificidade de denominação um tanto insuficiente. Entretanto, mais proveitoso seria talvez discutir aspectos relativos à consolidação dos programas em tela, que contam com reduzida expressão numérica e certamente ainda têm pela frente um longo caminho até a possível constituição da Gerontologia/Geriatria como uma das áreas básicas na taxonomia do conhecimento científico utilizada no Brasil. Quanto aos demais programas, encontram-se situados, principalmente, na *Grande Área* das *Ciências da Saúde* e, em seu interior, nas *Áreas* de *Medicina e Enfermagem* e na *Grande Área* das *Ciências Humanas*, na *Área* de *Educação*.

O Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG, 2002) da PUC-RS teve início em 2000 oferecendo vagas em turmas de mestrado e doutorado. Os professores-orientadores empreendem as seguintes linhas de pesquisa: (a) investigação do fenômeno biológico do envelhecimento; (b) prevenção, manejo e mecanismos relacionados às doenças associadas ao envelhecimento; (c) investigação sócio-demográfica e epidemiológica do envelhecimento; (d) promoção de longevidade com qualidade de vida. Consta do site do IGG (2002a) que esse programa obteve conceito 4 por parte da CAPES em sua última avaliação.

São intensos os vínculos estabelecidos entre o IGG e a Faculdade de Medicina da PUC-RS. O Curso de Mestrado em Clínica Médica iniciou-se em 1994 e o Doutorado em 2000. Em outubro do mesmo ano, passou a denominar-se Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica e em Ciências da Saúde, com os dois níveis – mestrado e doutorado – admitindo médicos e outros profissionais da saúde. Tem conceito 4 na avaliação da CAPES (Faculdade, 2002). São suas áreas de concentração Clínica Médica, Geriatria, Nefrologia e Neurociências. Em Geriatria são informadas as disciplinas oferecidas, cujo núcleo central corresponde à Biologia Geriátrica, Geriatria Clínica, Envelhecimento Ósteo-muscular, Geriatria e Saúde Mental, Geriatria Preventiva, Epidemiologia das Doenças Geriátricas e Gerontologia Social. As linhas de pesquisa implementadas nessa área de

concentração guardam grande proximidade com aquelas presentes no IGG. O corpo docente nos dois programas é praticamente coincidente e sua formação situa-se predominantemente nos campos da Medicina e da Biologia.

O Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP, 2002) teve suas atividades iniciadas no ano de 1997 oferecendo cursos de mestrado e doutorado. Estabelecido junto à Faculdade de Educação, esse programa passou recentemente por mudanças estruturais, e o curso de doutorado veio a constituir-se em uma das áreas de concentração do Curso de Doutorado em Educação na mesma unidade acadêmica (UNICAMP, 2002 a). O Curso de Mestrado do Programa de Gerontologia obteve conceito 3 na avaliação da CAPES e o Curso de Doutorado em Educação tem conceito 5. Situados na *Grande Área das Ciências Humanas* estes cursos contam com corpo docente formado, principalmente, em Educação, Antropologia, Ciências Sociais, Psicologia e professores colaboradores da área da saúde.

O Curso de Mestrado oferecido pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP, 2002) foi implementado em 1997. A partir de pesquisa acerca de sistemas de apoio ao idoso na cidade de São Paulo, realizada pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social e concluída em 1986, foi criado o Núcleo de Pesquisa do Envelhecimento (NEPE). Esse Núcleo deu origem ao atual Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, que conta com conceito 3 na avaliação da CAPES (PUC-SP, 2002). Suas linhas de pesquisa encontram-se articuladas por um eixo que relaciona estado, família e comunidade e estão assim apresentadas: (a) as condições de vida dos idosos e as instituições asilares da cidade de São Paulo; (b) as políticas referentes ao segmento idoso. Como um curso situado na *Grande Área das Ciências Humanas*, seu corpo docente é marcadamente formado por doutores em Filosofia, Ciências Sociais, Antropologia, Ciência Política, Serviço Social e, em menor grau, professores da área da saúde.

Finalmente, o Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (Programa, 2002), que iniciou em 1979 e conta com as seguintes áreas de concentração: Administração de serviços de enfermagem; Enfermagem na atenção à saúde da

criança e do adolescente; Enfermagem na atenção à saúde da mulher; Enfermagem na atenção à saúde do adulto e do idoso. A linha de pesquisa relativa ao idoso recebe a mesma denominação da respectiva área de concentração. Curso situado na *Grande Área das Ciências da Saúde* registra em seu site conceito 3 na CAPES.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecer humano, como fenômeno multifacético, vem sendo abordado por meio de diversas áreas do conhecimento. Nesse amplo leque de aproximações, as ciências da vida e as humanidades vêm se constituindo em caminhos privilegiados para a geração desse conhecimento. No Brasil, o interesse acadêmico por essa temática é algo novo e crescente, o que se deve não apenas às mudanças demográficas, marcadamente o envelhecimento populacional mundial e nacional (Kalache, et al., 1987), mas também a fenômenos de grande repercussão social, como distinção da velhice como uma etapa particular da vida, a instituição das aposentadorias, o estabelecimento das instituições asilares, os interesses políticos e comerciais (Neri e Debert, 1999, Groisman, 1999 e 2002). Um cenário que nos conduziria a pensar no correspondente crescimento de recursos humanos voltados para atender às demandas colocadas por esse novo fenômeno social.

Entretanto, dados mencionados por Veras (2002) relativos à formação de médicos geriatras nos dão conta de imensa insuficiência quantitativa de recursos humanos especializados na atenção a idosos: a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia informa a existência de algumas poucas centenas de médicos geriatras para uma população estimada em mais de 15 milhões de idosos em 2002 (FIBGE, 1991 e 2002); dos mais de cem cursos de graduação em Medicina, não chega a uma dezena os que contam com disciplina voltada para temas geriátricos e gerontológicos em sua estrutura curricular.

Como pudemos constatar neste estudo, os programas brasileiros de pós-graduação voltados para a temática do envelhecimento passaram a ser criados, principalmente ao final da década de 1990. O número de programas de especialização, mestrado e doutorado, ainda que crescente,



é pequeno. A formação efetiva de mestres e doutores começou a acontecer “quase ontem”. Em que pese o fato de alguns cursos estarem em boa posição na avaliação dos organismos governamentais voltados para a formação de recursos humanos em nível de pós-graduação, a maioria ainda tem bastante que investir para galgar essa condição.

Evidencia-se, portanto, a necessidade premente de formulação e implementação de políticas voltadas para a formação de recursos humanos no âmbito do envelhecimento humano. Esse movimento poderia acontecer, em curto prazo, através de investimentos no fortalecimento dos programas já existentes e na constituição de novas áreas de concentração em programas bem consolidados; em médio prazo, na criação de novos cursos de mestrado e doutorado. Daí seria possível contar com quadros docentes para a formação no plano dos cursos de graduação, não só em Medicina, mas nas várias disciplinas afins ao processo de envelhecimento humano.

No espaço da pós-graduação *stricto sensu*, inversões financeiras na constituição de cursos implicam diretamente o apoio à pesquisa e publicações científicas no campo em questão. Em estudo que realizamos recentemente acerca da produção científica nacional sobre envelhecimento (Prado, 2002), procuramos identificar as instituições que aparecem com maior frequência como geradoras dos trabalhos presentes na Base SciELO. E aqui é necessária uma ressalva importante. É tradição de algumas áreas do conhecimento, como as das ciências biológicas e da saúde, a divulgação dos trabalhos produzidos por meio de artigos publicados em revistas; já as ciências humanas e as sociais aplicadas publicam mais livros (Guimarães et al., 2001 e Coimbra, 1999); como a Base SciELO divulga periódicos – vale dizer, por meio de critérios bastante rigorosos – os achados mencionados a seguir nos dão conta apenas de setores que se manifestam através desse padrão de disseminação de informações científicas.

Foi, portanto, possível identificar núcleos com qualificada geração de conhecimento, especialmente na área da saúde, apontados a seguir. Cabe destacar que nos artigos aí produzidos há menção freqüente a trabalhos derivados de dissertações e teses ou gerados no interior ou em articulação com programas de pós-graduação.

Em São Paulo, dois focos institucionais se destacam: o primeiro articulando o Hospital das Clínicas / Faculdade de Medicina, incluindo o Projeto Terceira Idade (PROTER) e a Faculdade de Saúde (USP); o segundo envolvendo a Escola Paulista de Medicina e o Centro de Estudos do Envelhecimento da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Pesquisadores e profissionais de saúde de diversas áreas aparecem em artigos desenvolvidos em uma ou mais dessas instituições. Participam, com menor frequência, outras faculdades de Medicina do interior e organismos governamentais, além de instituições hospitalares particulares. Há em São Paulo presença de articulações internacionais nesse campo.

No Rio de Janeiro, contam com produção destacada a Escola Nacional de Saúde Pública (FIOCRUZ), o Centro de Doença de Alzheimer (IPUB-UFRJ), o Instituto de Medicina Social (IMS) e a Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), os dois últimos da UERJ. Intercâmbios entre pesquisadores e profissionais dessas instituições e também de organismos governamentais estão presentes.

No Rio Grande do Sul, o Instituto de Geriatria e Gerontologia e a Faculdade de Medicina da PUC-RS formam um outro importante pólo gerador de conhecimento. E, em Minas Gerais, o Núcleo de Estudos sobre Epidemiologia e Antropologia do Envelhecimento do Centro de Pesquisas René Rachou (FIOCRUZ) mais a Faculdade de Medicina da UFMG correspondem à outra referência nessa temática.

Até que ponto essas articulações são fruto de iniciativas individuais ou formalmente institucionalizadas, não temos agora como saber. Suspeitamos que a primeira possibilidade seja a mais provável, talvez pela "juventude" dessa produção científica.

Consideramos razoável pensar que do conjunto desses novos programas de pós-graduação e de grupos de pesquisadores das áreas da saúde, das ciências biológicas e das humanidades é que poderá constituir um corpo de conhecimento que venha a responder algumas importantes demandas colocadas pelo grande fenômeno social que é o envelhecimento da população brasileira. Isso, como manifestação nacional, na esteira também das próprias iniciativas internacionais de constituição de uma área de conhecimento de domínio próprio: a Geriatria/Gerontologia (Groisman, 1999 e 2002).

A constituição de uma área do conhecimento é questão complexa. A formação de um parque científico sólido dotado de força política suficiente para atrair recursos que garantam sua continuidade corresponde a empreitada de grande monta. Assim, o fato de estarem cursos de Gerontologia inseridos numa *Grande Área* denominada *Outros* e numa *Área* intitulada *Multidisciplinar* (CAPES, 2002) é indicativo do longo percurso a ser trilhado dentro da perspectiva de consolidação desse campo; acrescentemos a co-existência de inserções de programas nas áreas da saúde e humanas e se, por um lado, encontramos a bem-vinda ampliação de olhares para o processo do envelhecer, por outros, é necessário considerar a dispersão de forças no momentos de negociações com vistas a incrementos para esses cursos e grupos de pesquisa.

Tal a situação, o que visualizamos hoje no Brasil é: demandas intensivamente crescentes de recursos humanos e de produção de conhecimento, um reduzido e promissor parque científico e a necessidade urgente de formulação e implementação de políticas para voltadas a graduação, para a pós-graduação e para a pesquisa no campo do envelhecimento.

## NOTAS

- <sup>1</sup> Nutricionista, Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ), Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ), Professora Assistente do Instituto de Nutrição da mesma universidade (INU-UERJ), Gerente de Pesquisa e Coordenadora do Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI-UERJ).
- <sup>2</sup> Médica, Professora Adjunta do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ) e Orientadora.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CATÁLOGO NACIONAL DE TESES, DISSERTAÇÕES, TESES DE LIVRE DOCÊNCIA E OUTRAS. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br/crde/teses/catalogo.htm>> Acesso em 24 ago. 2002

CACHIONI, Meire. Universidades da terceira idade: das origens à experiência brasileira. In: NERI, Anita Liberalesco; DEBERT, Guita Grin (Orgs.) *Velhice e sociedade*. Campinas, SP: Papyrus, 1999.

CENTRO DE REFERÊNCIA E DOCUMENTAÇÃO SOBRE ENVELHECIMENTO (CRDE) da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI-UERJ). Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br/crde/crde.htm>> Acesso em: 15 set. 2002.

COIMBRA JR., Carlos E.A. Produção científica em Saúde Pública e as bases bibliográficas internacionais. *Cadernos de Saúde Pública* [online], v.15, n.4, p.883-888. out./dez. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000400022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000400022&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 2 dez. 2002. ISSN 0102-311X.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/>>. Acesso em 17 set. 2002

INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (IGG) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.pucrs.br/igg/geronio/est.htm> Acesso em: 21 ago. 2002.

FACULDADE DE MEDICINA da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/famed/pos/clinica/apresent.htm>> Acesso em 21 ago. 2002.

FUNDAÇÃO Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Anuário Estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 1991.

FUNDAÇÃO Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais, 2002.

GROISMAN, Daniel. Velhice e história: perspectivas teóricas. 2ed. *Cadernos do IPUB*. v.1, n.10 p.43-56, 1999.

GROISMAN, Daniel. A velhice, entre o normal e o patológico. *História, ciência e saúde*. [online]. v.9, n.1 p.61-78, jan. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702002000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 ago. 2002. ISSN 0104-5970.

GUIMARÃES, Reinaldo; LOURENCO, Ricardo ; COSAC, Silvana. A pesquisa em epidemiologia no Brasil. *Revista de Saúde Pública* [online], v.35, n.4, p.321-340. ago. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000400001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000400001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Agosto 2002. ISSN 0034-8910.

KALACHE, Alexandre; VERAS, Renato Peixoto; RAMOS, Luis Roberto. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista da Saúde Pública*, São Paulo, USP, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.



NERI, Anita Liberalesso; DEBERT, Guita Grin (orgs.). *Velhice e sociedade*. Campinas, SP: Papirus, 1999

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/pos/Ger/ger.htm>>. Acesso em: 28 ago. 2002.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUC-RS). Disponível em: <<http://www.pucrs.br>>. Acesso em: 28 ago. 2002.

PRADO, S. D. *A produção científica sobre envelhecimento humano no Brasil*. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2003. Projeto de tese.

PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERIATRIA E GERONTOLOGIA NO BRASIL do Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento (CRDE) da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI-UERJ). Disponível em: <[http://www.unati.uerj.br/crde/catalogo\\_crde/sumario1.htm](http://www.unati.uerj.br/crde/catalogo_crde/sumario1.htm)> Acesso em: 24 ago. 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA). Disponível em: <<http://www.prppg.ufba.br/mestrado/enfermagem/enfermagem.html>> Acesso em: 28 ago. 2002.

UNIVERSIDADE ABERTA DA TERCEIRA IDADE (UnATI-UERJ). Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br>> Acesso em: 3 set. 2002.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP). Disponível em: <<http://www.unicamp.br>>. Acesso em: 28 ago. 2002.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP a). Disponível em: <[http://www.prpg.unicamp.br/curso\\_stricto.html](http://www.prpg.unicamp.br/curso_stricto.html)>. Acesso em: 7 nov. 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). Disponível em: <<http://www.unifesp.br>>. Acesso em: 28 ago. 2002.

*ABSTRACT*

We describe Brazilian graduation programs in geriatrics and gerontology. Data was collected at the Reference and Documentation Center on Aging, at the Open University for Studies on the Elderly, a program of Rio de Janeiro State University, on homepages of Brazilian universities and of CAPES. From each program, data on knowledge area, concentration area, research lines, teaching staff, year of creation and evaluation was collected. We identified 19 specialization courses: 68.4% on geriatrics and gerontology, and the other ones concerned more specific themes, such as homecare, physical activities, and mental health. There are three graduation courses in gerontology and also three in medicine, education and nursery, whose concentration areas are geriatrics, gerontology and attention to the elderly, respectively. These are very recent courses, in the fields of health and humanities and, although some ranked high in CAPES's evaluations, the majority is still far from being high-ranked as well.

**KEYWORDS:** aging; elderly; graduation programs; specialization; mater's degree; ph.d. research; Brazil

Recebido para publicação em: 05/08/2003  
Aprovado em: 29/09/2003  
Correspondência para:  
Shirley Donizete Prado  
E-mail: pradosd@uerj.br

*Envelhecimento populacional e o meio ambiente: é possível uma relação harmônica?*

*Population aging and the environment: is it possible an harmonic relation?*

Islândia Maria Carvalho de Sousa<sup>1</sup>

Ana Paula de Oliveira Marques<sup>2</sup>

Adriana Falangola Benjamin Bezerra<sup>3</sup>

RESUMO

Abordamos neste artigo a relação do envelhecimento e o meio ambiente. Evidenciamos a necessidade de uma abordagem integral no cuidado com o idoso e com o planeta Terra, construindo um novo olhar. Discutimos a necessidade de avançarmos na solidariedade para transpormos os desafios impostos e podermos trilhar um novo caminho.

PALAVRAS-CHAVE: envelhecimento, meio-ambiente, desenvolvimento sustentável.

INTRODUÇÃO

A ação do homem sobre o meio ambiente tem tido várias consequências nocivas. O aquecimento global, o aumento do buraco na camada de ozônio, a diminuição das reservas de água doce e da biodiversidade, a extinção da fauna e da flora demonstram que não estamos sendo capazes de conviver em harmonia com a nossa casa (o planeta Terra).

O envelhecimento tem sido apontado como um dos fatores que agrava o desequilíbrio no meio ambiente, pois gera o aumento da população. Entretanto, a poluição do meio ambiente não é como se pensa, consequência direta do número de habitantes de um país. A poluição é consequência do modo de produção e vida da população muito mais que do seu número de habitantes (Vieira, 1998).

As políticas públicas implantadas ainda não foram capazes de promover um ambiente saudável, minimizando de forma efetiva esses problemas para quem vai envelhecer ou para quem envelheceu.

Um dos determinantes desse quadro é a ineficiência quanto à implementação de políticas públicas que visem na prática à integralidade, ou que atuem de forma integral. Esquecem que estamos inseridos em um meio ambiente e que a nossa relação com ele influenciará a nossa vida. As ações muitas vezes são pontuais e fragmentadas, e não consideram a complexidade e as inter-relações do homem com o meio ambiente.

Os acidentes químicos e radioativos, o uso desmedido de agrotóxicos e de organismos geneticamente modificados nos fragilizam a cada dia e aumentam os riscos de desastres ecológicos. Evidenciam também que as questões ambientais dizem respeito a todos, ultrapassam as barreiras sociais, econômicas, culturais e demográficas porque dizem respeito à vida no planeta Terra – casa de todos (Santos, 2000).

A Terra forma um todo frágil. A diversidade biológica, social e cultural representa a riqueza da Terra e a garantia de sua perenidade. A degradação constante de espaços naturais acarreta a destruição de certas culturas e até mesmo de povos inteiros. A industrialização, as queimadas e o desmatamento das florestas, a extração de minérios e as grandes barragens destroem a fauna, a flora e os homens (Vieira, 1997).

Segundo Ducan et all. (apud Pinheiro & Travassos, 1999), o contexto espacial exerce influência no comportamento humano. Levar em consideração essa dimensão é fator importante para a compreensão de situações e para a especificação de políticas de saúde. Isso porque os vários processos naturais podem manifestar-se de diferentes maneiras em diferentes locais.

Um estudo na cidade do Rio de Janeiro evidenciou que, em relação às desigualdades sociais, não apenas a condição econômica do idoso influenciava a sua chance de usar serviços de saúde, como também o local de sua residência, que atuou modificando o efeito das condições econômicas individuais nas chances de uso de serviços ( Pinheiro & Travassos, 1999).

Dados de um outro estudo também indicam que os fatores sociais são elementos importantes na vulnerabilidade de uma sociedade a desastres naturais ( Readclift, 1989).

Os problemas ambientais exigem cada vez mais uma leitura numa dimensão intersetorial (Jacobi, 1995). A atual política de desenvolvimento exacerbada os problemas ambientais que acompanham o esgotamento de recursos nos países em desenvolvimento. Os limites entre o social e o natural não estão claramente definidos (Readclift, 1989).

Acreditamos que esses limites não podem ser definidos, porque não existem. As questões ambientais estão implicadas e entrelaçadas com o nosso modo de ver e viver a vida.

Nesse sentido, a relação do envelhecimento com o meio ambiente é uma questão a ser discutida e cuidada. A maneira de envelhecer na atualidade está passando por transformações bruscas que se entrelaçam com questões ambientais.

### *ASPECTOS SOCIAIS E AMBIENTAIS DA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA*

De acordo com as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), entre os anos de 1950 e 2025, a população de idosos no Brasil crescerá 16 vezes e sua população total apenas 5 vezes (Cançado, 1994). Contudo, o que vemos são estruturas arquitetônicas inadequadas para um país que está envelhecendo. Estruturas públicas e privadas, meios de transporte coletivos, dentre outros equipamentos sociais, ainda não estão adequados para atender aos idosos que hoje os utilizam ou que irão utilizá-los

O envelhecimento no Brasil difere da realidade dos países desenvolvidos. No caso brasileiro, a transição demográfica tem ocorrido rapidamente, o que dificulta ainda mais essa adaptação. Ao mesmo tempo que necessitamos melhorar as políticas para os idosos, urge a necessidade de melhorar, adequar e fortalecer o nosso ambiente, o “nicho ecológico” de todos.

As mudanças necessárias para proporcionar melhores condições de vida para os idosos e conseqüentemente um ambiente mais saudável, mais harmônico, deve estimular participação dos atores envolvidos no processo. Porém, a Agenda 21 que discute estratégias de desenvolvimento para o Meio Ambiente, estabelecida na cidade do Rio de Janeiro em 1992 durante a Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e Desenvolvimento-Rio 92, não explicita a participação da população idosa como parceira. O que talvez demonstre como os idosos ainda são excluídos das discussões sociais. Muitas vezes os idosos não se articulam suficientemente para conquistarem este espaço, outras vezes, este espaço se fecha à participação do segmento idoso.

Ser idoso significa, na maioria das vezes, estar fora de vários lugares sociais. Um desses lugares é o relativo ao sistema produtivo. A saída do mercado de trabalho, do sistema produtivo, extremamente valorizado na nossa cultura, espalha-se criando barreiras impeditivas de participação nas outras tantas e diversas dimensões da vida social (Mercadante, 1996).

O envelhecimento, aspiração de qualquer sociedade, só representará uma conquista social quando for traduzido por uma melhor qualidade de vida (Schouler Junior & Ramos, 1994).

### *CONSTRUIR UM NOVO OLHAR, AVANÇAR COM SOLIDARIEDADE EM DIREÇÃO AOS DESAFIOS A SEREM ULTRAPASSADOS*

As dinâmicas populacionais, num mundo de escassez de recursos naturais e de adensamento habitacional, interferem diretamente nos comportamentos individuais e nos padrões de produção e consumo. Mas qual o verdadeiro vilão da depredação ambiental: crescimento populacional nos países pobres ou crescimento do consumo em países ricos (Ribemboim, 1997)? Muitos são os desafios a serem enfrentados. O olhar para o idoso deve ser uma reflexão sobre nós mesmos e a nossa relação com o meio ambiente.

A aceção que têm as coisas, como são valorizadas, é o fundamento da correta interpretação de tudo o que existe. Sem isso, corremos o risco de fazer uma interpretação "coisicista" de algo que é muito mais que

uma simples coisa, como os objetos da história (Santos, 2000); e com quem colaborou com a construção da história – o idoso.

O surgimento de novos modos de cognição, a busca de novos modos de vida (vida interior) e um foco humanista na interação entre a tecnologia e as necessidades sociais são dimensões pouco exploradas (Lazarte, 2000).

É necessário ultrapassar o modelo fragmentado que não consegue visualizar a complexidade da relação do envelhecimento e o meio ambiente. O meio ambiente deixa de fazer parte do meio do homem e passa a ser um produto de consumo, que tem seu preço e usa melhor quem pode pagar. Essa relação mercantilista com a natureza tem gerado danos, muitas vezes irreversíveis, que podem ser vistos a cada instante. A ação predatória do homem sobre a natureza tem modificado a estrutura natural da Terra. As mudanças produzidas em prol do desenvolvimento têm levado a um paradoxo. Em busca do conforto e do crescimento, temos aumentado o estresse, a ansiedade e os fatores que diminuem a qualidade de vida. Quase todas as sociedades estão enfermas. Produzem má qualidade de vida para todos, seres humanos e demais seres da natureza (Boff, 1999).

O avanço tecnológico ainda não resolveu problemas milenares como a fome e as epidemias. O fato é que a visão racionalista e mecanicista tem predominado em todas as dimensões da vida do ser humano, suprimindo outras maneiras de se verem as coisas. A visão racional e mercantil tem exacerbado o crescimento, gerando e aumentando os riscos. Problemas antes locais hoje são globais. Deveríamos então desprezar toda a tecnologia e retornar ao estado “natural”? Trata-se de mudar o tipo de desenvolvimento e não de impor “Limites ao Crescimento”. O novo desenvolvimento deve ser sustentável. Não existe desenvolvimento em si, mas sim uma sociedade que opta pelo desenvolvimento que quer e precisa. Deve-se falar de sociedade sustentável como indispensável para um desenvolvimento verdadeiramente integral (Boff, 1999).

Sustentável é a sociedade ou o planeta que produz o suficiente para si e para os seres dos ecossistemas onde ela se situa, que toma da natureza somente o que ela pode repor; que mostra um sentido de solidariedade generacional, ao preservar para as sociedades futuras os recursos naturais de que elas precisarão (Boff, 1999 p. 137).



O tema da mudança dos padrões de produção e consumo encontra-se, sobretudo, relacionado com a necessidade de redirecionamento dos padrões de produção e consumo per capita (Ribemboim, 1997).

O consumo responsável, a maneira de produzir o lixo, maior conscientização e solidariedade ao planeta Terra devem fazer parte de uma nova agenda a ser assumida por cada um de nós. Esses objetivos somente serão conquistados se forem assumidos por toda a população, salientando o envolvimento das instituições públicas e privadas.

Jacobi (1995) propõe que as pessoas pensem a questão ambiental e os problemas que as afetam na relação com os recursos escassos. Sendo assim, "a dimensão ambiental assume relevância civilizatória".

A história do homem sobre a Terra dispõe das condições objetivas, materiais e intelectuais, para superar o endeusamento do dinheiro e dos objetivos técnicos e enfrentar o começo de uma nova trajetória (Santos, 2000). O desafio existente é formular vínculos viáveis para a implementação de melhoramentos que sejam técnicos quanto socialmente eficientes. Isso pode vir a representar a superação de barreiras sócio-institucionais que sempre foram consideradas como um dado (Jacobi, 1999).

### *UM NOVO CAMINHO A SER TRILHADO*

A preservação do meio ambiente simboliza a preservação do homem. Somos e temos a mesma essência da Terra; dela tiramos todo o nosso sustento – o ar, a água, o alimento. Acreditamos que a mudança de percepção de mundo contribuirá de forma positiva na relação com o meio ambiente – um planeta Terra que produza qualidade de vida para todos os seres vivos.

É incontestável que os significados e as expressões simbólicas da qualidade de vida variam com a diferenciada visão de mundo e as diferenças entre culturas. A visão de mundo é a maneira como as pessoas olham o universo e formam uma consideração de valor acerca do mundo e de suas vidas (López, 1999).

Em um contexto onde o paradigma racional domina nossa visão de mundo, separamos e fragmentamos nosso universo, fortalecendo a dissociação entre nossas ações e o meio ambiente. Mas é possível mudar essa relação. Resgatar os fatores culturais que nos tornam seres mais naturais e em harmonia com o planeta. Resgatar nossa história e o nosso respeito pela vida. O idoso poderá ser agente ativo nesse processo, ele traz a experiência desse relacionamento. As práticas sociais necessitam trabalhar o potencial criador e o conhecimento acumulado do idoso, respeitando-o como cidadão e inserindo-o no planejamento das mesmas.

A construção interdisciplinar e a implantação de políticas onde estejam associados poder público e população envolvida é essencial para a integralidade, diante da complexidade que perpassa essa relação. Na prática, a sociedade deve mostrar-se capaz de assumir novos hábitos e de projetar um tipo de desenvolvimento que cultive o cuidado com o equilíbrio ecológico e funcione dentro dos limites impostos pela natureza. Oferecer um novo enfoque para o futuro comum. Não se trata simplesmente de não consumir, mas de consumir responsávelmente (Boff, 1999).

Essa mudança é um processo. Ela envolve o ser humano em várias dimensões. Para que se realize, é necessário permitir ao ser humano uma vida digna e um envelhecimento saudável.

O maior acesso à informação, especialmente dos grupos sociais excluídos, pode promover as mudanças comportamentais necessárias para possibilitar uma atuação mais orientada para o interesse geral. Cidadãos bem informados, ao assumirem enquanto atores relevantes, têm mais condições de pressionar autoridades e poluidores, bem como de se motivar para ações de co-responsabilidade e de participação comunitária (Jacobi, 1999), sendo importante estimular a população a utilizar também seus saberes e seus instrumentos de participação.

Face à complexidade dos desafios existentes no mundo, novas formas de consciência crítica surgem em todas as áreas de conhecimento. Esses desafios também demandam a participação mais efetiva dos profissionais nas transformações que as pessoas e o planeta como um todo requerem. Para que essa participação seja mais efetiva, é necessário ampliar

o foco das concepções teórico-filosóficas, bem como desenvolver novas perspectivas de sentido e de ação no mundo (Silva, 1997).

O conceito de interesse geral se fortalece na medida em que o tema da cidadania e a dimensão da educação para uma cidadania ativa são assumidos como aspectos determinantes na multiplicação de práticas participativas nos processos decisivos de interesse público (Jacobi, 1999).

Esse cuidado com o nicho ecológico só será efetivo se houver um processo coletivo de educação, em que a maioria participe, tenha acesso a informações e faça 'troca de saberes'. O saber popular contido nas tradições dos velhos, nas lendas e nas histórias dos índios, caboclos, negros mestiços, imigrantes, dos primeiros que aí viveram, confrontando e complementando com o saber crítico científico. Esses saberes revelam dimensões da realidade local e são portadores de verdade e de sentido profundo a ser decifrado e a ser incorporado por todos." (Boff, 1999 p. 139).

É importante percebermos que o idoso não é um acervo para ser consultado e preservado. É também um ser vivo que está inserido no processo de degradação e poderá ser co-autor na construção de uma nova relação de harmonia com o planeta Terra.

Respeitando a vida, nós, crianças, jovens, adultos e velhos, poderemos fazer da utopia nossa realidade.

De repente percebi que o que via não era um sonho,  
o planeta transbordava de alegria,  
nas ruas todos sorriam,  
a criança a abraçar o velho,  
os irmãos homens se abraçavam e os leões ao seu lado pastavam,  
e como gente, humana, ser vivente que sou entrei na festa e compartilhei do momento sagrado, o amor havia vencido.

## NOTAS

- <sup>1</sup> Enfermeira, Mestranda em Saúde Pública-ENSP-Fundação Oswaldo Cruz.  
E-mail: ismcs@hotmail.com
- <sup>2</sup> Professora Assistente do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco, Doutoranda em Nutrição em Saúde Pública – UFPE.  
E-mail: afalangola@uol.com.br
- <sup>3</sup> Professora Assistente do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco, Doutoranda em Nutrição em Saúde Pública – UFPE.  
Coordenadora do Projeto Pró-Idoso-UFPE.  
E-mail: marquesap@hotmail.com

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOFF, L. *Saber cuidar: Ética do humano, compaixão pela Terra*. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. 199p.

CANÇADO, F. X. *Noções práticas de Geriatria*. Belo Horizonte: Coopmed Editora/Health C. R., 1994. 75p.

CONFERÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE O MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO, 1992, Rio de Janeiro. *Anais...* Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1996. 585p.

JACOBI, P. Conflitos sociais e meio ambiente: desafios políticos e conceituais. In: SEMINÁRIO DE TRABALHO PROMOVIDO PELO PROJETO MEIO

AMBIENTE E DEMOCRACIA, 1995, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: IBASE, 1995. 151p

JACOBI, P. *Cidade e meio ambiente: percepções e práticas em São Paulo*. São Paulo: Anablume, 1999. 191p.

LAZARTE, L. Ecologia Cognitiva na sociedade da informação. *Ciência da Informação*, v. 29, n. 2, p. 41-31, maio/ago. 2000.

LOPEZ, A. L. *Comparando e interpretando a longa caminhada: maneira do idoso qualificar a vida*. 1999. 350p Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MERCADANTE, E. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 73-76.

PINHEIRO, R. S.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v.15, n.3, p. 487-496, jul./set. 1999.



READCLIFT, M. *Los conflictos del desarrollo y la crisis ambiental*. Trad. Juan José Utrilla. Fondo de Cultura Económica. México: Fondo de Cultura Económica. 1989. 255p.

RIBEMBOIM, J.(org). *Mudando os padrões de produção e consumo: textos para o século XXI*. Brasília: Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis, MMA. 1997. 147p

SANTOS, M. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2000. 180p.

SCHOULER JUNIOR, R.; RAMOS, L. R.; M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: PAPALÉO NETTO, M. *Fundamentos Clínica e Terapêutica*. São Paulo: Atheneu. 1994. p. 120-138.

SILVA, A. L. *Cuidado transdimensional: um paradigma emergente*. 1997. 177 f. Tese (Doutorado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

VIEIRA, L. *Cidadania e globalização*. Rio de Janeiro: Record, 1997. 150p. Parte II.

#### ABSTRACT

This article approaches the relation of the aging and the environment. It evidences the necessity of an integral care with aged and the earth planet. It argues the construction of a new look and the advance in solidarity to exceed the challenges taxes and let us tread can a new way.

KEYWORDS: aging; environment; sustainable-development

Recebido para publicação em: 09/06/2003

Aprovado em: 05/09/2003

Correspondência para:

Islândia Maria Carvalho de Sousa

Rua Dick, 05 – Jardim América

21240-800 – Rio de Janeiro, RJ

E-mail: ismcs@hotmail.com

## *Cuidados com idosos: percepção de idosos e de profissionais de saúde sobre maus tratos no espaço familiar\**

*Aging care: elder people and health professional perceptions about familiar damages*

José Marcos de Oliveira Cruz<sup>1</sup>

Maria Rosania Fontes<sup>2</sup>

José Marcelo de Jesus Santos<sup>3</sup>

Maria Stela de Albuquerque Araújo Bergo<sup>4</sup>

### RESUMO

A relevância das pesquisas com indivíduos que envelhecem tem se revelado especialmente nas denúncias quanto às situações vividas pelo idoso, direcionando políticas públicas voltadas para a inclusão social. Este estudo investigou as representações a respeito dos cuidados dispensados pela família para com a saúde do idoso, bem como aquelas percebidas por profissionais da área da saúde, quanto a este tipo de cuidados. Foram investigadas pessoas com idade acima de sessenta anos atendidas em unidades de saúde da cidade de Aracaju e profissionais de saúde que trabalhavam com esta clientela por ocasião da investigação. A pesquisa identificou negligências e descaso para com os idosos na família, na percepção de profissionais e dos próprios idosos: abandono, falta de atenção e carinho, exploração financeira, agressão verbal, além das omissões quanto aos cuidados com a saúde. Os relatos mostraram, ainda, que o convívio desses idosos com seus familiares é permeado de dificuldades, especialmente centradas no isolamento, indicando que as condições básicas de vida social, asseguradas por lei, são desrespeitadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** saúde do idoso; família e idoso; representação social do idoso

### INTRODUÇÃO

O estudo das condições que cercam o idoso tem merecido especial atenção nos últimos anos. Cuidados na área de saúde são de responsabilidade não apenas das instâncias dessa área, mas envolvem um contin-

gente de aspectos sociais na preservação da saúde coletiva como um todo. No envelhecimento, a responsabilidade pelos cuidados e com a prevenção de doenças recai de forma expressiva sobre as unidades de saúde mantidas pelos programas governamentais e sobre a família. Os fatores representacionais do descaso, a agressão, a depreciação ou ridicularização podem impedir cuidados adequados ao indivíduo que envelhece, tanto do ponto de vista do sujeito que envelhece, como de profissionais de saúde que os atendem. O presente estudo pretendeu levantar observações sobre situações de risco às quais estão submetidos os idosos, do ponto de vista de profissionais de saúde, bem como dos idosos usuários das unidades de saúde.

Os "maus-tratos", neste estudo conceituados como descaso, desrespeito, depreciação, ridicularização, além da agressão direta ou indireta propriamente dita, foram analisados nas entrevistas obtidas. Aqui, o conceito de "maus-tratos" cometidos contra os idosos refere-se à definição apresentada pela organização inglesa Ação para o Abuso de Idosos e adotada pela Rede Internacional de Prevenção à Violência contra os Idosos (Inpea, apud Machado e col.,2002; OMS, 1998). A Organização Mundial de Saúde considera abuso ao idoso qualquer ato isolado ou repetido, ou a ausência de ação apropriada ocorrendo em qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança que cause dano ou incômodo a uma pessoa idosa. Esta definição inclui: abuso físico: provocação de dor ou lesão; coerção física; restrição física ou química; abuso psicológico/emocional: imposição de angústia mental; abuso financeiro/material: exploração imprópria ou ilegal e/ou uso de fundos ou recursos; abuso sexual: contato não consensual de qualquer tipo com pessoa idosa; negligência: a recusa ou falha em cumprir obrigação de qualquer cuidado incluindo/excluindo esforço consciente e intencional de infligir dor física ou emocional na pessoa idosa (Machado e col.,2002).

## REFERENCIAL TEÓRICO

Ser velho, na sociedade ocidental, não confere ao indivíduo a devida respeitabilidade e nem o isenta de ser vítima de desprezo, depreciação e ridicularização (Both, 2001; Bergo,2002a e b). As possibilidades de vida plena durante o envelhecimento são cerceadas não somente pelas restri-

ções biológicas, mas as representações sociais da velhice também afetam as relações de poder e de auto-estima dos indivíduos que ultrapassam os limites etários estabelecidos como etapa produtiva de vida. Essas características têm sido estudadas também em Sergipe (Bergo, 2001;2002c; 2002d;2002e e 2002f), por meio de levantamentos e análises sobre as oportunidades educacionais oferecidas a essa clientela, no sentido dos esforços estabelecidos para integrar e incluir o idoso no âmbito acadêmico, como forma de diminuir a exclusão social das pessoas que envelhecem e dar substancial contribuição para incremento da percepção de valor nas representações sociais da velhice.

Mesmo considerando negligências e omissões quanto aos cuidados à saúde de idosos como condições de maus-tratos advindos tanto de seu ambiente familiar como social em geral, uma parcela importante deles têm assumido um papel preponderante na economia familiar como provedor principal dos recursos financeiros dos lares.

Por outro lado, a questão das representações sociais relativas ao objeto de estudo em questão são resultantes do processo comunicativo entre grupos sociais e como conhecimento compartilhado que resulta desse processo. Presume-se que emergem em grupos e sociedades em que as comunicações sociais constituam um fenômeno relevante (Monteiro, 1997). Além disso, implica a consideração de que a funcionalidade das representações na construção de identidades sociais é um processo contínuo de reconstrução de representações construídas nos diferentes grupos sociais e podem ser vistas como estruturais significantes, no sentido em que são funcionais na construção de identidades sociais (Monteiro, p.36).

Nessa perspectiva teórica, o objetivo geral desta pesquisa foi investigar a representação social a respeito do tratamento familiar e social recebido pelos idosos, na cidade de Aracaju. Buscou, ainda, identificar quais são as negligências e omissões quanto aos cuidados com a saúde de pessoas idosas mais freqüentes no ambiente familiar, bem como as condições a eles associados, tanto na perspectiva do indivíduo estudado, como também por profissionais da área da saúde. Tem como meta verificar o descaso e negligências contra o idoso por parte da família, verificando quais são os componentes de abuso, abandono, restrições ou recusas quanto aos cuidados, identificados pelos próprios idosos e analisar junto aos profissi-

onais da área de saúde, que atendem nos postos de saúde de Aracaju, as queixas mais comuns de maus-tratos praticados no âmbito familiar, contra os idosos.

## **METODOLOGIA**

### *Método*

Foram utilizados questionários semi-abertos, usando o gravador com consentimento. Os dados foram tratados por meio de análise qualitativa, além de terem sido quantificados e submetidos a critérios da análise de conteúdo com base na proposta de Bardin (1997).

### *Sujeitos*

Foram pesquisados 12 idosos com idade acima de 60 anos, escolhidos de ambientes familiar que eram usuários de serviços de saúde e que não tinham incapacidade mental. Destes, 6 foram do sexo masculino e 6 do sexo feminino. Os profissionais de saúde foram 8, sendo 3 médicos, 4 enfermeiros e 1 assistente social. No geral, foram realizadas 20 entrevistas, sendo 12 com idosos e 8 com profissionais de saúde.

Os entrevistados tiveram denominação específica. As idosas foram denominadas: IF1, IF2, IF3, IF4, IF5 e IF6. Os idosos : IM1, IM2, IM3, IM4, IM5 e IM6. Enquanto os profissionais de saúde foram designados : PS1, PS2, PS3, PS4, PS5, PS6, PS7, PS8.

### *Instrumentos*

Foram construídos e validados em fase preliminar (teste piloto) do presente trabalho, dois questionários: um para os idosos e outro para os profissionais de saúde. Ambos os questionários continham questões abertas e semi-abertas, que foram respondidas e gravadas com consentimento do sujeito.

### *Procedimentos*

A execução deste estudo se deu em quatro Unidades de Saúde, situadas em localidades diferentes, além de cumprir o requisito de atender e/ou manter grupo de idosos participantes de programas específicos. Com a anuência dos diretores das unidades, os participantes foram contatados e as entrevistas foram agendadas.

## RESULTADOS

O presente estudo revelou que os idosos entrevistados possuem um baixo índice de escolaridade, tendo cursado, na sua maioria, apenas as primeiras séries do ensino fundamental. São pessoas de baixa renda que vivem do benefício da aposentadoria, mesmo assim, na maioria das vezes, esta é a única ou a principal fonte de renda e sustentação da família da qual o idoso faz parte. Apresentam duas ou mais doenças crônicas tais como: hipertensão, diabete e problemas cardíacos, etc. A maioria tem entre 60 a 65 anos. Boa parte dos entrevistados tem moradia própria e seus parentes moram com eles. Uma parte destas pessoas ainda vive com seus companheiros(as), embora vários sejam separados ou viúvos. Tais dados são mostrados com mais detalhes na tabela 1.

TABELA 1:  
PERFIL DOS IDOSOS ENTREVISTADOS

Perfil dos Idosos pesquisados			
Categorias		Fr	%
Idade	60 – 65	07	58,3
	66 – 70	04	33,3
	71 – 75	01	8,33
Estado de saúde	Doente crônico	12	100,00
	Não sofre doença	0	00,00
Sexo	Masculino	06	50,00
	Feminino	06	50,00
Atividade profissional	Aposentado	10	83,3
	Não aposentado	02	16,6
Escolaridade	Analfabeto	02	16,6
	Ensino fundamental	10	83,3
Estado civil	Casado	05	41,6
	Separado	05	41,6
	Viúvo	02	16,6
Renda familiar em salário mínimo	1 – 3	10	83,3
	4 – 6	02	16,6

Os profissionais de saúde entrevistados foram de três áreas: medicina, enfermagem e social. Estes profissionais já são formados há vários anos, tendo um tempo de atuação que varia de 4 a 20 anos, desenvolvem-

do trabalho nas mais diversas áreas da saúde. São profissionais que, na sua maioria, atuam em unidades de saúde, além de fazerem parte do Programa de Saúde na Família (PSF). A tabela 2 demonstra as características desses entrevistados.

TABELA 2  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Perfil dos profissionais de saúde			
Categorias		Fr	%
Profissão	Enfermeira	4	50,0
	Médica	3	37,5
	Serviço Social	1	12,5
Tempo de trabalho em anos	I - 10	4	50,0
	II - 20	4	50,0
Onde atua	Não especificou	3	37,5
	PSF	5	62,5

### REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS IDOSOS

As representações sociais no âmbito das relações familiares, nos contatos sociais com amigos e vizinhos, bem como nos atendimentos prestados a eles nas unidades de saúde são: (a) quanto à família; (b) quanto à saúde

#### (a) Quanto à família

A partir das respostas dos idosos estudados, foi destacado, conforme apresentado na tabela 3, que uma parcela importante das respostas dos entrevistados informam que eles se sentem desprezados e sem atenção, que não fazem nenhum tipo de passeio com seus parentes, que têm convivência difícil, que se sentem abandonados ou esquecidos e que consideram o tratamento que recebe dos parentes como sendo ruim. IM6 relata sua sensação de abandono: "Eles não se reúnem comigo. Eu nunca me achei no meio deles. Não posso nem dizer como eu me sinto no meio deles" e sobre o tratamento recebido "muitas famílias estão tratando os idosos assim como uma coisa (...) muitos filhos passam os idosos para um asilo, paga outra pessoa que não quer ter trabalho com aquele idoso". Informam, ainda a intenção de seus parentes em querer interná-los em asilos: "já quiseram me botar. Eu fui que fiz, não eu não estou em condições ainda não. Estou assim inválido sem poder trabalhar, sem poder fazer nada na vida, mas ainda não estou caducando não, para vocês fazerem de mim o que quiser".

TABELA 3  
PERCEPÇÃO DOS IDOSOS QUANTO AOS CUIDADOS RECEBIDOS  
DA FAMÍLIA

Categorias	Fr	%
Ingratidão	04	4,65
Desprezo ou falta de atenção	12	13,95
Dar atenção ou carinho	03	3,48
Sou respeitado	04	4,65
Não sou respeitado	03	3,48
Faz passeio com parentes	01	1,16
Não faz passeio ou atividade com parentes	11	12,79
Não faz quase nada em casa	05	5,81
Faz quase tudo em casa	07	8,13
Dificuldade de convivência com familiares	09	10,46
Sinto-me feliz com meus familiares	2	2,32
Sinto-me abandonado ou esquecido	09	10,46
Não me ajudam	04	4,65
Não sou bem tratado	07	8,13
Sou bem tratado	04	4,65
São pessoas desonestas	01	1,16
Total	86	99,89

Sensação de exclusão e abandono também foram relatadas por IM3 que enfatizou: *"Minha família me abandonou"*. Por IF1 que de forma semelhante confirma estes sentimentos: *"ninguém se comunica comigo em nada. Faz de conta que eu sou um lixo, um lixo assim que se joga fora e ponto"*. Neste mesmo sentido, IF5 falou: *"... não me ajudam e faz de conta que eu não sou nem mãe"*. Por fim, IF4 retrata sua sensação de exclusão dizendo: *"... sou uma dessas que é excluída (...) todo dia eu digo ao menino, eu só fui mãe para botar no mundo e para educar, pronto, para nada mais"*. IF5 relatou: *"Eu digo é porque eu sou velha e eles são novo. Eles não querem andar comigo porque eu sou velha, faz vergonha a eles"*. De forma parecida, IF2 disse: *"a pessoa nunca liga o idoso, tem gente que não liga o idoso, porque dizem é velho, não sabe conversar"*, demonstrando um certo sentimento de rejeição e discriminação à condição do idoso, percebido por eles tanto no meio familiar como no social. As palavras da IF1 expressam essa representação: *"a minha família acha que eu não sou nada, para eles eu sou sozinha no meio do mundo"*. O relato que se segue do IM3 mostra a forma

mais extremada de abandono por parte da família e o desespero do idoso, "minha família me abandonou. Eu que lavo e passo a minha roupa, faço a minha comida, forro minha cama, tomo meu banho, costuro alguma roupa. (...) e tenho que andar devagar para não tomar "carão". Lá eu sou pior que um estranho (...) o que me deixa desgostoso. Tem dia que penso até em me enfocar, já pensei diversas vezes em me enfocar, já guardei até chumbinho para tomar, mas não tomei. Minha vida é meio triste. Já parei de fumar umas dez vezes, mas volto. Fico pensando que quando eu tiver sem poder me levantar quem é que vai fazer uma comida, um chá para mim? Quem vai lavar minha roupa? Vivo sozinho. Ninguém me ajuda, nem um filho".

(b) Quanto à Saúde

A Tabela 4 mostra a percepção dos idosos entrevistados a respeito de seu estado de saúde frente ao atendimento prestado nas unidades de saúde e aos cuidados dados pelos familiares, levando em conta que todos os idosos entrevistados têm alguma doença crônica.

TABELA 4  
 COMO O IDOSO PERCEBE SEU ESTADO DE SAÚDE FRENTE AO  
 ATENDIMENTO PRESTADO NAS UNIDADES DE SAÚDE E AOS  
 CUIDADOS DADOS PELOS FAMILIARES

Categorias	Fr	%
Doenças crônicas	12	17,14
Problema de nervo	02	2,85
Tomar remédio controlado	05	7,14
Já fez cirurgia	09	12,85
Não fez cirurgia	03	4,28
Teve conseqüências das cirurgias	03	4,28
Não teve conseqüências das cirurgias	09	12,85
Atendido por vários profissionais de saúde	03	4,28
São bem tratados pelos profissionais de saúde	10	14,68
Já foram mal atendidos pelos profissionais de saúde	02	2,85
Familiares demonstram cuidados quanto à saúde do idoso	04	5,71
Familiares não demonstram cuidados quanto à saúde do idoso	08	11,42
Total	58	100,0

Quanto ao tratamento recebido pelos profissionais de saúde, a maioria diz ser bem tratada por eles. Já o tratamento prestado pela família, foi considerado pelos idosos como sendo insuficiente (por mais da metade dos idosos).

Vários idosos relatam um convívio conflituoso com seus parentes, o que contribui, segundo eles, para prolongar ou piorar seu estado de saúde, no sentido de que os conflitos vividos em casa “é que descontrolam a pressão arterial e os deixam mais nervosos e angustiados”. Neste sentido, IM2 nos deu o seguinte depoimento: “*Tem hora que a gente fica assim, um pouco contrariado (...) a gente se descontrola porque às vezes a pessoa recebe palavras que não é para escutar e a mente da gente já viu... me agito um pouco e a pressão sobe*”. Ainda neste sentido, o relato da IF2 ilustra bem o sentimento angústia que carrega: “*a minha filha não ta com anda, a minha filha que me trata como se eu fosse uma à-toa. Com ela eu me sinto desgostosa (...) eu falo para ela: você podia entender que eu tomo essa insulina, não posso ter raiva, não posso ter contrariedade, mas você procura me contrariar*”.

Os cuidados prestados na unidade de saúde aos idosos, são vistos como bons, embora não tenham um atendimento que os priorize. IM6 no seu relato disse que considera que o atendimento era bom: “*Porque que não fosse isso, eu também não existia porque já tive várias vezes internado (...) o ano passado eu fiquei livre, graças a Deus, até hoje! Graças à medicina*”. Em outro relato IF5 disse: “*todos os médicos toda vida me deu atenção. Qualquer coisa que eu tiver aqui, a agente de saúde vai lá (posto de saúde) e eles vem bater na minha porta*”. IF6 tem uma boa impressão dos atendimentos que recebe; com relação a isso ela disse: “*aqui (no posto) eles tratam bem, dão aquela palestra bonita que eu gosto*”.

Apesar da presente satisfação quanto ao atendimento prestados nos postos de saúde, tivemos relatos de alguns idosos de que, algumas vezes, foram tratados com desrespeito. Como pode ser observado na fala de IM6 que deu o seguinte depoimento: “*estava internado, o médico vinha não me examinava nem nada e era para eu fazer o exame (...) Ai, eu lembrei a ele. Pra que eu fui lembrar! Ai, ele ficou bravo comigo*”. No relato de IF1: “*... o Dr. I. (...) a gente chega lá ele não dá um bom dia, aí a gente logo repara (...) Ele é muito do ignorante. Ele me desculpe, mas é*”. IF4 reclamou do conflito de orientação dada pelos médicos, a respeito do medicamento: “*a Doutora*

disse, a senhora vai parar os remédios dele (outro médico) e vai tomar os meus. Ai, eu digo doutora, e como é que fica? Doutora, o da senhora é de Diabetes, o dele é de pressão. Ai, eu voltei e contei, doutor, a doutora mandou parar o seu e tomar o dela. Ai, ele disse: a senhora vai parar o dela e tomar os meus. Ai, eu digo. É melhor dar as caixas ou jogar?. Eu não tomo de nenhum! Ou! Como é que vai ficar nisso?!” IM3 disse ter sido desrespeitado na fila de espera do atendimento no posto de saúde: “eu mesmo estava na fila desde 8h:30min., esperando a minha vez para ser atendido, quando chegou a minha vez foi necessário colocar uma moça na minha frente”.

Quanto aos cuidados familiares, percebem ser negligenciados e abandonados pelos mesmos: IF2 relata sobre da falta de alguém que possa lhe dar uma assistência para ser operada: “era para eu me operar, mas como eu posso me operar sem ter quem cuide de mim, quem fique comigo (...) não tenho ninguém para fazer um mingau nem nada” (...) não posso dizer que tenho apoio da minha família (...) Minha família é nada, me jogou no hospital; quando eu melhorei eu vim para cá”. No relato de IF1: “me tratam com ignorância, só não vem em cima de me porque sou mulher e meto o cacete, lasco mesmo. Se eu fizesse molinha até apanhado eu tinha”. Há caso também em que o idoso reconhece que ele não é só a vítima dos maus-tratos, mas percebe-se também como causador. O IM1 ao contar sua história de alcoolismo diz: “eu bebia muito, judiava muito, maltratei muito minha mulher e meus familiares, sendo assim, não podia ter um retorno bom”<sup>14</sup>.

## REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE À SITUAÇÃO DOS IDOSOS

### (a) Quanto à família

A tabela 5 mostra como os profissionais de saúde percebem o relacionamento do idoso como seus familiares.

Para os profissionais de saúde, muitos idosos são maltratados, abandonados, descuidados em relação à saúde desses pacientes, bem como agredidos verbalmente pelos seus familiares. Neste sentido, o relato do PS4 fala da sua percepção a respeito de como a agressão ocorre no meio familiar: “a agressão eu acredito que não seja só a agressão física. Você agride muito mais com a ausência. Verbalmente (...) são os maus-tratos crônicos pela

TABELA 5  
COMO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PERCEBEM O RELACIONAMENTO DO IDOSO COMO SEUS FAMILIARES

Categorias	Fr	%
Carentes financeiramente	11	14,6
Explorados financeiramente	05	6,6
Carentes afetivamente	18	24,0
São maltratados	24	32,0
Os familiares como agressores	07	9,3
Dependentes da família	01	1,3
São sobrecarregados nas tarefas de casa	04	5,3
São referências na família	02	2,6
Falta de preparo dos familiares para cuidar do idosos	03	4,0
Total	75	100,0

*família, na ordem do banho, da alimentação, maus-tratos morais, dizendo liberdades com eles, dizendo que ele não faz nada”.*

Reforçando esta idéia, o PS3 relatou como ocorre o abandono: “se dá desde esta parte física de você abandonar e não tratar o corpo dele, já que ele não pode se cuidar sozinho, como a parte psicológica”. A estes tipos de negligências o PS6 vai chamar de “maus-tratos crônico, de convívio(...) Os maus-tratos que eu chamo crônico é o do convívio deles do dia-a-dia mesmo; como deixar de dar banho, dar almoço fora do horário”. Ratificando este depoimento, PS4 supõem que os maus-tratos e negligência tendem a aumentar, se “for acamado ou se tiver algum déficit, pior ainda. Aí são maltratados mesmo, já que não se têm cuidados higiênicos, nem com sua alimentação”; segundo este entrevistado, isto se dá porque “geralmente quando eles chegam nesta faixa etária são esquecidos pela família, são maltratados, se tornam um estorvo em casa, por tudo isso, sendo assim, quem tem dinheiro isola, bota num asilo ou numa instituição e quem não têm dinheiro, isola dentro de casa mesmo”.

A carência afetiva é outra questão levantada pelos profissionais entrevistados. Segundo eles, os idosos são percebidos como sendo pessoas carentes de atenção, carinho e afeto, além de serem tristes e se sentirem solitárias: “*uma pessoa muito carente, e muito carente na parte dos seus sentimentos, das suas emoções (...) ele é um carente emocional acima de tudo*” (PS6).

Além das carências afetivas também a precária situação financeira é citada pelos profissionais de saúde, visto que esses pacientes idosos são pessoas de baixa renda, sendo, em muitos casos, a única pessoa com fonte de renda na família. PS3 nos mostra a seguinte situação: *“são pessoas que sustentam a família, pois em muitos casos a aposentadoria é a única fonte de renda na família, sendo assim o idoso é explorado, o dinheiro que poderia ser usado para comprar alimento para ele é usado pra outras coisas”*. PS7 expressa a questão do abuso financeiro, em que o idoso não usufrui o seu dinheiro, pois segundo ele: *“a família recebe e gasta em outra coisa, e ela fica na necessidade”*. De forma bem parecida o PS8 vai dizer que: *“existe o aproveitamento. Os parentes que ficam cuidando dos idosos pra tomar conta da aposentadoria dele”*.

Um dado que merece destaque é o fato dos profissionais de saúde perceberem os familiares, incluindo filhos e netos, como sendo os principais causadores de maus-tratos, abuso e abandono contra o idoso. PS3 verbalizou o seguinte: *“são os familiares, com certeza, porque o próprio abandono já é uma agressão, porque todo o contato familiar, o vínculo de família que deve permanecer até os dias de vida”*. PS2 diz que: *“são os ausentes geralmente a maior parte é de filhos (...) normalmente, o abandono familiar mexe muito com qualquer pessoa”*.

Relatos diversos enfatizaram que os idosos são sobrecarregados nas atividades domésticas, pois são designados a realizar tarefas que vão desde os serviços do lar até os cuidados com netos. Com relação a esta questão, PS3 mostra: *“as filhas precisam trabalhar e como não tem com quem deixar seus filhos encubem suas mães para assumir tal responsabilidade”*. Para ele, o idoso é: *“obrigado a tomar conta destas crianças”*. PS5 diz que: *“para lidar com o idoso tem que ter muita paciência tem que se dedicar, pois ele requer muita atenção(...) Nem todo mundo está preparado para dá esta atenção que ele precisa tanto. Principalmente os familiares que é quem convive direto com ele”*.

#### *(b) Quanto ao atendimento em saúde*

Os relatos dos oito profissionais da saúde informam que a população idosa assistida nas unidades de saúde apresenta patologias crônicas, tais como: diabetes, hipertensão, problemas cardíacos, reumatismos entre outras enfermidades que são mais comuns entre os idosos, requerendo

acompanhamento, orientação e monitoramento constante por parte dos serviços de saúde, já que se trata de enfermidades que não têm cura, mas que podem e devem ser mantidas sobre controle. Mas, o relato de PSI ilustra o tipo de atendimento que é destinado aos idosos nas unidades de saúde: *“O tratamento que existe é aquele que o idoso chega na fila e tem preferência, com mais de 60 anos (...) não existe uma atenção priorizada para o idoso a não ser pelo já falado, independente a gente atende; agora dependendo das condições físicas a gente acelera o atendimento e prioriza o que ele precisa”*.

Muitos dos profissionais de saúde relataram perceber os idosos como sendo pessoas poliqueixosas e somatizadoras. Pessoas que reclamam excessivamente de dores pelo corpo, ou ainda que desenvolvem doença por conta de problemas emocionais. Vejamos o que diz relato PS6 a este respeito: *“uma queixa principal desta clientela são dores no corpo todo, que é como eles dizem: o reumatismo dos velhos, só que não é verdade, é a somatização dos sentimentos deles da tristeza, da angústia, a própria pressão alta é uma somatização de emoções presas, de raivas, de se sentir impotentes”*. Reforçando esta mesma idéia, mas enfocando a idéia da necessidade que o idoso teria de chamar a atenção, o PS4 vai dizer: *“o idoso já costuma somatizar, pois às vezes ele quer chamar a atenção através de patologias”*. Sendo assim, o PS3 expressa que isto só acontece porque o idoso não tem com quem conversar, desta forma ele: *“vem pra unidade é mais procurando alguém pra conversar do que doença às vezes procura apoio amigo pra conversa e a doença fica em segundo plano”*. O PSI ratifica esta informação declarando que o idoso: *“procura a gente pra conversar, quer ajuda, quer participar. Ia se sentindo isolado aí procura a unidade de saúde por toda essas coisas”*.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os relatos feitos pelos idosos indicam que eles vivenciam sentimentos de descaso frente aos cuidados e tratamento que seus familiares poderiam lhes prestar. Sentimentos negativos, como raiva e revolta com relação à família foram evidentes.

Importante parcela das pessoas entrevistadas alegou ser ruim o tratamento que recebe de seus familiares; muitos afirmam que são desres-

peitados, abandonados, isolados, enfim são esquecidos pela família. Declarações deste tipo ilustram bem o sentimento de revolta evidenciado nos discursos dos idosos com relação a seus parentes. Estes relatos nos fazem supor que a percepção do idoso é de que seus parentes não lhes dão atenção ou carinho. Chegam a perceber algumas atitudes de descaso como conseqüência de seus atos anteriores, como o caso da bebida, reivindicando para si uma culpabilidade duvidosa, no sentido de isentar os familiares de maiores responsabilidades sobre os maus-tratos.

Para eles, seus parentes os percebem como sendo pessoas sem muito valor, sem importância para as realizações sociais e familiares. Isso por sua vez, os fazem se sentir rejeitados. Mostraram que os idosos estão demonstrando um elevado índice de reprovação para a forma como a sua família e sociedade os tratam, conscientes da condição que estão vivenciando, embora não se tenha observado qualquer esforço para se organizar, em seus grupos de idosos ou de saúde que freqüentam, e construir caminhos para melhorar tais condições adversas impostas.

Relatos diversos evidenciam situação de impotência do idoso e a condição de negligência à qual eles estão sujeitos.

Nas entrevistas com doentes crônicos, ficou constatado que sua necessidade de cuidado e atenção especial com dietas específicas, bem como medicação no momento certo. Entretanto, há relatos de idosos mostrando que são entregues à própria sorte pelos familiares e tendo que se autocuidar; trata-se de situação delicada e que deve ser abordada com a devida atenção quando os idosos apresentam limitações de natureza motora ou cognitiva. Essa condição é resumida em termos das palavras explicitadas por um profissional de saúde (PS4): *“eu vejo os idosos como pessoas revoltadas, amargas, cansadas até da própria vida”*.

Foi relevante a freqüência com que foram utilizadas palavras como “ausentes”, por parte dos profissionais de saúde, no lugar de agressores, ou seja, palavras que talvez não pareçam tão “fortes”, podendo ser um demonstrativo de que ainda não se tem a plena noção de que o idoso sofre maus-tratos quando é negligenciada a atenção de que necessita.

As declarações dadas pelos profissionais de saúde revelam que, possivelmente, os serviços de saúde pública ainda não promovem um atendimento digno aos idosos, embora se perceba certo avanço nos serviços oferecidos nas suas unidades de saúde, uma vez que o idoso que chega até estas unidades sem atendimento preferencial. Eles participam do acolhimento como qualquer outra pessoa, tendo um atendimento priorizado a depender de sua necessidade.

A vinculação do agente de saúde à equipe do PSF evidencia, nos relatos, ser uma parceria que está dando certo nas comunidades que vêm sendo assistidas por eles. O Programa de Saúde da Família, embora não atenda especificamente o idoso, mas sim à família como um todo, tem tido sucesso, segundo os relatos obtidos, especialmente na representação que o idoso tem desse atendimento à sua saúde.

Dado o exposto, o avanço desse programa tem permitido aos idosos, como também à família, um atendimento mais rápido e eficaz, já que há, por parte da equipe de saúde um controle maior do estado de saúde e de doença do cidadão, por meio da visita domiciliar e acompanhamento do tratamento, agendamento de consulta, reunião em grupo de idosos, dentre outros serviços. Entretanto, verifica-se ainda, a necessidade de um programa direcionado ao idoso, como aponta os próprios profissionais. O testemunho do PS4 revela esta carência: *“a geriatria não é uma área que me agrada muito, porque você tem que ter muita paciência, disponibilidade de tempo tem que gostar mesmo da geriatria, mas eu tento fazer o possível para atender o idoso.”*

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados permitiu considerar a possibilidade de que as situações de maus tratos com o idoso são mais freqüentes quando estes são doentes crônicos, convivem com muitos parentes, são detentores da única fonte de renda familiar e quando não têm uma vida ativa. Foram evidenciados o abandono, o isolamento, a negligência, a exploração financeira e a agressão verbal, até a falta de carinho e atenção, especialmente quanto aos cuidados com a saúde do idoso, o que lhes proporciona, segundo análise dos relatos obtidos, revolta, depressão, desgosto e amargura.

A família como base estrutural e social é, entretanto, produto de uma representação social excludente quanto ao idoso, e como tal, tem negligenciado e criado condições propícias para levar o idoso a condições de risco por omissões, descaso, negligência, especialmente quanto aos cuidados com a saúde, eximindo-se de estimular o idoso a viver, numa violência ao conceito de cidadania. Nesse sentido, na definição de "cidadão", deve-se analisar o papel de construção social de indivíduos, de seres humanos, onde a qualidade política de cada um desses indivíduos, que marca a qualidade política da sociedade, é aqui conceituada. Como defendem Monteiro (1997), dentre inúmeros autores que defendem a construção social da exclusão, a sociedade não é composta de indivíduos, mas o que a constitui é o sistema de suas relações sociais, onde convivem seus indivíduos. Nessa perspectiva, considera-se a importância da formação do ser humano pela e na sociedade, "histórica e socialmente determinados". É relevante, nessa concepção de construção da representação social do idoso, como questão de cidadania, considerar seu viés sociológico, onde apura-se também no plano dos fatos que compõem (e afetam) a vida dos seres humanos. Assim, importa também verificar a cidadania efetivamente percebida pelos segmentos sociais estudados, pois, para além das teorias e normas, está a vida de cada indivíduo que constitui a sociedade.

Este estudo revela a existência de idosos que relatam situações de isolamento, abandono, exploração, agressão verbal, descaso e negligência por parte de seus familiares. É fundamental destacar a gravidade dessa situação quando os idosos padecem de limitações motoras ou cognitivas. Também é necessário enfatizar as situações em que idosos são detentores da única fonte de renda familiar.

A família, como base estrutural e social, foi apresentada por idosos como geradora de maus tratos, colocando-os em condições de risco especialmente quanto aos cuidados com a saúde, o que se constitui numa violência à cidadania. Os profissionais de saúde fazem relatos que sugerem a confirmação de violência no espaço familiar. Os serviços de saúde também foram apontados por idosos como fontes de maus tratos.

Na perspectiva dos profissionais de saúde, o tratamento e atendimento preventivo, de cunho educativo podem ser feitos nas comunidades, principalmente as mais carentes, com o objetivo incrementar ações

educativas à família. Programas nesse sentido podem ser sugeridos, centrados, principalmente, nas ações dos agentes de saúde, como também por médicos e enfermeiras que fazem parte do PSF, nos momentos das visitas domiciliares, com a colaboração do profissional de psicologia, que deveria fazer parte da equipe para esse tipo de atendimento, talvez como extensão do PSF - Programa de Saúde na Família, uma vez que atua nas comunidades mais carentes, em Aracaju.

## NOTAS

- (\*) Trabalho originado de pesquisa desenvolvida pelo "Grupo de Estudos sobre o portador e deficiência, a educação especial e o idoso", sob orientação da Profª Maria Stela de Albuquerque Araújo Bergo – Centro de Educação e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia, da Universidade Federal de Sergipe. Apoio: CNPq – processo 475472/2001-2.
- <sup>1</sup> Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Sergipe – Departamento de Psicologia. Pesquisador auxiliar do "Grupo de Estudos sobre o portador de deficiência, a educação especial e o idoso".
- <sup>2</sup> Aluno do curso de graduação em Psicologia, Universidade Federal de Sergipe – Departamento de Psicologia.
- <sup>3</sup> Aluna do curso de graduação em Psicologia, Universidade Federal de Sergipe – Departamento de Psicologia.
- <sup>4</sup> Psicóloga, Mestre em Ciências da Motricidade pela UNESP-SP, Doutora em Educação pela USP-SP, Professora e Pesquisadora do Centro de Educação e Ciências Humanas – Departamento de Psicologia, da Universidade Federal de Sergipe.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTHUSSER, Louis. *Posições I*. Trad. Carlos Nelson Coutinho et alli. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. 2ª ed. Lisboa: Editora 70, 1997.

BERGO, M. S. A. A., SANTOS, E. B. M., ARAGÃO, L. B., ALMEIDA, L. V., CARVALHO, M. M. B. Idosos e a renovação do estudar: universidade para a terceira idade. *Revista do Mestrado em Educação da Universidade Federal de Sergipe*. NPGED/UFS, v.1, n.4, p.119 - 130, 2002a.

BERGO, M. S. A. A., ARAGÃO, L. B., SANTOS, E. B. M., ALMEIDA, L. V., CARVALHO, M. M. B. Apoio aos Idosos para a reinserção na Educação. In: CONGRESSO BRASILEIRO PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, I. *Anais...* São Paulo: Fórum de Entidades Nacionais da Psicologia Brasileira, 2002b.

BERGO, M. S. A. A., CUNHA, E. F. C., SANTOS, E. B. M., CARVALHO, M. M. B., CRUZ, J. M. O., ARAGÃO, L. B., GOMES, L. O idoso e sua relação com a informática. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 4. Resumos... Aracaju: UFS, 2002c. p.359 – 359.

BERGO, M.S.A.A. A Educação e o idoso: perspectivas para novas aprendizagens. In: ENCONTRO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA UFPI, 2. Anais... Teresina: EDUFPI, 2002d.

BERGO, M. S. A. A., CUNHA, E. F. C., SANTOS, E. B. M., ARAGÃO, L. B., CARVALHO, M. M. B., GOMES, L., CRUZ, J. M. O., ANDRADE, C. Alfabetização de mulheres com a utilização do computador. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 4. Resumos... Aracaju: UFS, 2002e. p.362 – 362

BERGO, M. S. A. A., ANDRADE, C., GOMES, L., CARVALHO, M. M. B., CRUZ, J. M. O., CUNHA, E. F. C., SANTOS, E. B. M. Incentivo a reinserção do idoso na educação. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 4. Resumos... Aracaju: UFS, 2002f. p.361 – 362.

BERGO, M. S. A. A., CUNHA, E. F. C., SAMPAIO, C. S., ALMEIDA, L. V., SILVA, A. S., SOUSA, C. T. Idosos: proposta e possível público-alvo para Universidade da Terceira Idade. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO, 1. Anais... Cianorte, PR: Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2001. p.1712 – 1716.

BOTH, Agostinho. *Gerontologia: educação e longevidade*. Passo Fundo: Imperial, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *O idoso no mundo*: Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/home.html>>. Acesso em : 30 ago. 2002.

JORDÃO NETO, Antonio. *Gerontologia básica*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

LEAL, A. A.; MONTEIRO, R. A. S.; BANDEIRA, K. M. B. *A terceira idade: da rejeição familiar à procura de um novo lar*. Belém: Universidade da Amazônia, 1998. p. 34. Disponível em : <<http://www.ufba.br/~conpsi/conpsi1999/P150.html>>. Acesso em: 24 jul. 2002.

MACHADO L.; GOMES R.; XAVIER E. Meninos do passado: eles não sabiam o que os esperava. *Revista Insight Inteligência*, ano IV, n. 15, 2001. Disponível em: <<http://www.insightnet.com.br/inteligencia/num15/m0315.htm>>. Acesso em: 24 jul. 2002.

MONTEIRO, M. B. *Cada cabeça sua sentença*. Oeiras, PT: Celta, 1997.

NERI, Anita Liberalesso (org.) *Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida*. Campinas, SP: Papirus, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Resolução CE 122.R9, 1998*. Saúde das pessoas idosas. S.n t.

VELOZ, Maria Cristina Triguero; NASCIMENTO-SCHULZE, Clélia Maria; CAMARGO, Brígido Vizeu. Representações sociais do envelhecimento. *Psicol. Reflex. Crit.*, v.12, n.2, p.479-501, 1999. ISSN 0102-7972.

*ABSTRACT*

This study aims to verify elder social perceptions about family carelessness and representations related by health public professionals concerning attention to elder people. Twelve senior citizens over sixty, that lives and do cared of in health units in Aracaju city (Sergipe State, Brasil) and eight professionals of public health were investigated. The study identified carelessness and neglects to elder by families, financial explorations, verbal aggression, isolation and other neglects, according both professional and senior citizens interviewed. The investigations concludes that basic conditions warranted by law about social life of those peoples is not respected.

KEYWORDS: elder health care; senior citizens family; elder social representation

Recebido para publicação em: 03/06/2003

Aprovado em: 24/09/2003

Correspondência para:

Maria Stela de Albuquerque Araújo Bergo (orientadora)

Universidade Federal de Sergipe – Departamento de Psicologia

Campus Universitário Prof. Aloísio de Campos

São Cristóvão, SE – CEP 49100-000

E-mail: [stebergo@infonet.com.br](mailto:stebergo@infonet.com.br)

*Gerontologia e os pressupostos de Edgar Morin \**  
*Gerontology and the Edgar Morin presuppositions*

Silvana Sidney Costa Santos<sup>1</sup>

RESUMO

Este artigo de revisão bibliográfica teve por objetivo perceber a Gerontologia quanto ao conceito, classificação e objeto de trabalho, a partir dos pressupostos de Edgar Morin e a Teoria da Complexidade. Aqui reflito sobre a Gerontologia: a Geriatria e a Gerontologia Social; analiso o seu objeto de trabalho: o envelhecimento, o idoso e a velhice. Esta reflexão se faz a partir da Complexidade de Edgar Morin, em que a relação todo e partes não fecha os conceitos, mas os correlaciona, considerando que o envelhecimento é um processo, o idoso é um ser do seu espaço e do seu tempo e a velhice é a última fase do processo humano de nascer, viver e morrer. Encerra mostrando a necessidade atual de uma reforma do pensamento direcionada ao ensino dos idosos e dos profissionais que cuidarão deles.

PALAVRAS-CHAVE: Gerontologia; envelhecimento; idoso; velhice; educação.

INTRODUÇÃO

Este material reflexivo objetiva perceber a Gerontologia considerando-se conceito, classificação e objeto de trabalho, a partir dos pressupostos de Edgar Morin e a sua Teoria da Complexidade. Foi organizado para ser apresentado numa palestra ministrada na Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) - seção Pernambuco.

Foi no século XX, no Ocidente, que cuidar dos idosos tornou-se uma especialidade, iniciando-se como ciência, embora trabalhos precursores tenham sido realizados no século XIX. Na década de 30 a inglesa Marjorie Warren desenvolveu uma abordagem específica do idoso, no controle de pacientes crônicos, em Londres. No século XX, o russo Metchinikoff

apresentou um tratado onde correlacionava velhice a um tipo de auto-intoxicação e, nesse momento, referiu-se, pela primeira vez à palavra Gerontologia. Ainda nesse século, Nascher, geriatra americano, nascido em Viena, criou o termo Geriatria, um ramo da Medicina que trata das doenças que podem acometer os idosos. Mais tarde, foi criado o termo Gerontologia, como um ramo da ciência que se propõe a estudar o processo de envelhecimento em seus aspectos bio-psico-sociais e os múltiplos problemas que possam envolver o ser humano (Beauvoir, 1990).

Procurando entender o termo gerontologia, foi a partir de Salgado (1989, p.23) que encontrei o conceito mais amplo:

Gerontologia é o estudo do processo de envelhecimento, com base nos conhecimentos oriundos das ciências biológicas, psicocomportamentais e sociais [...] vêm se fortalecendo dois ramos igualmente importantes: a Geriatria, que trata das doenças no envelhecimento; e a Gerontologia Social, voltada aos processos psicossociais manifestados na velhice. Embora não se encontrem definitivamente explorados esses dois setores das pesquisas gerontológicas já apresentaram [...] contribuições para a elucidação da natureza do processo de envelhecimento, e provaram estar em condições de levantar questões sobre os problemas dele decorrentes.

Muitas vezes é possível verificar o parcelamento da Geriatria e da Gerontologia, quando o primeiro conceito surge a partir do segundo termo, tornando difícil o mais importante, que é cuidar do ser humano que envelhece ou já envelhecido, ajudando-o a conquistar uma melhor qualidade de vida, na sua última fase do processo humano de viver.

Esses conceitos direcionam a considerar a Gerontologia como sendo uma ciência ampla, tendo em seu bojo a Geriatria e a Gerontologia Social. Parece evidente que a explicitação e a análise da sua cientificidade trarão contribuições para tornar mais claros o seu padrão de construção, a sua configuração e a sua especificidade como ciência. Na opinião de Rodrigues e Rauth (2002), a Gerontologia não é uma disciplina unificada, mas um conjunto de disciplinas científicas que intervêm no mesmo campo, que necessitam empreender esforços interdisciplinares, os quais excedam os limites de seus próprios paradigmas e teorias, para criar concepções diferenciadas sobre o idoso e os fenômenos da velhice e do envelhecimento.

A justificativa de existência da Gerontologia está relacionada a questões sociais expressivas, tais como o aumento da expectativa de vida, acarretando problemas demográficos; a crescente demanda dos serviços de saúde para idosos e problemas epidemiológicos; a alta incidência e gastos elevados das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT); a questão das desigualdades sociais, originárias do modelo econômico e das relações sociais entre os seres humanos e entre as classes sociais; o exercício pleno da cidadania e outras questões de largo alcance, não deixando dúvidas sobre o caráter interventivo da Gerontologia. No entanto, cabe à Gerontologia não apontar a velhice como um problema social, mas conceber essa fase de vida e suas possibilidades como resultantes de ações multidimensionais.

Na compreensão de Papalléo Netto (2002), a Gerontologia é uma disciplina científica multi-interdisciplinar e, acrescento, transdisciplinar, tendo como finalidade o estudo dos idosos, as características da velhice como fase final do ciclo de vida, o processo de envelhecimento e seus determinantes biopsicossociais.

Papalléo Neto (2002) propõe a criação de uma nova área que melhor abarque a Gerontologia e que poderia ser denominada de Ciência do Envelhecimento, aglutinando pesquisas cuja interatividade potencialize o manejo da questão do envelhecimento em todas as suas áreas de abrangência e de construção do saber. Concordo com o autor e compreendo que, por meio da Ciência do Envelhecimento, poder-se-ia estudar o ser humano desde a concepção até a morte, tendo mais possibilidades de desenvolvimento da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade, por meio da inter-relação das faixas etárias e relações intergeracionais, considerando-se o curso de vida do ser humano, a sua totalidade e sua integração consigo próprio, com o outro e com o cosmo.

Quanto ao trabalho interdisciplinar em Gerontologia, entendendo interdisciplinar como o primeiro passo para a transdisciplinaridade. Percebo que isso se torna possível quando realizado através da participação em núcleos e grupos de estudo e pesquisa, junto com outros profissionais ou através da participação em eventos específicos da área, pois nessas oportunidades os vários estudiosos do assunto terminam por defenderem idéias que podem ser comuns entre si. Mas é importante não esquecer que

se pode ser interdisciplinar sozinho, já que tal postura pode representar o enfrentamento de nova perspectiva diante de um mundo carente de solidariedade, de ética responsável, onde falta amor a si próprio, aos outros seres humanos, aos seres não humanos e a nossa casa: o planeta Terra.

Em relação à pesquisa Gerontológica, constata-se um pequeno avanço na área da saúde, porém com algumas possibilidades a serem desenvolvidas, tais como as relacionadas ao pequeno número de trabalhos apresentados em eventos e principalmente publicados. Os livros-resumo dos congressos são a maior fonte dos poucos trabalhos publicados em forma de resumo, pelo menos na Enfermagem, principalmente porque ela se torna uma via de fácil acesso aos profissionais. Existem alguns livros nacionais publicados sobre a Gerontologia e seus ramos específicos: a Geriatria e a Gerontologia Social. Porém torna-se necessária uma maior publicação de livros brasileiros que sirvam de guia para o aluno dos cursos de graduação e pós-graduação.

Penso que as questões geriátricas voltadas à saúde e à doença, às alterações surgidas na velhice e às outras interfaces biológicas são as mais exploradas. Já as questões referentes às relações sociais dos idosos e às dificuldades enfrentadas nas suas relações com os outros seres humanos necessitam ser estudadas com mais empenho pelos profissionais de enfermagem e da saúde em geral.

É importante ressaltar que o profissional que deseja atuar na Gerontologia, seja como geriatra, seja como gerontólogo social, necessita desenvolver algumas aptidões ou qualidades singulares: Berger (1995) destaca sensibilidade e empatia, maturidade e capacidade de adaptação, amor pelos outros, objetividade e espírito de crítica, sentido social e sentido comunitário, flexibilidade e polivalência e, principalmente, criatividade. Entendo que essas aptidões ou qualidades singulares podem ser estimuladas através de uma formação específica em Gerontogeriatria e que essa formação necessita ser uma preocupação dos responsáveis diretos pela elaboração dos currículos dos cursos da área da saúde e também dos docentes responsáveis pela especialização, residências, mestrados e doutorados, que são sensíveis ao cuidado direcionado ao idoso.

## CONCEITOS IMPORTANTES DA GERONTOLOGIA

### *Envelhecimento*

Sobre o conceito de envelhecimento cabe lembrar que esse é um processo que ocorre durante o curso de vida do ser humano, iniciando-se com o nascimento e terminando com a morte. Alguns autores apontam que o processo de envelhecimento “começa no útero e termina no túmulo”. É importante que os profissionais da área, o professor e principalmente o aluno percebam as diferenças, semelhanças e inter-relações entre os conceitos de idoso, envelhecimento e velhice, objeto do trabalho e do estudo da gerontogeriatría.

O processo de envelhecimento provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais; porém é na velhice que esse processo aparece de forma mais evidente. As modificações biológicas são as morfológicas, reveladas por aparecimento de rugas, cabelos brancos e outras; as fisiológicas, relacionadas às alterações das funções orgânicas; as bioquímicas estão diretamente ligadas às transformações das reações químicas que se processam no organismo. As modificações psicológicas ocorrem quando, ao envelhecer, o ser humano precisa adaptar-se a cada situação nova do seu cotidiano. Já as modificações sociais são verificadas quando as relações sociais tornam-se alteradas em função da diminuição da produtividade e, principalmente, do poder físico e econômico, sendo a alteração social mais evidente em países de economia capitalista.

A percepção de Morin (1999b) acerca do processo de envelhecer é de que o ser humano, rejeitando a morte como rejeita, recusando-a com todas as suas forças, tende a rejeitar também a velhice; talvez por ser a fase da vida que mais se aproxima da morte, tornando a velhice um peso. Para esse autor, sendo o ser humano marcado pela consciência da tragédia da morte, ele tenta inventar os mitos para negá-la ou para encontrá-la, pensando nos meios para aceitá-la. Sendo assim, dá-se conta de que o problema da consciência e do ser humano é atravessado pelo tempo e tornado trágico pela morte. Essa ação se traduz em agonia para o ser humano, principalmente durante a velhice. Complementando, Morin (Pena-Vega; Almeida; Petraglia, 2001, p. 78) afirma que “não encaramos as tragédias da idade, se não encararmos diretamente a tragédia da morte”. Para esse autor, mesmo a aproximação com o lado espiritual de alguns idosos, nesta

última fase do processo de viver, surge, não para o crescimento deles como seres humanos, não para angariar pontos para a vida eterna, mas como uma defesa contra a morte.

Em outro momento, Morin afirma: "eu acredito que somente podemos aceitar a morte se vivermos plenamente" (Pena-Vega; Almeida; Petraglia, 2001, p. 82). Com essa afirmação, lembra que é importante assumir a dialógica vida-morte e compreender a fórmula de Heráclito *viver da morte, morrer de vida*, que se encontra plenamente comprovada na medida em que, para começar, nós vivemos da morte de nossas células, sendo a vida o que resiste à morte. Para resistir, porém, ela utiliza justamente a morte e, sendo assim, esse antagonismo fundamental comporta uma certa colaboração por parte da vida.

Morin acredita que é difícil perceber a origem, o motor do processo de envelhecer, pois para ele o caráter patológico da velhice manifesta-se em três planos: no social; na percepção de que a velhice sadia é patológica enquanto velhice em si; na própria morte que é patológica e é aproximada pela velhice. Finalizando suas reflexões, Morin aceita que a velhice e a morte estão inscritas na herança genética humana e que são "coisas normais e naturais, porque uma e outra são universais e não sofrem qualquer exceção entre os 'mortais'" (Morin, 1997, p. 320).

Dentre os princípios de identidade do sujeito descritos por Morin (1999a, p. 121), um deles tem uma relação mais direta com o processo de envelhecer. É o que o autor denomina de *inseparável*, o qual ocorre quando o *eu* continua o mesmo a despeito das suas modificações internas (nas mudanças de humor), do *si mesmo* (nas modificações físicas devidas à idade). Esse autor concorda que o ser humano modifica-se somaticamente do nascimento até a morte, porém o ser humano continua o mesmo. Diz de si: quando eu era criança, quando eu era adolescente [...]. *Ele* é sempre o mesmo *eu*, apesar de suas características exteriores ou físicas irem modificando-se, e neste momento Morin (1999a) correlaciona a permanência da auto-referência, a despeito das transformações e através das transformações.

No momento, existem pesquisas que apontam para o envelhecimento como processo fluido, cambiável e que pode ser acelerado, reduzido, parado por algum tempo e até mesmo revertido. O processo de enve-

lhecimento pode ser reformulado quando se utiliza, de forma adequada, a conexão mente e corpo e quando se considera o valor da alimentação, a importância da relação com o mundo exterior e a importância do exercício do silêncio interior. Esses estudos, realizados nas três últimas décadas do século XX, têm comprovado que o envelhecer é muito mais dependente do próprio ser humano do que se imaginou em épocas passadas. Um dos defensores dessa teoria é Chopra (1999, p. 19). Na sua compreensão,

embora os sentidos lhe digam que você habita um corpo sólido no tempo e no espaço, esta é tão-somente a camada mais superficial da realidade. Esta inteligência é dedicada a observar a mudança constante que tem lugar dentro de você. Envelhecer é uma máscara para a perda desta inteligência.

Esses estudos são pautados na Física Quântica, na qual não há fim para a dança cósmica. Penso que essa realidade trazida pela Física Quântica possibilita, pela primeira vez, manipular a inteligência invisível que está como pano de fundo para o mundo visível, e alterar o conceito de envelhecimento.

Partindo dessa contextualização e das reflexões aqui tecidas, considero o envelhecimento processo universal, que não afeta só o ser humano, mas a família, a comunidade e a sociedade, tendo a velhice como sua última fase. Lembro que o número de idosos está crescendo proporcionalmente no Brasil, existindo mais mulheres idosas e sós do que homens idosos. Acrescento que a velhice é um processo normal, dinâmico, e não uma doença. E que são notórias as desigualdades e as especificidades nesse contingente populacional, as quais se refletem na expectativa de vida, na morbidade, na mortalidade prematura, na incapacidade e na má qualidade de vida.

Por tudo isso, como profissionais da saúde, urge que passemos a discutir pré-requisitos básicos direcionados à melhoria da qualidade de vida do idoso, considerando a multidimensionalidade que cerca o processo de envelhecer e as necessidades que cada velhice, de cada ser humano, demande. Trata-se de considerar questões como: alimentação e saneamento básico adequados, moradia segura, acesso aos serviços de saúde, cidadania, dentre outras. Uma oportunidade para iniciar essa reflexão é no processo de formação do ser humano, no seio familiar e durante o período

do de escolaridade, desde o pré-escolar, no ensino fundamental, ensino médio e ensino superior. Isso se torna mais urgente nos cursos de saúde, incluindo a enfermagem, onde se impõe, por conseguinte, a inclusão do ensino de conteúdos gerontogeriátricos que capacitem os alunos, futuros profissionais, para cuidar do idoso.

### *Idoso*

Para Organização das Nações Unidas – ONU (1982), o ser idoso difere para países desenvolvidos e para países em desenvolvimento. Nos primeiros, são considerados idosos os seres humanos com 65 anos e mais; nos segundos, são idosos aqueles com 60 anos e mais. No Brasil, é considerado idoso quem tem 60 anos e mais. Ou ainda, para determinadas ações governamentais, considerando-se as diferenças regionais verificadas no país, aquele que, mesmo tendo menos de 60 anos, apresenta acelerado processo de envelhecimento (Brasil, 1996). Essa definição foi estabelecida pela ONU, em 1982, através da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, relacionando-se com a expectativa de vida ao nascer e com a qualidade de vida que as nações propiciam a seus cidadãos.

Apesar de ser dos menos precisos, o critério cronológico é um dos mais utilizados para estabelecer o ser idoso, até para delimitar a população de um determinado estudo, ou para análise epidemiológica, ou com propósitos administrativos e legais voltados para desenho de políticas públicas e para o planejamento ou oferta de serviços.

Considerando a relação do todo com as partes e vice-versa, o ser idoso não pode ser definido só pelo plano cronológico, pois outras condições, tais como físicas, funcionais, mentais e de saúde, podem influenciar diretamente na determinação de quem o seja. Porém, vejo como necessária uma uniformização com base cronológica do ser humano idoso brasileiro, a ser utilizada principalmente no ensino, considerando idoso, no Brasil, quem tem 60 anos e mais.

No entendimento de Morin (2000a), vivemos todas as idades precedentes. Ele conta que envelheceu aos dez anos com a morte da sua mãe, mesmo ainda sendo uma criança e, até hoje, com mais de 80 anos, conserva a curiosidade e o questionamento da infância. Esse autor complementa que

É agora, quando se misturam envelhecimento e rejuvenescimento, que sinto em mim todas as idades da vida. Sou permanentemente a sede dialógica entre infância/adolescência/maturidade/velhice. Evoluí, variei, sempre segundo essa dialógica. Em mim, unem-se, mas também se opõem, os segredos da maturidade e os da adolescência (Morin, 2000b, p. 256).

Morin (2000b) chama-nos a atenção para a perda de autoridade que o idoso enfrenta à medida que o desenvolvimento das civilizações acontece. Para esse autor, os impulsos juvenis aceleram a história, tornando-se mister não mais a experiência acumulada, mas o que Morin denomina de “adesão ao movimento” (Morin, 2000b, p. 147), o que torna a experiência dos idosos *desusada*.

Na compreensão de Morin, a partir da Segunda Guerra Mundial, os atores e atrizes que ultrapassavam os 50 anos passam a fazer sucesso, não significando, porém, que a juventude tenha deixado de ser exigência do cinema, mas significando que “a idade do envelhecimento recuou” (Morin, 2000b p. 152). Esses atores e atrizes representam seres humanos que cronologicamente envelheceram, mas que continuaram jovens física e psicologicamente, ou seja, continuaram ativos, aventureiros e amorosos.

Cria-se um novo modelo de ser humano, aquele

em busca de sua auto-realização através do amor, do bem-estar, da vida privada. É o homem e a mulher que não querem envelhecer, que querem ficar sempre jovens para sempre se amarem e sempre desfrutarem do presente” (Morin, 2000b p. 152).

Através dessa percepção, Morin nos incita a perceber que o rejuvenescimento se democratiza, e os seres humanos cada vez mais correm em busca de meios para alcançá-lo (ginásticas, dietas, cirurgias plásticas e outros); o que significa, “metafisicamente, um protesto ilimitado contra o mal irremediável da velhice” (Morin, 2000b p. 157).

Em um conceito mais transdisciplinar do ser idoso, Sá (2002, p. 1120) nos brinda com a seguinte declaração:

O idoso é um ser de seu espaço e de seu tempo. É o resultado do seu processo de desenvolvimento, do seu curso de vida. É a expressão das relações e interdependências. Faz parte de uma consciência coletiva, a qual introjeta em seu pensar e em seu agir. Descobre

suas próprias forças e possibilidades, estabelece a conexão com as forças dos demais, cria suas forças de organização e empenha-se em lutas mais amplas, transformando-as em força social e política.

### *Velhice*

Quanto à velhice, o seu conceito necessita ser visualizado como a última fase do processo de envelhecer humano, pois a velhice não é um processo como o envelhecimento, é antes um estado que caracteriza a condição do ser humano idoso. O registro corporal é aquele que fornece as características do idoso: cabelos brancos, calvície, rugas, diminuição dos reflexos, compressão da coluna vertebral, enrijecimento e tantos outros. No entanto, essas características podem estar presentes em pessoas não idosas, como ainda é possível ser idoso e através de plásticas, uso de cremes e ginásticas específicas, mascarar-se a idade. Torna-se, então, difícil fixar a idade para entrar na velhice, pois não dá para determinar a velhice pelas alterações corporais.

Percebo que, embora se reconheça a velhice apenas no outro ser humano e não em quem a está vivenciando, ou seja, no *eu*, no *dono* do corpo que envelhece, integrado na dimensão temporal da existência, reconhece-se, a cada momento e de forma renovada, que a velhice parece galgar novos limites. Esses limites poderão ser cada vez mais altos se o idoso reconhecer-se, aceitar-se e integrar-se à sua família e comunidade, porque essas ações terminam por torná-lo reconhecido, aceito e integrado por todos.

Fernandes (1997) alerta que, seja qual for a ótica em que se discuta ou escreva acerca da velhice, é desejável respeitar os direitos intangíveis ou intocáveis do cidadão idoso. Essas situações dizem respeito a quatro pontos especiais, que são: tratamento equitativo, através do reconhecimento de direitos pela contribuição social, econômica e cultural, em sua sociedade, ao longo da sua vida; direito à igualdade, por meio de processos que combatam todas as formas de discriminação; direito à autonomia, estimulando a participação social e familiar, o máximo possível; direito à dignidade, respeitando sua imagem, assegurando-lhe consideração nos múltiplos aspectos que garantam satisfação de viver a velhice.

Na compreensão de Beauvoir (1990), a velhice é o que acontece aos seres humanos que ficam *velhos*; impossível encerrar essa pluralidade de experiências num conceito, ou mesmo numa noção. Pelo menos, pode-se confrontá-los, tentando destacar deles as constantes e dar razões às suas diferenças. Essa autora mostra a complexidade do conceito de velhice e deixa claro que não se trata de eliminar o conflito, mas de reconhecê-lo como elemento capaz de mexer com as organizações e manter um clima propício à mudança. Não se trata de homogeneizar, mas de integrar as diferenças. Beauvoir (1990) lembra ainda que, uma vez que em nós é o outro que é velho, a revelação de nossa idade vem através dos outros, referindo que, mesmo enfraquecido, empobrecido, exilado no seu tempo, o idoso permanece, sempre, o mesmo ser humano.

No entendimento de Martins (2002), a *velhice* pode ser considerada um conceito *abstrato*, porque diz respeito a uma categoria criada socialmente para demarcar o período em que os seres humanos ficam envelhecidos, velhos, idosos. Em seu estudo, essa autora identificou que foi mais fácil aos seus pesquisados (adolescentes, adultos e idosos) definirem o *velho* (aquele que se sente velho) ou o *idoso* (aquele que, mesmo tendo idade avançada, não se sente velho, porque é ativo, participativo), por essas definições apresentarem um caráter mais *concreto* e porque, através dos idosos, pode-se identificar as características da velhice.

Como descreve Martins (2002), os fenômenos do envelhecimento e da velhice e a determinação de quem seja idoso, muitas vezes, são considerados com referência às restritas modificações que ocorrem no *corpo*, na dimensão física. Mas é desejável que se perceba que, ao longo dos anos, são processadas mudanças também na forma de pensar, de sentir e de agir dos seres humanos que passam por essa etapa do processo de viver. Complemento, acrescentando que o ser humano idoso tem várias dimensões: biológica, psicológica, social, espiritual e outras que necessitam ser consideradas para aproximação de um conceito que o abranja e que o perceba como ser complexo.

Também, Bobbio (1997) relata que a velhice não é uma cisão em relação à vida precedente, mas é, na verdade, uma continuação da adolescência, da juventude, da maturidade que podem ter sido vividas de diversas maneiras. Para esse autor, também as circunstâncias históricas, que ele



relaciona tanto à vida privada quanto à vida pública, exercem muita importância nos determinantes da velhice.

Porém, mesmo não sendo idoso, em livros publicados em época passada, Morin correlaciona o processo de envelhecimento e principalmente a fase de velhice com situações de perdas, com a morte, enfim, com um certo pessimismo. Bobbio (1997), também e de forma sutil, lembra as limitações e perdas que a velhice traz para os seres humanos. Na verdade tenho me deparado com mais situações negativas do que favoráveis relacionadas à velhice. Isto a partir dos meus avós e de outros idosos com quem convivi e convivo. É complexo, mas desejável, admitir que envelhecer não é fácil e que nesse processo é possível verificar uma situação dialógica, onde convivem o medo e as perdas com os ganhos e as boas expectativas.

No entendimento de Lima (2001), a velhice está surgindo como uma possibilidade de se pensar uma nova maneira de ser *velho*, justificada essa afirmação pelo fato de que os idosos estão se organizando em movimentos que avançam politicamente na discussão de seus direitos. A velhice, vista como representação coletiva, começa, mesmo que de forma tímida, a mostrar outro estilo de vida para os idosos, que ao invés de ficarem em casa, isolados, saem em busca do lazer, saem para os bailes, para as viagens, os teatros, os bingos, os grupos, os clubes e universidades abertas à terceira idade. O movimento referido emerge com uma força ainda desconhecida por aqueles que o vivenciam, de sujeitos que tornam visível a possibilidade de modificação da velhice, tirando os rótulos e contestando os mitos.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste novo milênio, é desejável tomar consciência de que, para sobreviver, temos de mudar o paradigma do desenvolvimento econômico para um paradigma de desenvolvimento a favor do ser humano. Morin (1999a) sugere a busca da hominização, que é o desenvolvimento das potencialidades psíquicas, espirituais, éticas, culturais e sociais. Para que isso possa ocorrer, torna-se desejável ter-se como meta do desenvolvimento o viver melhor, o viver verdadeiramente, significando viver com compreensão, solidariedade e compaixão.



E, para se alcançar essa forma de viver, torna-se necessário considerar a reforma do pensamento, proposta por Edgar Morin. Mas como começar essa reforma de pensamento na sociedade em relação à velhice, se a sociedade afirma que os idosos não aprendem? Surge, então, a possibilidade de uma reforma do pensamento para os idosos, que é possível através de uma educação transformadora, para que os seres humanos possam perder seus medos e enfrentar o envelhecimento com muitas possibilidades diferentes das que foram programadas e estigmatizadas.

A importância da educação, não só para os profissionais que cuidarão dos seres humanos idosos, mas para os próprios idosos e para a sua família parece ser uma saída para trabalhar melhor os estigmas que a sociedade e o próprio idoso insistem em assumir em relação à velhice. Não é qualquer educação direcionada aos idosos que vai trazer transformações necessárias para que o idoso e a sociedade mudem de atitude. Há possibilidade de uma educação permanente, planejada com base em um alicerce de equilíbrio dinâmico entre a sua imanência e a sua transcendência. Por imanência, entenda-se a expressão do idoso diante de sua situação humana, do seu cotidiano, o que ocorre no seu círculo de vida privada, nos afazeres domésticos, nos hábitos, nas tradições culturais, enfim na dimensão inevitável de limitações e de sombras que marcam a vida. Por transcendência, o fato de o idoso mostrar toda a sua criatividade, sua capacidade de romper barreiras, de sonhar, de transforma-se em luz. Essa é uma responsabilidade maior dos gerontólogos, geriatras e gerontólogos sociais.

## NOTAS

- \* Material retirado, em parte, da tese, da mesma autora, intitulada: "O ensino da Enfermagem gerontogeriátrica no Brasil de 1991 a 2000 à luz da Complexidade de Edgar Morin", defendida em 21/02/2003, no Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).  
Enfermeira. Professora da Faculdade de Enfermagem N.Sa. das Graças (FENSG).  
Universidade de Pernambuco (UPE). Doutora em Enfermagem Especialista em Gerontologia Social (SBGG).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social. *Plano de ação governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso*. Brasília: 1996a.

BEAUVOIR, S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERGER, L. Contexto dos cuidados gerontológicos. In: BERGER, L; MAILLOUX-POIRIER, L. (Org.). *Pessoas idosas: uma abordagem geral*. Lisboa: Lusodidacta, 1995. p. 1-9.

BOBBIO, N. *O tempo da memória: de senectude e outros escritos autobiográficos*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

CHOPRA, D. *Corpo sem idade, mente sem fronteira: a alternativa quântica para o envelhecimento*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

FERNANDES, F. S. *As pessoas idosas na legislação brasileira: direito e gerontologia*. São Paulo: LTr, 1997.

LIMA, M. P. *Gerontologia educacional: uma pedagogia específica para o idoso - uma nova concepção de velhice*. São Paulo: LTr, 2001.

MARTINS, C. R. M. *O envelhecer segundo adolescentes, adultos e idosos usuários do SESC Maringá: um estudo de representações sociais*. 2002. 168 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MORIN, E. *A cabeça bem feita - repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999a.

\_\_\_\_\_. *Cultura de massas no século XX - neurose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000b. v.1.

\_\_\_\_\_. *O homem e a morte*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

\_\_\_\_\_. Por uma reforma do pensamento. In: PENA-VEGA, A; NASCIMENTO, E. *P. O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*. Rio de Janeiro: Gramond, 1999b. p. 21-46.

\_\_\_\_\_. *Meus demônios*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000a.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Assembléia Mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125*. Viena: 1982.

PAPALÉO NETTO, M. Questões metodológicas na investigação sobre velhice e envelhecimento. In: FREITAS, E.V. et al (Ed.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. cap. 10, p. 91-105.

PENA-VEGA, A.; ALMEIDA, C. R. S.; PETRAGLIA, I. *Edgar Morin: ética, cultura e educação*. São Paulo: Cortez, 2001.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E.V. et al (Ed.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. cap. 12, p. 106-110.

SÁ, J. L. M. A formação de recursos humanos em Gerontologia: fundamentos epistemológicos e conceituais. In: FREITAS, E.V. et al (Ed.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. cap. 137, p. 1119-1124.

SALGADO M.A. *Velhice uma questão social*. São Paulo: SESC, 1980. 121p.

#### ABSTRACT

This paper of bibliographic revision aimed to perceive the Gerontology about the concept, classification and the object of work, based on the Edgar Morin's presuppositions. Here I reflect about the Gerontology; I analyze your object of work: the age, the old man and the oldness. This reflection is seen under the Complexity of Edgar Morin, where the relationship totality and parts do not close the concepts but it correlates them among themselves, known to be the age like a process, the old man a being of your space and your time and the oldness the last phase of the process of to born, to life and to die human. Finish showing the actual necessity of a reform of the thought pointed to the teaching to the old man/woman and to the professionals that will care these old men/women.

KEYWORDS: gerontology; age; old man; oldness; education.

Recebido para publicação em: 19/09/2003

Aprovado em: 30/10/2003

Correspondência para:

Silvana Sidney Costa Santos

Av João de Barros, 633 bl B apt° 1404

Recife, PE – CEP 5010-0202

E-mail: silvanasidney@terra.com.br

***Envelhecimento: diversidade e qualidade em trabalhos divulgados nos Cadernos de Saúde Pública***

*Ageing: diversity and quality in papers published in the Reports on Public Health*

Maria Fátima Garcia de Menezes\*

**CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA.** Rio de Janeiro, v.19, n.3, jun. 2003 (saúde pública e envelhecimento)

Publicação eletrônica disponível em: <http://www.scielo.org>

Os Cadernos de Saúde Pública, revista trimestral, editada pela Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, dedica um número especial ao tema do Envelhecimento. É um periódico de referência internacional cujos artigos originais publicados contribuem para o fortalecimento e expansão da área da Saúde Pública.

A edição desse número ratifica a relevância do tema na atualidade e vem atender, ao menos em parte, a uma demanda dos profissionais de saúde que atuam com o público idoso, no sentido de propiciar reflexões e construção de práticas cada vez mais ajustadas às suas necessidades. Além disso, como chamam atenção os Professores Renato Veras (atual Diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade – Universidade do Estado do Rio de Janeiro) e Maria Fernanda Costa-Lima (Núcleo de Estudos em Saúde Pública – Centro de Pesquisas René Rachou – Fundação Oswaldo Cruz e Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais), responsáveis pelo editorial da publicação, esse número também é reflexo do crescente aumento de pesquisas na área do envelhecimento, tema que corresponde, hoje, a um dos maiores desafios para a área de Saúde Pública. Tal fato relaciona-se ao envelhecimento populacional expressivo e, em consequência, um aumento de demandas por serviços e recursos para responder às exigências desse grupo etário. Soma-se a isto a preocupação

em manter ou melhorar a independência, a vida ativa, a qualidade de vida dos idosos e o fortalecimento de políticas de prevenção e promoção de saúde. Ainda no editorial, agora assinado por Paulo Buss, atual Presidente da Fundação Oswaldo Cruz, a homenagem ao Professor Mário Sayeg, um dos pioneiros na área de gerontologia, que criou na Escola Nacional de Saúde Pública o Núcleo da Saúde do Idoso. É justo o destaque feito ao Professor Piquet Carneiro, que no mesmo período criava o Núcleo de Atenção ao Idoso na Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

A publicação reúne trabalhos oriundos de diferentes instituições nacionais e internacionais reconhecidas na área do envelhecimento, totalizando onze na seção artigos, quatro na seção opinião e dois na seção revisão. São diferentes abordagens e assuntos, que chamam a atenção para a complexidade do tema. Nesta resenha seria impossível apresentar todos com a profundidade e a riqueza que merecem, mas mesmo correndo o risco de ser superficial e injusta farei alguns destaques.

No primeiro artigo "O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico", José Carvalho & Ricardo Garcia (UFMG) apresentam uma análise do fenômeno de envelhecimento da população desde o final do Século XIX até os dias de hoje: como vem ocorrendo esse processo, as especificidades da realidade brasileira e a comparação desta com um país Europeu (Inglaterra). Os autores enfatizam que o processo no Brasil deve-se a um rápido e sustentado declínio da fecundidade.

A equipe do Centro de Pesquisas René Rachou (FIOCRUZ/UFMG), utiliza os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998) para discutir diferentes aspectos relativos à população idosa brasileira: condições de saúde, uso de serviços de saúde, capacidade funcional, gastos com medicamentos, desigualdade social, situação de trabalho. Os autores destacam a presença de pelo menos uma doença crônica na maioria dos idosos, com baixa repercussão na capacidade funcional, importante fator na avaliação de saúde do público idoso. Enfatizam a forte associação do nível sócio-econômico e saúde e discutem a relação de trabalho, com atenção para a inserção de idosos no trabalho informal e jornada de trabalho superior a quarenta horas. Também apresentam os dados de um estudo de base populacional com 1.494 idosos (todos os idosos residentes na cidade de Bambuí - Minas Gerais), enfocando os fatores associados

ao tratamento da hipertensão arterial à ocorrência de internações hospitalares.

O artigo de Luiz Ramos (Centro de Estudos do Envelhecimento da Universidade Federal de São Paulo), "Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto EPIDOSO, São Paulo", traz o tema do envelhecimento saudável, que não pode ser medido pela ocorrência de doenças, mas, como destaca o autor, por um novo paradigma: o grau de preservação da capacidade funcional. Esse referencial relaciona-se à manutenção das atividades e satisfação com a vida; enfim, o que está em jogo é a autonomia. São diferentes fatores que interagem – incluídas a saúde física, mental, independência na vida diária, financeira, integração social e suporte familiar – para que o envelhecimento saudável possa ganhar sustentação.

Um problema relevante e pouco discutido é apresentado no trabalho de Cecília Minayo (Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde – ENSP/FIOCRUZ): "Violência contra idosos: relevância para um velho problema". A autora apresenta uma análise exploratória de mortalidade e morbidade por "causas externas", no período de 1980 a 1998, e uma revisão de literatura sobre o tema. Afirma a importância dos profissionais estarem sensíveis para o diagnóstico, monitoramento e, em alguns casos, a denúncia. É um grande desafio a ser enfrentado.

Merecem destaques os trabalhos que apontam a importância da temática da dependência e o cuidado. No texto de Célia Caldas (Faculdade de Enfermagem/Universidade Aberta da Terceira Idade - UERJ), "Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família", as questões econômicas, o cuidado familiar e as necessidades concretas da família são discutidas enquanto um desafio para a saúde coletiva. Da mesma forma, o artigo de Ursula Karsch (PUC-São Paulo), "Idosos dependentes: famílias e cuidadores", traz o tema da assistência a idosos dependentes e o papel da família.

Relacionando a família e as estratégias governamentais de intervenção na saúde do idoso, Jorge Silvestre & Milton Costa Neto (Universidade Federal do Rio Grande e Secretaria de Saúde do Distrito Federal), trazem para a discussão o Programa Saúde da Família. Enfatizam a importância

dessa estratégia para apoio às famílias e para a formação de profissionais competentes, humanos e com capacidade de propor ações resolutivas para o enfrentamento dos problemas da população idosa.

Por fim, reitero a diversidade, qualidade e profundidade dos trabalhos apresentados, que, cercando o tema do envelhecimento, instigam a reflexão e propõem inovações para a ação no campo. Assim, sugiro aos profissionais a leitura e a discussão desses textos com seus pares, de forma a ampliar cada vez mais a troca de conhecimentos e experiências que contribuem para o fortalecimento do campo da saúde do idoso no âmbito da saúde coletiva.

#### NOTA

- \* Professora Assistente do Departamento de Nutrição Social – Instituto de Nutrição – UERJ - Nutricionista do Projeto de Extensão “Nutrição e Terceira Idade” – Instituto de Nutrição – Universidade Aberta da Terceira Idade - Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

Recebido para publicação em 8/08/2003

Aprovado em 5/09/2003

Correspondência para:

Maria Fátima Garcia de Menezes

E-mail: fatimamenezes@openlink.com.br

---

TESES E DISSERTAÇÕES / THESIS AND DISSERTATIONS  
<http://www.unati.uerj.br/crde/teses/catalogo.htm>

ALVES, Andréa Moraes. A dama e o cavalheiro: um estudo antropológico sobre envelhecimento, gênero e sociabilidade (Tese). Rio de Janeiro: Museu Nacional, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.

Esta tese é um estudo sobre relações de sociabilidade em meio urbano e envelhecimento que conjuga relações de gênero, interações entre grupos etários, posições de classe e relações interétnicas. A articulação entre esses elementos é realizada através da observação de situações sociais: os bailes de dança de salão na cidade do Rio de Janeiro. Tomo alguns deles como contextos, onde interagem homens e mulheres, jovens e velhos, brancos e negros, de diferentes estratos sociais, procedentes da zona sul e da zona norte da cidade. A dinâmica dessa disputa é capaz de revelar significados atribuídos ao envelhecimento em conexão direta com os sentidos, igualmente atribuídos, dos papéis de gênero. O contexto dos bailes também revela a presença de formas de distância social e hierarquização das relações ao lado de projetos individuais que enfatizam a singularidade das biografias e trajetórias. O foco central da análise está na discussão sobre a construção da velhice feminina. Este assunto vem mobilizando a atenção das ciências sociais principalmente a partir da década de 70 e, nos últimos anos, tem alcançado grande expressão, acompanhando o crescimento populacional e o aumento da visibilidade política e social da população acima de 60 anos

TEIXEIRA, Jorge Juarez Vieira. O significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer e a percepção dos profissionais de saúde (Tese). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública. Universidade de São Paulo; 2003.

Os estudos sobre envolvimento religioso e espiritual para os pacientes idosos com doenças crônicas e a concepção que os profissionais de saúde têm frente a este processo são quase inexpressivos no Brasil. Realizou-se uma pesquisa com o objetivo de identificar o significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer, e também de identificar o significado atribuído pelos profissionais de saúde à fé religiosa no tratamento e na vida do paciente idoso com câncer. A pesquisa foi descritiva e utilizou o método qualitativo. A amostra foi intencional, composta por 20 médicos, 20 pacientes idosos com câncer, 10 enfermeiras, 10 psicólogos e cinco capelães. A coleta de dados ocorreu mediante a técnica da entrevista semi-estruturada e foi desenvolvida de 9 de janeiro a 28 de março de 2001 no Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" - IAMSPE e no Hospital Pérola Byington / Núcleo de Referência em Saúde da Mulher, São Paulo. Para o tratamento dos dados empregou-se análise temática do Discurso do Sujeito Coletivo, sendo utilizadas três figuras metodológicas: a Idéia Central (IC), as Expressões-Chave (EC) e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Os pacientes apresentaram 20 IC e 20 DSC, os médicos, os enfermeiros e os capelães 10 IC e 10 DSC, e os psicólogos 8 IC e 8 DCS. Os resultados são discursivos, demandando extenso volume de material. Os discursos dos profissionais de saúde se apresentaram em várias tendências, no sentido da importância e do fortalecimento da fé, enquanto recurso de enfrentamento dos desafios da vida. Quanto aos discursos dos pacientes idosos com câncer, houve destaque para as situações de conforto, otimismo e segurança frente a intervenção médica instituída. A fé religiosa na vida dos idosos foi instrumento muito valorizado e dotado grande capacidade para proporcionar conforto e esperança, como meio importante para o enfrentamento de doenças ameaçadoras.

PACHECO, Jaime Lisandro. Educação, trabalho e envelhecimento: estudo das histórias de vida de trabalhadores assalariados focalizando as relações com a escola, com o trabalho e com os possíveis sintomas depressivos, após a aposentadoria. (Tese). São Paulo: Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas; 2002.

Este trabalho objetivou estudar, através do método biográfico, a possível relação entre a educação formal para o trabalho assalariado e os estados depressivos de velhos trabalhadores aposentados. Estudou-se a história de vida de oito sujeitos, homens e mulheres, com escolaridade, classe social, etnia, idade, estado civil, domicílio e níveis de renda diferentes. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada para a coleta das histórias que, gravadas, foram transcritas e separadas pelas categorias que se pretendia estudar: educação, trabalho, aposentadoria e depressão. Os dados foram analisados, levando em conta os indicadores das categorias examinadas, e depois comparados entre si. Para este grupo de sujeitos, as conclusões apontam que, após a aposentadoria, os homens apresentaram mais sintomas depressivos do que as mulheres; que mulheres enfrentaram de forma mais positiva a vida antes e analfabetas, não apresentaram sintomas de dependência do não-trabalho assalariado; que as mulheres negras, mais pobres; que os sujeitos, homens e mulheres, que tiveram uma educação formal rígida e em consonância com a educação familiar, tenderam a valorizar mais o trabalho assalariado e apresentar mais sintomas depressivos na ausência deste.

MARTINEZ, Silvia Helena Leandro. O significado do cuidado para quem cuida do idoso em uma instituição asilar (Dissertação). São Paulo: Escola Paulista de Medicina. Curso de Enfermagem - Saúde do Adulto, Universidade Federal de São Paulo; 2003.

Este estudo de natureza qualitativa tem por objetivos compreender o significado do cuidado para cuidadores de idosos (auxiliares de enfermagem e atendentes de idosos) que trabalham em uma instituição asilar na cidade de São Paulo, identificar junto a esses funcionários os fatores que podem causar estresse durante o processo do cuidado e propor caminho à instituição asilar pesquisada capaz de contribuir para minimização dos fatores que podem causar estresse aos trabalhadores que cuidam de idosos. O método utilizado foi a História Oral Temática. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com um roteiro semi-estruturado, gravadas com o consentimento dos depoentes e transcritas para análise hermenêutica. Os dados foram agrupados em categorias, compostas a partir dos objetivos traçados. O que motiva o cuidador de idosos a essa atividade não é apenas a questão salarial, mas fundamentalmente compreender a profissão como dom, vocação e desejo. No que diz respeito ao significado do cuidado, os narradores expressaram que é uma experiência de vida poder trabalhar com idosos, trazendo satisfação, realização mas também desgaste psico-físico. Os fatores que causam sofrimento na relação do trabalho, durante o processo do cuidar do idoso, são: desentendimento com a equipe de trabalho e sua chefia, bem como a inabilidade de compreender o comportamento do idoso e de seus familiares. Pode-se evidenciar, ainda, que majoritariamente os cuidadores não estão capacitados em Gerontologia, o que dificulta a compreensão durante o processo do cuidar, gerando sofrimento para si e refletindo na qualidade da assistência ao idoso.

ARANHA, Valmari Cristina. A representação social do envelhecimento e os determinantes afetivo-emocionais: semelhanças e conflitos entre idosos e não idosos usuários do Hospital das Clínicas da FMUSP (Dissertação). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.

No contato com idosos é possível perceber que muito da problemática vivenciada com o envelhecimento se relaciona à qualidade de vida e aos vínculos desenvolvidos. A maneira como o idoso é visto e representado no meio em que vive interfere diretamente na maneira como este representa e organiza sua vida, relações e patologias. O estudo se propôs a identificar representações sociais do idoso e analisar determinantes afetivo-emocionais envolvidos neste processo em usuários do HC-FMUSP. Foram analisados 30 sujeitos, em três categorias, segundo faixa etária (categoria I: até 30 anos; categoria II: 35 a 55 anos; categoria III; acima de 60 anos). Foram utilizados protocolos compostos por questões abertas e associação de palavras e procedimentos de desenhos - estória com tema. Os dados foram avaliados qualitativamente por programas estatísticos. Nos dados obtidos, as categorias diferiram significativamente quanto às formas de lidar com o envelhecimento e com principais fontes de angústia. A categoria II considera alterações comportamentais e disponibilidade de recursos externos como marcadores do envelhecimento; não o reconhecendo enquanto processo contínuo, demonstrou visão estereotipada e resistência em relação ao próprio envelhecimento. A categoria III foi marcada pela heterogeneidade, demonstrando visão integrada e menos estereotipada do processo de envelhecimento. Medidas interventivas são bem vindas, principalmente estreitando contato intergeracional, apresentando idosos menos estereotipados, favorecendo rupturas e possibilitando que representações distorcidas possam ser reconstruídas.

TEIXEIRA, Mirna Barros. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. (Dissertação). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

Este trabalho buscou investigar o empoderamento de pessoas idosas a partir da participação em grupos de encontro, direcionados à Promoção da Saúde. Partindo-se do pressuposto que o aumento da longevidade provoca o desempoderamento compreendido como perda da autonomia positiva das pessoas idosas devido à imagem negativa da velhice, associada a perdas fisiológicas, psicológicas e sociais; levanta-se a hipótese de que a participação de pessoas idosas, na dinâmica de grupos voltados para a valorização do envelhecer, implica no favorecimento do empoderamento, que se traduz em autonomia positiva. O método utilizado se apoiou na entrevista e no grupo focal estando inserido na pesquisa qualitativa em saúde. Utilizou-se como campo de investigação o grupo de idosos do PROVE - Projeto de Valorização do Envelhecer, cujo objetivo é promover um espaço onde os idosos possam discutir assuntos voltados para o fenômeno da longevidade. Investiga-se esse grupo de encontro de idosos a partir de sua proposta de construção positiva da velhice. Os resultados demonstraram que a participação dos idosos em grupos voltados para o envelhecimento favorece o empoderamento, expresso em autonomia positiva, na medida em que os grupos atuam como apoio social, aumentando a rede social dos idosos, proporcionando a diminuição da alienação através de uma reflexão crítica acerca dos valores negativos associados à velhice. E, constata-se, ainda, o incremento de conhecimentos, através da incorporação e aplicação em suas vidas cotidianas conteúdos da área da Geriatria e Gerontologia ministrados através das palestras. Desse modo, este trabalho tem como pretensão, a partir de referências teóricas do campo da Promoção da Saúde onde se insere o tema do empoderamento e de uma consideração metodológica, problematizar a possibilidade de abordagem e soluções de questões da Promoção da Saúde no campo do envelhecimento e a busca de novos espaços para a promoção da construção da autonomia das pessoas avançadas no tempo.



REIS, Maria Adelia. A grupoterapia como instrumento de mudanças na velhice: uma revisão das relações do idoso com seus familiares (Dissertação). São Paulo: Pós Graduação em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2002.

Este trabalho visa investigar a possibilidade de transformação na vida de quatro senhoras, com idade acima de 60 anos, que apresentavam conflitos na convivência familiar expressando seus sentimentos por meio de sintomas físicos. Estas senhoras foram acompanhadas pela autora no período de um ano, em processo psicoterapêutico, permitindo identificar a importância da expressão de sentimentos reprimidos e da escuta da subjetividade como maneiras possíveis de elaborar conflitos.

AMARAL, Luciana. A menopausa em questão: conversas com mulheres do campo (Dissertação). São Paulo: Pós Graduação em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2002.

Menopausa é um termo de múltiplos usos. Na medicina, significa a última menstruação, a cessação definitiva dos períodos menstruais, resultantes da perda da função ovariana; ela representa a passagem do período reprodutivo para a senectude. No senso comum, o termo é muitas vezes empregado para designar a fase da vida da mulher que “ronda” a menopausa. Ao explicar a menopausa como uma questão endócrina - deficiência do hormônio estrogênio - a biomedicina localiza, no corpo da mulher, o problema e a solução de tudo o que ocorre com ela nesta etapa da vida. Nesta perspectiva, a solução não é outra senão o uso de terapias hormonais, por tempo indeterminado. Em uma sociedade que valoriza os predicados da juventude, a associação entre menopausa e velhice é bastante estreita. Isto porque muitos dos sintomas da menopausa apontam para o caminho inexorável e desvalorizado da velhice. Entretanto, a consideração das relações entre a biologia e a cultura têm revelado que as coisas não são tão simples como parecem, o que pode ser claramente observado na pesquisa que foi objeto desta dissertação de mestrado. A distância que separa o saber médico da experiência e dos significados atribuídos a menopausa pelas mulheres do assentamento São Domingos, localizado no Estado do Paraná, é enorme. Desconhecedoras de grande parte da hegemônica sintomatologia da menopausa, estas mulheres atestam que outros fatores - além dos estritamente biológicos - encontram-se presentes nesta fase da vida e que menopausa e velhice não andam necessariamente juntas.



*UnATI*  
UERJ

