
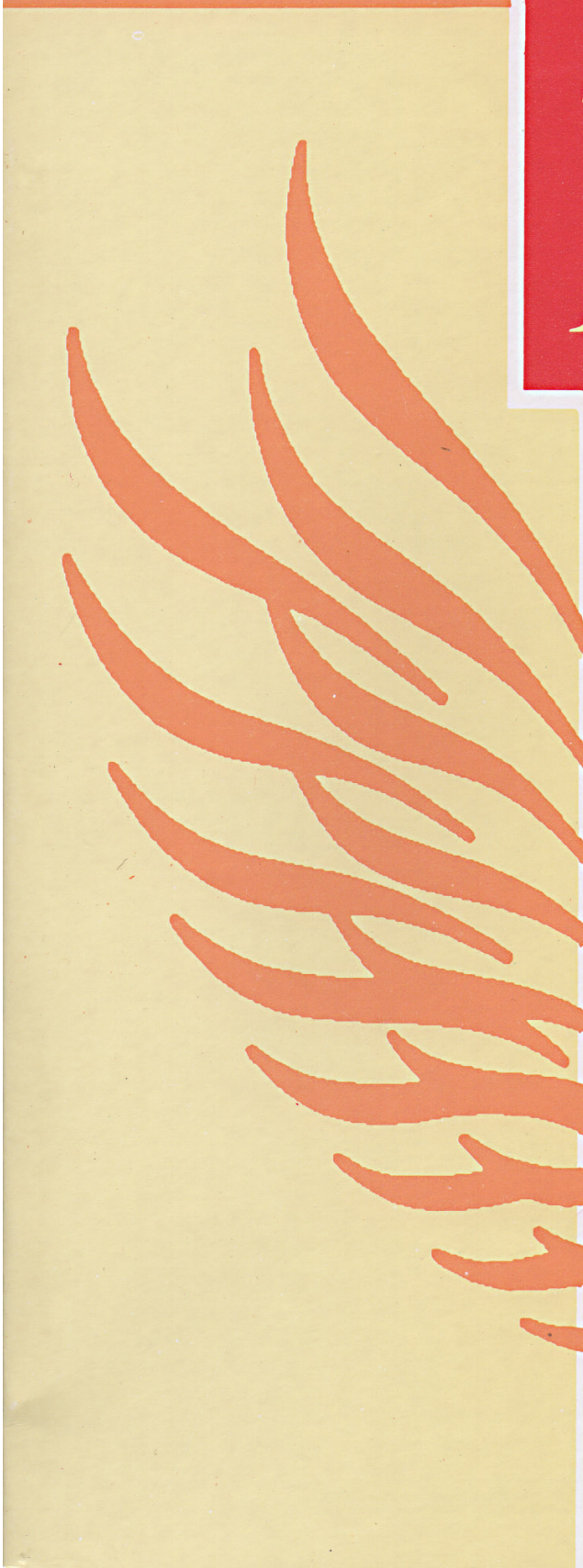




ISSN 1517-5928



*Textos sobre
Envelhecimento*



volume 8



nº 3

UnATI/UERJ

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

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
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

Latindex - Sistema Regional de Información em Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

Edubase (Faculdade de Educação – Unicamp – São Paulo, Brasil)

Textos sobre Envelhecimento é Associada à
Associação Brasileira de Editores Científicos





SUMÁRIO/CONTENTS

EDITORIAL / EDITORIAL

- A AMPLIAÇÃO DO MUNDO INFORMATIZADO
E O ACESSO A PUBLICAÇÕES ELETRÔNICAS EM SAÚDE
E ENVELHECIMENTO 167
*Enlargement of the informatized world and access to electronic
publications on health and ageing*

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

- CONSUMO ALIMENTAR EM MULHERES
IDOSAS COM SOBREPESO 169
Food Consumption in overweight elderly women
Ana Paula de Oliveira Marques
Ilma Kruze Grande de Arruda
Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo
Mariana Diniz Guerra
- AUMENTO DA ESTATURA CORPORAL NO IDOSO ATRAVÉS
DO TRATAMENTO POSTURAL 187
Increasing of the body stature in senior through posture treatment
Márcio Antônio Ferreira
Sueli Tavares Augusto Massote
Poliana Cotrim Lima
- DIFERENÇAS ENTRE GÊNERO E IDADE NO PROCESSO
DE ESTRESSE EM UMA AMOSTRA SISTEMÁTICA DE
IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE – ESTUDO PENSEA 205
*Differences between gender and age in the stress process in a
community-dwelling elderly sistematic sample – data from
PENSEA Study*
Beatriz Helena Domingos Oliveira
Ana Paula Fabrino Bretas Cupertin
- CONSIDERAÇÕES SOBRE O ABUSO FINANCEIRO DE
PESSOAS IDOSAS E A DINÂMICA DAS RELAÇÕES FAMILIARES 225
*Considerations on the elderly financial abuse and the family
relations dynamic*
Liliane Maria da Silva Melo Bruno

**ARTIGO DE REVISÃO / REVIEW ARTICLE**

- SERAVÓS OU SER PAIS: OS PAPÉIS DOSAVÓS NA
SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA 239
*Being grandparents or being parents: the grandparents roles in the
contemporary society*
Ewellyne Suely de Lima Lopes
Anita Liberalesso Neri
Margareth Brandini Park

RELATO DE EXPERIÊNCIA / EXPERIENCE REPORT

- UMA OFICINA DE CRIAÇÃO PARA A TERCEIRA IDADE 255
Creation Workshop for the Elderly
Thais de Azambuja

RESENHAS / REVIEWS

- SOBRE O ENVELHECIMENTO, A PESQUISA CIENTÍFICA E A BIOÉTICA 273
On ageing, the scientific research and bioethics
Shirley Donizete Prado

TESES E DISSERTAÇÕES / THESIS AND DISSERTATIONS 277**ORIENTAÇÃO AOS AUTORES / GUIDELINES FOR AUTHORS 289**

Revistas científicas eletrônicas, internet e a comunidade científica no campo da saúde
Electronic scientific journals, internet and scientific community in the health area

Estudo publicado recentemente nos fala da influência da internet na comunidade acadêmico-científica da área de saúde pública (Cuenca e Tanaka, 2005¹).

As autoras nos informam que as pesquisas sobre o uso de recursos eletrônicos por parte da comunidade científica brasileira tiveram início na década de 1990, o que indica, de um lado, que poucos docentes eram então usuários de redes e, de outro, que esses profissionais passaram a se beneficiar das facilidades que as novas formas de comunicação propiciavam. A troca de mensagens eletrônicas era a atividade privilegiada. A ampliação na oferta de recursos e da infraestrutura e a capacitação para o uso das tecnologias de informação foram importantes na crescente aproximação entre pesquisadores e os novos recursos. Acreditamos que também o desenvolvimento de ferramentas que possibilitavam relação mais amigável entre usuário e internet correspondeu a fator relevante nesse processo.

Após levantamento realizado com docentes de programas de pós-graduação, as autoras encontraram que a quase totalidade desses profissionais faz uso da internet, sobretudo do correio eletrônico e da Web (55% dos informantes navegam diariamente); já *chats*, teleconferências, grupos e listas de discussão são conhecidos por quase metade dos docentes, que pouco os utilizam.

¹ CUENCA, Angela Maria Belloni e TANAKA, Ana Crisitina d'Andretta. Influência da internet na comunidade acadêmico-científica da área de saúde pública. *Rev. Saúde Pública*, 39(5):840-6, 2005.

Esses dados são importantes para nós que investimos em periódicos científicos eletrônicos. Muitas de nossas atividades acontecem por meio de correio eletrônico (contatos com autores e pareceristas, principalmente) e da *Web* (onde estão disponíveis os sistemas de busca que permitem o acesso ao nosso *site*, os textos completos do periódico e nossas ferramentas de buscas internas ao periódico). São elementos que nos indicam que estamos no caminho certo.

E cabe registrar que ainda há o que crescer, especialmente no campo do aprimoramento de ferramentas que facilitem os procedimentos de submissão de artigos, emissão de pareceres e seu acompanhamento, tanto por parte da editoria de nossa revista, quanto dos autores e dos pareceristas, cada um de acordo com o seu nível de acesso às informações que compõem esse processo.

Investimentos são necessários para que estejamos em dia com as novas demandas que os pesquisadores e a inovação tecnológica vão colocando para nós.

Conceição Ramos de Abreu
Editora Executiva

Abandono na velhice
Abandonment in old age

Vania Beatriz Merlotti Herédia*

Ivonne Assunta Cortelletti*

Miriam Bonho Casara*

RESUMO

Este artigo apresenta reflexões sobre o tema *abandono na velhice*, com base na percepção que idosos domiciliados e institucionalizados possuem sobre abandono. A discussão teve como focos aquilo que o idoso entende por abandono e em que situação ele se sente abandonado. O primeiro foco foi trabalhado para delinear um conceito de abandono na velhice, e o segundo, para identificar em que situações reais o abandono se configura e em que contexto ele se dá. A discussão metodológica de natureza qualitativa utilizou a análise de conteúdo para fundamentar o trabalho. Com vistas a sintetizar as falas dos idosos, destacaram-se os aspectos mais importantes, classificaram-se as idéias e propuseram-se as categorias de análise que representam o olhar dos idosos entrevistados sobre o abandono. O texto traduz, da forma mais fidedigna possível, a exploração qualitativa das falas dos idosos. As reflexões apontam para um tema de fundamental importância e mostram que existem várias possibilidades para enfrentar o abandono.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Maus-tratos ao idoso

INTRODUÇÃO

“Não é possível fazer frente aos males e desencontros de uma época como a nossa - tais como a falta de sentido para a existência, a despersonalização e a desumanização - a não ser que a dimensão humana, a dimensão dos fenômenos humanos seja incluída no conceito de homem (Viktor E. Frankl).”

O Núcleo de Estudos do Envelhecimento, da Universidade de Caxias do Sul, tem contribuído, juntamente com outras instituições de nível supe-

rior, para ampliar o conhecimento sobre a realidade idosa, por meio de pesquisas sobre o processo de envelhecimento. Essas pesquisas têm auxiliado no conhecimento da realidade do idoso que vive no domicílio e em instituições de longa permanência, incluindo estudos de histórias de vida de idosos institucionalizados.

Durante a realização desses estudos,¹ foram encontradas dificuldades para interpretar e fundamentar os dados coletados que se relacionavam ao fenômeno do asilamento. As análises estabeleciam uma correlação entre os motivos de asilamento e o abandono. A inexistência de bibliografia sobre o assunto e a demanda que o mesmo traz para o aprofundamento das situações de institucionalização dos idosos e das condições de vida de idosos domiciliados motivaram a construção de um novo estudo² que desse suporte teórico para a compreensão do abandono.

Diante dessa necessidade, propôs-se a produção de um texto sobre *abandono na velhice*, com base na percepção que idosos domiciliados e institucionalizados possuem sobre o abandono. A partir das concepções dos entrevistados, oriundas de seu imaginário e de suas experiências de vida, estruturou-se a análise interpretativa das respostas dadas às duas questões norteadoras do presente estudo, com vistas a auxiliar a compreensão do tema, a colaborar com a reflexão sobre as perguntas relacionadas ao envelhecimento humano e a subsidiar novos estudos.

Para dar cumprimento ao proposto e garantir uma configuração mais abrangente no que se refere à compreensão acerca do abandono, buscou-se identificar os significados atribuídos, por idosos provenientes de diversas condições sociais, a essa problemática. Foram os sentimentos e as sensações expressas pelos entrevistados que construíram o *corpus* deste estudo.

Para proceder à análise do referido *corpus*, foi utilizado o método de análise de conteúdo que, segundo Moraes (1999, p. 2) “constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos.” Essa metodologia foi considerada adequada para reinterpretar as percepções e concepções dos entrevistados, na busca da compreensão dos significados atribuídos. Com a finalidade de sintetizar as falas dos idosos, destacando os aspectos mais importan-

tes, realizou-se a classificação das idéias que constituíam o *corpus* do estudo. Dessa classificação, foram propostas as categorias de análise que representam o olhar dos idosos entrevistados sobre o abandono.

As categorias foram construídas a partir da leitura interpretativa das respostas dadas às questões norteadoras das entrevistas. Dessas respostas, originaram-se cinco categorias: sozinho, ser deixado de lado, sofrimento, perdas e sem cuidador. A primeira aglutinou as expressões **estar** sozinho, desamparado, desprotegido e solidão. A segunda envolveu manifestações que referiam a **ser** esquecido, deixado pelos filhos, deixado de lado, desvalorizado, desconsiderado, isolado, negligenciado, afastado da família, excluído. A terceira categoria, sofrimento, integrou o **sentir** tristeza, sofrimento, necessidades, maus-tratos, injustiça, crueldade e ruindade. A quarta abrangeu o sentimento de **ter** perdido o amor dos filhos, autonomia, laços de família, independência, liberdade, amigos e amor. A quinta abarcou o **ficar**, expresso nas falas que se referiam a sem cuidador, desassistido, dependente e asilado.

O resultado do estudo realizado traduz, da forma mais fidedigna possível, a exploração qualitativa das falas dos idosos, cujos conteúdos foram categorizados, descritos e interpretados com o intuito de *dizer o que os idosos entendem por abandono na velhice e que circunstâncias podem provocá-lo*. Nesse proceder, constatou-se que os idosos buscaram situações concretas para tentar explicar o que entendiam por abandono, descrevendo as condições em que ele se manifesta, sobrepondo-se as respostas das duas perguntas formuladas. As falas transcritas no texto evidenciam a reciprocidade entre condição e sentimento, mostrando que ambos estão sempre intimamente relacionados e que um não se dá sem o outro.

O CONTEXTO DO ABANDONO

A discussão sobre o tema *abandono* foi tratada em momentos distintos, com fins de responder a duas questões essenciais do estudo: “O que você entende por abandono?” e “Em que situação uma pessoa se sente abandonada?”. As duas questões foram os elementos norteadores da indagação e expressam a inquietação sobre o assunto.

A primeira pergunta teve a intenção de delinear um conceito de abandono na velhice; e a segunda, identificar em que situações reais o abandono se configura, em que contexto ele se dá. A inter-relação de circunstâncias que acompanham a concepção de abandono na velhice espelha uma relação intrínseca de um verbo – ser, estar, ficar, sentir, ter – com os substantivos sozinho e solidão. Isso significa sofrer a ação originada da situação *sozinho*, o que leva ao sentimento de *solidão*.

As situações que levam ao abandono são provocadas pela condição de fragilidade do idoso, que pode passar a depender de outras pessoas, pela perda da autonomia e da independência, pelo esfriamento dos vínculos afetivos e pela conduta do grupo de relações ou ausência dele. Ainda há situações que dependem do próprio idoso, no que se refere ao modo como se dá o enfrentamento dessas situações. Isso significa dizer que uma mesma situação pode ser motivo gerador do sentimento de abandono para uma pessoa e não o ser para outra. Depende das circunstâncias objetivas e subjetivas de cada indivíduo.

A partir das falas dos idosos entrevistados, entendeu-se que abandono na velhice é um sentimento de tristeza e de solidão, provocado por circunstâncias relativas a perdas, as quais se refletem basicamente em deficiências funcionais do organismo e na fragilidade das relações afetivas e sociais, que por sua vez conduzem a um distanciamento, podendo culminar no isolamento social.

Abandono é um sentimento de sofrimento trazido por essas circunstâncias, o que impede o indivíduo de viver e conviver plenamente e de permanecer inserido na família, no grupo e na cultura. Essa situação rompe o contato vital com o mundo, favorece a inércia do corpo e rouba a possibilidade de ser e de conhecer. O estar-indefeso, a falta de intimidade compartilhada e a pobreza de afetos e de comunicação tendem a mudar estímulos de interação social e de interesse com a própria vida. Aparentemente, o idoso espera ser salvo desse sentimento; espera que seu grupo o acolha e com ele permaneça até a morte. Será a morte o abandono maior? O idoso quer em vida o acolhimento, a presença, o amor dos seus. Ele quer compartilhar a experiência e o conhecimento que construiu ao longo de sua existência. Quer entender as contradições que o envolvem, o porquê da distância emocional

entre as pessoas de seu grupo familiar e social e seus sentimentos, o que o separa dos outros no momento em que precisa ser apoiado para a travessia que envolve o processo da morte.

O sentimento de abandono é aqui entendido como uma experiência afetiva, íntima, emocional. Uma reação individual que depende da história de cada um, provocada por uma condição ou circunstância.

O ser humano teme as perdas, uma vez que as mesmas habitualmente trazem sofrimento. A experiência de perdas pode levar a esclarecer uma situação de abandono. As perdas se revelam como condições desencadeadoras de um processo que se dá num *continuum* de maneira gradativa e que se intensifica pelas sucessivas perdas e danos. O aprisionamento nessa situação o fragiliza e o coloca numa condição de dependência, de inutilidade e de aniquilamento. Para muitos, a perda maior é a morte. Aceitar o limite imposto pela morte como experiência cotidiana implica aceitar as regras da existência, visto que a morte impõe uma ruptura com tudo o que se conhece e se ama e faz parte da condição humana.

A falta de preparo para a morte impede que se compreenda a razão dessa situação irreversível e verdadeira, visto que a sociedade ocidental prepara o ser humano para a vida. A valorização dessa cultura retrata o despreparo do homem para a vida interior, e esse despreparo se manifesta principalmente em situações de impotência frente às perdas. Muitas filosofias de vida “vêm a morte não como um evento isolado, mas como uma mudança no infundável ciclo de mudanças” (Riponche, 1987, p. 7).

O despreparo para viver as diferentes etapas do ciclo de vida mostra que há falta de conhecimento, e que cada etapa exige do ser humano a compreensão de que “cada fase da vida representa algo de novo, que não foi vivido anteriormente e que o homem é um outro” (Guardini, 1990, p. 8). A falta dessa compreensão indica que nem sempre o ser humano tem condições de entender e acompanhar as mudanças que lhe são impostas. A preparação é disfuncional à realidade, e as instituições que são responsáveis pela preparação estão desatualizadas e desfocadas da tensão que existe entre o ser da pessoa e a evolução de suas fases sucessivas, bem como do objetivo maior que é a realização plena da natureza humana.

A PERCEPÇÃO DOS IDOSOS

O entendimento de abandono na velhice, sob o olhar dos idosos entrevistados, relaciona-se à idéia de *sozinho*: ser sozinho, estar sozinho, ficar sozinho, sentir-se sozinho e de não ter. *Ser sozinho*, como algo constitutivo, intrínseco, permanente do ser humano; *estar sozinho*, como algo que pode ser transitório, passageiro; *ficar sozinho*, como uma circunstância de perda, como deixar de ter o que já teve; *sentir-se sozinho*, como experiência emocional de sentir, de ter um sentimento; *não ter*, como ausência ou privação de alguém ou alguma coisa.

Com esses significados, abandono é ser sozinho no mundo, estar só, sem ninguém para partilhar a vida, para auxiliar durante a velhice. É ficar só pela perda de companheiro, filhos, familiares ou amigos. É sentir-se sozinho, ainda que rodeado de seres humanos, pela falta de um bem-querer espontâneo e sincero, de carinho, de amor dos filhos, do aconchego da família, da intimidade com o outro. É não ter ninguém por si. É não ter a presença dos familiares, de amigos, de companhia, de visitas. É não ter filhos, não ter nada.

Expressões dessas constatações são reveladas da seguinte forma:

“Eu sou sozinho no mundo, não tenho família, não conheço minha família. Me criei fora da família” (J. D., 84 anos, institucionalizado).

“Eu me sinto abandonado porque da família sou só eu, não existe outro no mundo dos estranhos” (J. D., 84 anos, institucionalizado).

“(O abandono) É um sentimento de uma pessoa largada, esquecida, que não tem mais ninguém a não ser a si mesmo” (V. P., 67 anos, domiciliado).

Sozinho, com qualquer de seus significados, pode conduzir à solidão, e esta ao abandono. A solidão e o abandono constituem pesados fardos para os idosos, pois as famílias tendem, não raro, a excluir aqueles tidos como incômodos demais. Também há pessoas que, por suas vivências e experiências, possuem o sentimento de abandono ao longo da vida, não somente na velhice.

Esse significado é manifestado nas seguintes falas dos idosos:

“Para muitos a velhice se torna um fardo pesado, pois o idoso não raro sofre da solidão que os outros lhe impõem ou que ele impõe a si mesmo, daí os

sentimentos de melancolia e de desânimo que podem invadir o coração dos idosos". (F.P., 83 anos, domiciliado).

"Sinto solidão, às vezes, quando estou sozinha em dias de chuva, principalmente à noite. Mas o abandono é muito pior do que a solidão" (I. B., 81 anos, domiciliada).

"Eu sinto solidão, principalmente à noite, quando não tenho com quem conversar e fico com minhas lembranças" (M. S. L., 70 anos, domiciliada).

"Abandono é ser deixado de lado, sem vida própria, sem qualidade de vida, sem poder resistir à solidão" (F.P., 83 anos, domiciliado).

Ser deixado de lado, ser ignorado provoca o sentimento de abandono. Esse sentimento pode se revelar no seio da família e no meio social, e ser provocado pela fragilidade das relações, negligência, perdas afetivas, doença ou ausência de trabalho.

A família é o meio natural de inserção do ser humano. Quando há ausência ou rompimento dessa inserção, o idoso vive uma situação de não-pertencimento, sente-se ignorado, desvalorizado, excluído. A família é a esperança do idoso como forma de manutenção das relações familiares e das possibilidades de evitar o isolamento. Como a família é o grupo através do qual o ser humano é gradativamente inserido no mundo, ela representa o vínculo do indivíduo com a sociedade. Dessa maneira, carrega valores que sustentam essa relação de estar com, de estar junto. Além dos valores humanos que o grupo tem a responsabilidade de reproduzir, ele se constitui ainda no espaço de ligação entre os seus membros. A família pode ser uma solução para evitar o sentimento de abandono, mas não garante necessariamente que esse sentimento não exista. Pelo contrário, depende dos vínculos estabelecidos ao longo da vida e da força dessas relações.

A família é o primeiro referencial de socialização e de estabelecimento de vínculos, sendo responsável pelo equilíbrio físico, psíquico e afetivo. Segundo o IBGE, a família é vista como um conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica, normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar. O idoso espera da família que ela o mantenha e cumpra com o papel estabelecido pela sociedade, mesmo que conheça sua família e saiba de seus limites. Crê que esse grupo social seja o seu mantenedor final e que possa lhe dar a

atenção necessária para enfrentar as agruras que a vida impõe. Essa crença é fortificada pela intensidade das relações pessoais estabelecidas com o grupo familiar.

Quando da inexistência ou fragilidade de laços afetivos, quando da falta de amor, de perguntas sem respostas, de conversas sem atenção, o idoso é deixado de lado por filhos, familiares e amigos. Sua presença participativa, cooperativa e operativa é ignorada, não há convívio familiar, não há espaço para partilhar – dar e receber atenção. A oportunidade de integração lhe é negada; fica sem apoio e carinho, sentindo-se negligenciado afetiva e socialmente. É estar velho sem conviver quotidianamente com a família. Essa condição pode levar aos seguintes questionamentos: como foram construídas as relações familiares ao longo da trajetória de vida desse idoso? Que vínculos foram estabelecidos e mantidos entre ele e seus familiares? Por que esse idoso está sendo sujeito à condição de abandono? Que motivos levam a família a deixar seu idoso de lado e a isolá-lo do convívio familiar?

As falas dos idosos entrevistados remetem à busca de apoio da família, de amigos, e da rede de parentesco quando necessitam de auxílio e se vêem sozinhos, desencantados do mundo, e do que construíram no percurso do seu estar-no-mundo. Esperam da família o retorno do que por ela fizeram. Esperam que ela resolva os problemas que são incapazes de solucionar devido a suas condições atuais. As expectativas não-correspondidas provocam frustrações, tristeza, doenças e, em muitos casos, são motivo de morte.

A esse respeito destacam-se os depoimentos a seguir:

“É ouvir dos filhos e do marido: eu não te quero mais” (A.T., 78 anos, institucionalizado).

“(Abandono) é ser deixada de lado, mesmo pela família. Não receber ninguém, nem filhos, nem amigos, nem atenção. É não ter voz ativa. Às vezes as pessoas mesmo se abandonam, por acharem que não têm mais valor, que não servem mais para nada. Não é ganhar um presente, mas receber atenção, perguntar: como vai?” (I. B., 81 anos, domiciliada).

Diante dessas afirmações, o abandono é concebido como sentir-se desamparado no meio dos outros, é não estar bem, é não ter

ajuda de ninguém, é andar de um lado para o outro. É ter família e não ser protegido por ela, esquecido, isolado, indiferente, não ser valorizado e não receber atenção. O idoso espera daquele que quer bem o apoio necessário para enfrentar a velhice. Talvez esse bem-querer não seja recíproco e possa produzir o sentimento de abandono. O idoso cansa de falar e não ser ouvido, e essa surdez o deixa afastado de suas esperanças e de seus desejos. À medida que suas expectativas não se realizam e se perde a motivação da espera, ele fica sem o sentido de viver.

Esse significado é expresso da seguinte forma:

“O abandono talvez seja o sentimento mais cruel que o ser humano possa sentir, pois a indiferença de um amigo, do amor de um filho, de um parente faz com que a pessoa perca o sentido da vida. A gente precisa de estímulo do amigo, da valorização de um filho e da compreensão de um parente” (N. L., 66 anos, domiciliado).

“A pessoa se sente abandonada quando o mundo lhe é indiferente, quando não é escutada, quando sua opinião não é valorizada, quando suas necessidades não são atendidas, quando não tem vez nem voto” (N. L., 66 anos, domiciliado).

O campo das relações afetivas pode ser restringido pela perda de companheiro, filho, amigo, o que provoca a sensação de abandono, mesmo que transitória, por não ter com quem partilhar a vida.

A perda das forças, o surgimento de doenças, as dificuldades para estabelecer e manter um diálogo são acontecimentos que podem colocar o idoso numa situação de necessidades e de abandono. São agravantes dessa situação o fato de não ter condições de saúde para manter relações sociais fora do seu meio familiar e as dificuldades financeiras.

Da mesma forma, a dependência, que gera a necessidade de cuidados especiais e de auxílio para a realização das atividades de vida diária, pode fazer com que o idoso seja deixado de lado pelos familiares, sem que lhe seja dispensada a atenção necessária. Por algumas situações como essas, o idoso é afastado da família e colocado numa instituição de longa permanência.

As verbalizações com relação a essas situações são as seguintes:

“O asilamento é uma forma de abandono, porque o idoso fica lá, cuidado por estranhos, sem elo familiar, sem o amor dos familiares. O asilo protege, mas não da forma real, aquela que o idoso quer” (D. H. B. M., 77 anos, domiciliada).

“Abandonar os pais num asilo é não reconhecer o que fizeram para dar a vida para os filhos e nem recompensar o que fizeram por eles” (A. P., 81 anos, domiciliada).

“Ser jogada numa casa de idosos é uma situação muito desagradável. Afinal, ela criou os filhos, fez o melhor que podia fazer e depois é largada num asilo” (R.T., 76 anos, domiciliada).

O fato de os filhos adultos não quererem mais viver com os pais e cuidar deles, ou de filhos trabalharem e não quererem deixar os pais idosos sozinhos também podem levar ao asilamento.

O abandono se dá mais facilmente na velhice, quando o idoso não pode trabalhar. Perder o *status* de trabalhador é perder a consideração: não vale quem não produz. Perde o seu papel e, muitas vezes, se vê numa situação de dependência financeira, que deve ser suprida pelos filhos ou familiares mais próximos. Por isso pode ser excluído da família, desvalorizado, tratado com desrespeito.

É manifestação desse entendimento:

“Eu acho uma tristeza. O abandono é a pior coisa que existe. Um velho abandonado, não ter apoio dos filhos, de ninguém”. (H. B., 88 anos, domiciliada).

Enquanto há saúde, maior a probabilidade da manutenção da independência e da autonomia, que proporcionam à pessoa mais facilidade e disposição para preencher seu tempo, manter relações sociais, realizar atividades pessoais. O fantasma do abandono fica mais distante. A doença, além de trazer sofrimento, provoca o estado de dependência e de inutilidade, a necessidade de cuidados e pode aproximar a possibilidade do abandono.

Se a família não estiver fortalecida pela convivência e por laços afetivos, a presença da doença e das dificuldades dela advindas pode pro-

vocar tristeza, amargura, angústia, desânimo, melancolia e a constatação de que o abandono é algo cruel, injusto, ruim. Maltratar o idoso, deixá-lo sem apoio, passando por necessidades e sem alguém que cuide dele, é abandoná-lo.

A longevidade pode trazer transformações negativas de ordem física, cognitiva, afetiva, social que levam à dependência e à falta de autonomia, condenando o indivíduo a perder a liberdade, a memória, familiares, amigos, afetos e relações.

As falas assim se revelam:

“A partir do momento em que uma pessoa começa a dar trabalho, preocupação, depender de seus familiares, principalmente quando surgem doenças, esclerose e outras tantas coisas que aparecem por causa da velhice, isso incomoda demais os que são mais jovens e cheios de saúde” (V. P., 67 anos, domiciliada).

“Eu acho que a pessoa só é abandonada depois de velha, porque sendo nova trabalha, vive, escolhe, toma decisões. Depois de velho é diferente: não tem condições nem para trabalhar nem para viver” (A. T., 78 anos, institucionalizada).

“Abandono é perder o amor dos filhos” (A. P., 81 anos, domiciliada).

“A pessoa idosa sente-se abandonada quando na família não é tratada e tida como pessoa: excluída do convívio familiar, falta de amor, carinho, compreensão, ajuda” (F. P., 83 anos, domiciliado).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão sobre o abandono na velhice não se esgota nesta análise. Aponta para um tema de fundamental importância nas relações estabelecidas entre os idosos e os diversos grupos sociais. Mostra que existem várias possibilidades para enfrentar o problema, tais como o envolvimento da família nas relações com seu idoso, a consciência da sociedade, a preparação para envelhecer e as ações sociais eficazes, fruto de políticas públicas e sociais.

As dificuldades encontradas foram muitas para a produção deste texto, mas a experiência do estudo comprova a necessidade de pesquisar

sobre temas que dizem respeito ao envelhecimento humano e suas implicações individuais e sociais. Muitas das dificuldades se originaram pelo fato de alguns idosos negarem a condição de sofrimento por ser velho, a dor de ser sozinho e a solidão.

Outras dificuldades se relacionaram com o tema que poucos se dispõem a tratar, pela angústia que significa enfrentar a dor da realidade, do abandono e dos motivos que o levam a tal situação. Também se observou a necessidade de manter a ilusão sobre o assunto, já que a realidade em suas múltiplas faces é cruel, sarcástica, irônica e perversa.

O ineditismo do estudo é atribuído ao tema e ao método. Ao tema, pela necessidade de compreender e enfrentar o processo de envelhecimento, o fenômeno do asilamento e as manifestações do ser humano velho. Ao método, pela oportunidade de sistematizar qualitativamente os sentimentos que os idosos têm acerca do abandono.

Essas reflexões encontram eco no documento *Carta aos Anciãos*, do Papa João Paulo II (2000, p. 22), quando diz:

“[...] o lugar mais natural para viver a condição de ancianidade continua a ser aquele ambiente onde ele é ‘de casa’, entre parentes, conhecidos e amigos, e onde pode prestar ainda algum serviço. [...] é urgente promover esta cultura de uma ancianidade acolhida e valorizada, não marginalizada. O ideal é que o ancião fique na família, com a garantia de ajudas sociais eficazes, relativamente às necessidades crescentes que supõem a idade e a doença”.

NOTAS

(*) As autoras são pesquisadoras que integram o Núcleo de Estudos do Envelhecimento, Universidade de Caxias do Sul. A pesquisa contou com o auxílio dos bolsistas de iniciação científica Fabrício Carlo Bellei (PROBIC – Fapergs) e Verônica Bohm (BIC-UCS).

Agente financiador: Universidade de Caxias do Sul – UCS

¹ *Idoso Asilado: Um estudo gerontológico*. Caxias do Sul, RS: Educs/Edipucrs, 2004; *A realidade do idoso institucionalizado*. In: *Textos sobre envelhecimento*. UnATI/ UERJ, v. 7, n° 2, Rio de Janeiro, 2004.

² O estudo sustentou-se na pesquisa realizada no ano de 2004, quando foram entrevistados 30 idosos, sendo 20 domiciliados e 10 institucionalizados, no município de Caxias do Sul.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GUARDINI, Romano. *As idades da vida*. São Paulo: Quadrante, 1990.

IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 1995-1996. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 25 jul. 2005.

JOÃO PAULO II, Papa. *Carta aos anciãos*: do Papa João Paulo II. 2.ed. São Paulo: Paulinas, 2000.

MORAES, Roque. *Análise de Conteúdo*. Porto Alegre, RS: PUC/RS, 1999, 2000. Textos disponibilizados pelo autor.

RINPOCHE, Chagdud Tulku. *Vida e morte no Budismo tibetano*. Três Coroas, RS: Rigdzin, 2000.

ABSTRACT

This paper presents reflections on abandonment in old age, based on the perception domiciled and institutionalized elderly people have on abandonment.

Foci of the discussion were how the elderly understand abandonment, and in which situation he/she feels abandoned. The first focus was directed to outlining a concept of abandonment in old age, and the second to identify in which real situations and context abandonment occurs. Methodological qualitative discussion used content analysis to support the work. Aiming at synthesizing the speeches of the elderly, the most important aspects were highlighted, ideas were classified, and analysis categories were proposed to represent how the elderly interviewed see abandonment. As reliably as possible, the text translates the qualitative exploration of speeches of the elderly. Reflections point to a very important subject matter, showing that there are many possibilities to face abandonment.

KEYWORDS: Aged; Elder Abuse

Recebido para publicação em: 16/9/2005

Aprovado em: 28/10/2005

Correspondência para:

Vania Beatriz Merlotti Herédia

E-mail: vheredia@terra.com.br





*Envelhecimento de mães com filhos dependentes: a longevidade na Distrofia Muscular de Duchenne (DMD)**

Ageing of mothers with dependent children: longevity in the Duchenne Muscular Dystrophy (DMD)

Bernadete de Oliveira¹

Beltrina Côrte²

RESUMO

Este estudo apresenta a longevidade de pessoas portadoras de DMD, doença genética de etiologia desconhecida, potencialmente incapacitante e letal. Estudam-se mães e filhos, mostrando a luta, as dificuldades e a contribuição dessas pessoas que superam desafios, conquistam a longevidade e envelhecem lado a lado. A pesquisa foi realizada na Associação Brasileira de Distrofia Muscular (ABDIM), na cidade de São Paulo, com 50 mães e 51 filhos, no período de março de 2002 a novembro de 2003. Foram utilizados instrumentos de pesquisa quantitativa e qualitativa: questionário semi-estruturado, observação participante e diário de campo. Por meio das narrativas das mães, observou-se que o viver mais exige contínuo esforço: físico, psicológico e financeiro. Coube a elas a responsabilidade de lutar pela vida do filho, valorizando sua vida, quando esta "caminha para a própria destruição", e conviver cotidianamente com a morte iminente. Constatou-se que o aumento da expectativa de vida dessa população depende de intervenções custosas, que envolvem tecnologia de alta complexidade para o cuidado adequado.

PALAVRAS-CHAVE: Longevidade; Distrofia Muscular de Duchenne; Mães; Efeitos Psico-sociais da doença; Morte

INTRODUÇÃO

No trabalho como fisioterapeuta com experiência hospitalar, clínica e domiciliar, e fisiologista do exercício com conhecimentos em reabilitação e prevenção de complicações cardíacas e respiratórias, especialmente

em idosos, em 1996, teve início o aprofundamento de conhecimentos sobre a Distrofia Muscular de Duchenne (DMD). Foi durante o atendimento prestado a Titino, um “menino” portador, admitido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital na cidade de São Paulo, com infecção pulmonar e fadiga da musculatura respiratória.

Recorremos, inicialmente, a um artigo encontrado na pesquisa bibliográfica para realização do trabalho de conclusão do curso de graduação, em 1995. Nesse artigo, conhecemos autores que descreviam os benefícios do treinamento do músculo diafragma para meninos portadores de DMD. Na ocasião não tínhamos conhecimento suficiente para investigar essa possibilidade, mas ficou uma certa curiosidade a respeito do tema. Por que o treinamento do músculo diafragma não levava à degeneração de suas fibras, como nos demais músculos esqueléticos e, sim, recuperava a sua força?

Como Titino, na época com 23 anos de idade, estava com insuficiência respiratória aguda, o mais importante naquele momento era superar as condições clínicas desfavoráveis. A assistência hospitalar adequada e o acesso a aparelho de suporte ventilatório moderno possibilitaram a alta da UTI para o quarto.

Ele requeria muitos cuidados e atenção, respirava através de uma via aérea artificial (traqueotomia) e dependia do aparelho ventilatório como suporte de vida. No dia-a-dia profissional, observaram-se a prorrogação de um drama e, ao mesmo tempo, os atributos de sua mãe. Ela respondeu prontamente aos desafios impostos pela caótica burocracia hospitalar, ou seja, dificuldades de acesso a informações e a prestação de serviços essenciais para a sobrevivência do filho. O fato é que essas pessoas são determinadas, geneticamente, para serem completamente dependentes e têm a complicação pulmonar como a principal causa de morte prematura, mortalidade altíssima na idade de 15-17 anos, e sobrevida rara após os 25 anos de idade.

No caso de Titino, o suporte respiratório melhorou sua capacidade de respiração e seu prognóstico, aumentando assim a qualidade de vida e, ao mesmo tempo, exigindo cuidados familiares cada vez maiores.

Nos primeiros dois anos ele foi internado mais três vezes, com infecção pulmonar. Em 1998, após a última internação, o convênio come-

çou a oferecer cuidados médicos e de fisioterapia em seu domicílio e desde então Titino não tem sido hospitalizado.

Em 2000 Titino conquistou maior autonomia, ao comprar uma cadeira de rodas motorizada com o dinheiro que juntou a partir da ajuda de familiares e amigos e da venda de suas “casinhas” – maquetes que realiza com destreza. Ao divulgar seu trabalho, aumentaram as encomendas, e quando completou 30 anos de idade, comprou um computador.

Existem mais de 30 tipos de distrofia muscular, sendo a do tipo Duchenne (DMD) a mais agressiva e de maior incidência; 1 para cada 3.500 nascimentos masculinos. No Brasil, em 2001, houve 1.589.038 nascidos vivos do sexo masculino.³ A partir da relação desse dado com o da incidência da DMD, estima-se que no mesmo ano nasceram 454 meninos portadores de DMD.

A distrofia muscular do tipo Duchenne é a distrofia muscular progressiva (DMP), definida como uma miopatia hereditária que obedece ao padrão de herança ligado ao cromossomo X e, por isso, os portadores são sempre do sexo masculino e o gene é transmitido pela mãe (mulher portadora assintomática). Doença genética de etiologia desconhecida, a DMD caracteriza-se por uma degeneração do tecido muscular esquelético. Evolui de forma rápida e progressiva, acometendo, gradualmente, diversos grupos musculares; compromete a capacidade vital dos portadores, levando-os, inclusive, à falência respiratória e morte precoce.

A adoção de medidas⁴, como a utilização de equipamentos que propiciem um suporte ventilatório de acordo com a fase da evolução da doença, do comprometimento da função respiratória e outras determinadas situações clínicas, beneficiam essas pessoas, retardando a perda da função vital ou mesmo evitando-a, promovendo assim a melhoria das condições, bem como o aumento de sua expectativa de vida.

Ao longo do tempo, as mães vêm tendo acesso a conhecimentos que são fundamentais à sobrevivência do portador de DMD, outrora restritos aos profissionais da saúde. Ao ter acesso a esses avanços, a mãe foi se enquadrando a uma série de prescrições que dizem respeito não só à doença do seu filho, mas às formas gerais de sua existência e comporta-

mento – sua própria saúde e a de sua prole, bem como de suas condições de vida, habitação e hábitos. Comprova-se, assim, que essa intervenção sobre a doença e o doente, por si só ou por seus efeitos, constitui as variáveis biomédicas de longevidade e de saúde na atualidade.

A compreensão dessa realidade quase desconhecida começou na gerontologia por meio de um processo de aprendizagem metodológica que trouxe várias possibilidades de realizar este estudo. Escolheu-se o caminho da não “naturalização” dos fatos, da volta para a comunidade, da verificação do contexto gerado pela longevidade dessas pessoas, da busca da compreensão do dinamismo social e da intimidade do processo de sua transformação no cotidiano de mães e filhos.

A literatura pertinente foi fundamental para auxiliar na reflexão sobre a maternidade, os avanços da ciência e a implementação de uma melhor assistência médica. Igualmente importantes foram o acesso da população aos progressos da ciência e à longevidade, bem como o respaldo acadêmico para o desenvolvimento do estudo na Associação Brasileira de Distrofia Muscular (ABDIM).

VERTENTE DA MATERNIDADE

Para que se possa compreender, com clareza e sensibilidade, o que é ser mãe de uma pessoa portadora de uma doença potencialmente incapacitante e letal nos dias de hoje, houve necessidade de apreender o que é “ser mãe” ao longo do tempo. E essa tentativa de encontrar os significados de “ser mãe” demandou diálogo aberto com outras disciplinas, em particular a história.

Diversos autores têm demonstrado como essa forma de conceber a família, a reprodução e a relação pais/filhos é intrínseca à organização da sociedade ocidental contemporânea (Shorter, 1975; Ariès, 1981; Badinter, 1985; Hays, 1998; Delassus, 1999).

Para analisar o significado da maternidade nos dias de hoje, Badinter (1985) partiu da constatação de que o amor materno constitui um mito na sociedade ocidental moderna. Segundo ela, desejar e amar um filho se transformou numa disposição natural, inerente à relação mulher/cria, a tal

ponto que não amar um filho, não fazer de seu bem-estar a principal meta significa assumir uma “anormalidade”.

Apesar de o conceito de instinto ter caído em descrédito na ciência contemporânea, no senso comum e no cotidiano, a maternidade continua a ser vista como instinto.

Badinter (1985) defendeu a tese de que o amor materno não é um fenômeno da natureza (inato), mas uma construção adquirida ao longo dos dias passados com o bebê e influenciada pelas determinações da subjetividade sociais e culturais de cada mulher. Convicta de que a boa mãe é uma realidade entre outras, partiu em busca de diferentes faces da maternidade. Seu argumento ancorou-se em um fato histórico: o intenso movimento de denúncia e combate aos altos índices de mortalidade infantil e ao envio de crianças recém-nascidas às casas de amas-de-leite, que marcou a sociedade européia a partir de meados do século XVIII.

Segundo Shorter (1975), a prática de enviar crianças para longe para serem criadas por amas mercenárias era, na realidade, uma prática sistemática e disseminada por todas as classes sociais, ainda que com diferentes nuances.

A intensidade com que tal indiferença em relação à criança estava arraigada nas práticas sociais da época é medida pela proliferação, a partir dos anos 1760-1770, de discursos e obras de todos os campos de saber (administração, demografia, medicina, pedagogia, teologia) incitando os pais a novos sentimentos e, particularmente, as mães ao amor materno.

Diante dessas evidências, como justificar tamanho desinteresse pelas crianças no passado, contrariamente aos nossos valores atuais? Como teria sido esse processo na cultura e na história brasileira? Será que neste início de século o ideal vigente de maternidade está adaptado ao que as mães naturalmente fazem e ao que as crianças necessitam? As possíveis respostas exigiram um recuo ainda maior no tempo.

Embora o objeto de estudo de Gilberto Freyre (2001) tenha sido a família “patriarcal”, foram encontradas algumas referências à outra família, resumida na mãe. O entrecruzamento de diversas etnias, o diálogo entre visões de mundo diferentes e a multiplicidade de costumes, hábitos e cren-

ças que marcaram a constituição da sociedade colonial determinaram também uma situação específica para a condição feminina. Em sua narrativa, a maternidade extrapolou os dados biológicos, com intenso conteúdo sociológico e antropológico.

Durante o período colonial, uma série de fatores cristalizou-se, conferindo à mulher uma situação específica na sociedade que se formava. O rico período de entrecruzamento de etnias diversas, os diálogos entre as visões de mundo diferentes, costumes, hábitos e crenças marcados pela austeridade fecundaram a condição feminina que então se organizara na Terra de Santa Cruz.

A mulher indígena, matriz genética e transmissora de elementos fundamentais de cultura, contribuiu com seus ensinamentos para o cuidado da casa e dos filhos, sobretudo com os bons hábitos de asseio corporal e de banho diário no rio, que tanto escandalizavam o europeu.

A história de vida do brasileiro senhorial, reconstruída por Freyre (2001), começava pelo parto, descrito como: “imminente risco de render uma bela morte de anjinho para ser enterrado em alegres caixões azuis, se menino, rosados, se menina” (2001, p. 380).

Os avós e bisavós patriarcais brasileiros, quase sempre grandes procriadores, raramente tiveram a felicidade de se fazerem acompanhar da mesma esposa até a velhice. Eram elas que, apesar de mais moças, iam morrendo; e eles casando com irmãs mais novas ou primas da primeira mulher.

Por isso muitos bebês brasileiros, do tempo da escravidão, foram amamentados por negra e criados por mucamas. A escolha da escrava para ama sugere, ainda, outro fato: de Portugal transmitira-se ao Brasil o costume de as mães ricas não amamentarem os filhos, o que foi atribuído à moda. Com relação ao Brasil, seria absurdo atribuir-se à moda a aparente falta de ternura materna da parte das grandes senhoras. O que houve foi a impossibilidade física das mães de atenderem a esse primeiro dever de maternidade. Já que se casavam antes do tempo; algumas fisicamente incapazes de ser mães em toda a plenitude. Casadas, sucediam-se os partos. Um filho atrás do outro. Um doloroso e contínuo esforço de multiplicação. Filhos muitas vezes nascidos mortos. Outros que se salvavam da morte por milagre.

A esse fato, e não à imposição da moda, Freyre atribuiu a importância, na organização doméstica brasileira, da escrava ama-de-leite, chamada à casa-grande para ajudar franzinas mães de quinze anos a criarem os filhos.

Del Priore (1993) reconstituiu, dentre outros arquivos, o projeto da Metrópole para a Colônia brasileira. Esse projeto visava a povoar e organizar a produção, tornando eficiente a empresa mercantil, o que exigia a domesticação dos povos e a normalização social. A serviço do Estado português, a Igreja foi o grande mentor desse projeto e teve na obediência das mulheres à maternidade sua principal estratégia. A autora destacou, em primeiro lugar, a matriz do Brasil, a “santa-mãezinha” de ontem e de hoje, mãe pobre ou rica, preta ou branca, “parideira”, que gerou e criou o Brasil-massa.

A maternidade, elemento definidor das diversas vivências que as mais diferentes mulheres tiveram na colônia, constituiu-se no universo feminino do período colonial. A identidade feminina fazia-se a partir da maternidade, independentemente de a mulher pertencer à casa-grande, à senzala ou à palhoça bandeirista.

O processo de “adestramento” pelo qual passaram as mulheres coloniais foi produzido por dois poderosos instrumentos de ação: as práticas discursivas da Igreja e, logo em seguida, as práticas do saber médico.

No período colonial, a ciência médica estava contaminada pelo imaginário. O médico era um criador de conceitos e, ao mesmo tempo, um descobridor de fatos. Cabia então à medicina dar caução à Igreja, a fim de disciplinar as mulheres para o ato da procriação. Enfim, o mito da boa mãe, cuja versão brasileira, segundo Del Priore (1993), era o mito da santa-mãezinha se estabelecia: a comunhão entre o desejo institucional de domesticar a mulher no papel de mãe e o uso que as populações femininas fizeram desse projeto foi bem-sucedido – o estereótipo de santa-mãezinha provedora, piedosa, dedicada e assexuada se instalou no imaginário brasileiro no período colonial e não mais o abandonou.

O “crescei e multiplicai-vos” ecoava sistematicamente nas necessidades básicas das populações do passado. Essa demografia pródiga em filhos, escorada na crença católica de que Deus os ajudaria a criar, pois

eles são “a riqueza dos pobres”, era contrabalançada por uma alta mortalidade infantil.

Por outro lado, em sua maioria, as mulheres na colônia estavam inseridas em um árduo sistema de trabalho e viam assustadas a chegada de filhos, que constituíam uma sobrecarga. A opção, muitas vezes, era o aborto, a “roda da misericórdia” ou o infanticídio.

De maneira semelhante à relação que mantinham com o discurso da Igreja, as mulheres sustentavam uma ligação dupla com o saber médico: incorporavam o necessário e transformavam o que podiam, conciliando-o com o saber popular.

Esse período de transformações de ordem social coincidiu com o momento de desenvolvimento científico da medicina, assegurando-lhe, assim, uma penetração cada vez maior no tecido social.

O século XX se iniciou com o ideal da maternidade natural e da santa-mãezinha, intensamente arraigado na cultura ocidental. As práticas de medicalização da maternidade, a sofisticação dos recursos biomédicos em torno da gravidez e do parto, ao longo desse século, trouxeram à maternidade o *status* de escolha – o que talvez seja original na história da humanidade.

A “revolução feminina” foi uma das grandes marcas do século XX, caracterizada por uma onda de movimentos – sociais, políticos, intelectuais e culturais – que reivindicaram e ajudaram a construir uma revisão da definição e da inserção do “sujeito mulher”. Um processo de discussão, de desconstrução/reconstrução das concepções e dos sentidos de “ser-mulher”, que ultrapassou muito o campo dos domínios de saber e dos embates políticos, infiltrando-se e transformando o cotidiano das pessoas, especialmente das mulheres.

Do advento da “pílula” anticoncepcional, do direito ao voto, passando por uma participação crescente na força de trabalho até a transformação do modelo de família (com o aumento do número de divórcios, os novos arranjos familiares; e com o controle da natalidade, o aumento de famílias nucleares), as condições de vida da mulher moderna mudaram significativamente, particularmente nas últimas décadas (Badinter, 1985; Hays, 1998).

Nas arenas políticas, nas discussões acadêmicas, nos meios de comunicação de massa e no cotidiano das relações pessoais, o feminismo ajudou a alicerçar a idéia de mulher cidadã. Ao ser considerada livre para escolher, a mulher passou a ter um corpo que lhe pertence, o que sem dúvida foi uma conquista, mas, por outro lado, implicou responsabilidade.

No entendimento de Badinter (1985), desejou-se resolver o dilema da maternidade em detrimento da independência. Em sua análise, a autora confirmou que, à medida que a função materna abrangia novas responsabilidades, acentuava-se cada vez mais o devotamento como parte integral da “natureza” feminina – “nele estava a fonte de sua felicidade”. Se uma mulher não se sentisse dotada de uma vocação altruísta, fazia-se apelo à moral que lhe impunha o sacrifício.

Enclausurada em seu papel de mãe, a mulher não mais poderia evitá-lo, sob pena de condenação moral. Ao mesmo tempo em que se exaltavam a grandeza e a nobreza das tarefas maternas, condenavam-se todas as mães que não sabiam ou não podiam realizá-las à perfeição. Da responsabilidade à culpa foi apenas um passo, rapidamente dado ao aparecimento da menor dificuldade infantil. “É à mãe, doravante, que se adquire o hábito de pedir as contas” (Badinter, 1985, p. 238).

Para Hays (1998), apesar da contradição cultural entre o lar e o mundo ter uma longa história, a contradição pessoal que as mulheres enfrentam na qualidade de mãe e de profissional de carreira gerou um fenômeno histórico relativamente novo.

Segundo a autora, sob tais condições, seria de se esperar que as mulheres assimilassem plenamente a lógica do mercado de trabalho, que a barreira entre o lar e o mundo desmoronasse por inteiro e que o cálculo racional do interesse próprio levasse todas a considerar muito simples a tarefa de criação dos filhos.

No entanto, inúmeras mulheres, diante dessa contradição onerosa, não desejaram dar preferência a nenhum dos dois compromissos – elas deram um jeito e procuram fazer malabarismo com ambos. Por um lado, com a inegável tendência à participação das mães na mão-de-obra remunerada, a ideologia da maternidade intensificada tornou-se mais ampla e

mais complexa – “as mães da sociedade moderna fazem muito mais do que simplesmente alimentar, mudar fraldas e proteger a criança até seis anos” (Hays, 1998, p. 8).

Subentende-se por “mais”, a idéia das mães sobre a criação dos filhos. A criação conduzida pelos métodos da boa educação, constituídos em torno da criança, sob orientação de especialistas, foi caracterizada por Hays (1998) como emocionalmente absorvente, geradora de trabalho intensificado e financeiramente dispendiosa.

Ao concordar com Badinter (1985), quando assinala que o amor materno é apenas um sentimento humano e, como sentimento, é incerto, frágil e imperfeito, este estudo não se limita estritamente ao comportamento da mãe, mas busca compreender o que o motiva. Por isso focalizou a relação entre a longevidade e a distrofia muscular de Duchenne, o que permitiu analisar o papel da mãe em função das situações geradas e atribuídas à convivência com a doença potencialmente incapacitante e letal do filho.

A resposta imediata é que esses “seres desacreditados frente a um mundo não receptivo”, como o atual, precisariam, além de tudo, de uma “mãe capaz de incluí-los no entorno mais próximo e no próprio mundo” – necessidade que pode prosseguir pela vida toda (Meira, 2002).

Questão polêmica, a maternidade, nos dias de hoje ainda se encontra solta no terreno movediço das hipóteses e investigações, cercadas de valores e apelos subjetivos, mas que, no caso das mães da Associação Brasileira de Distrofia Muscular (ABDIM), exigem respostas imediatas, materializadas em procedimentos realizados no sentido de suprir as demandas que uma mãe com um filho em tal situação vem necessitando ao longo do tempo.

METODOLOGIA DA PESQUISA

O estudo foi realizado na Associação Brasileira de Distrofia Muscular (ABDIM), na cidade de São Paulo, com 50 mães, no período de março de 2002 a novembro de 2003, com aprovação da comissão de ética da instituição. Foram utilizados instrumentos de pesquisa quantitativa e qualitativa: questionário semi-estruturado, observação participante e diário de campo. Também foi colhido o depoimento domiciliar de uma mãe, prota-

gonista do estudo, de 62 anos de idade, porque seu filho Titino, de 31 anos, é a pessoa portadora de DMD mais longeva que já freqüentou a ABDIM. A análise dos dados coletados foi feita através dos métodos analíticos informatizados SPSS (para as questões fechadas) e SPAD.T (para as questões abertas), abrangendo categorias de totalidade social, cultural, econômica, de saúde, de apoio e de cotidianidade.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

A fim de apresentar algumas considerações sobre o contínuo processo de aprendizagem no campo da gerontologia social, trouxemos à reflexão o universo de pessoas *incomuns*.

Os meninos da ABDIM têm em média 14,61 anos de idade; a maioria freqüenta a escola, utiliza cadeira de rodas para locomoção e é assistida pelo SUS. A média de idade das mães da ABDIM é de 42,55 anos; são na maioria casadas, de baixa escolaridade, sem renda pessoal e residentes na periferia da cidade de São Paulo.

As narrativas mostram o impacto da complexidade e a diversidade da problemática que a conquista da longevidade suscita. Os meninos da ABDIM radicalizam a longevidade e as mães da ABDIM nos ajudam a compreender o significado de “ser mãe”, na atualidade, através de respostas dadas à seguinte pergunta: “Se neste momento estivesse diante de uma mãe que está começando a viver o que a senhora passou, o que diria a ela?”

A mãe que representa a faixa etária dos 28 aos 35 anos mostra sua condição materna e como carrega o fardo que constitui a doença do filho Leandro, de 19 anos. Sublinha o senso da dedicação e do sacrifício que caracterizam seu cotidiano. Ao se submeter, silenciosamente, ao modelo de boa mãe, demonstra algumas vezes tranqüilidade; em outras, frustração e infelicidade.

“A maioria das mães, quando o filho tem distrofia; a primeira coisa que ela faz é tirar da escola. Eu aconselho não fazer isso. A escola ajuda muito. Como tem mães que o menino está caindo muito e ela não põe na cadeira de rodas. Não põe porque dói muito nela. E dói mesmo. No caso do meu filho também doeu em mim. Porque ele também não queria aceitar a cadeira de rodas. Mas ajuda, quando eles estão ali no

limite, caindo, se machucando. Tem que ter paciência, ter calma e conversar bastante com eles. As mães também devem olhar do outro lado. Para os outros filhos. Para também não ser injusta. Porque a gente que tem filho deficiente, às vezes esquece dos outros que não têm problema nenhum. Muitas vezes a mãe esquece. Só olha para aquele e esquece os outros. Eu falo isso, porque já aconteceu comigo. Não que eu desprezava(sic) os outros meus filhos, é que achava que ele precisava mais de mim. Só que o outro meu filho falou assim: 'Mãe, eu queria ser deficiente também'. Aí foi que eu acordei. Pensei: meu filho não tem problema nenhum, também merece tudo que o outro. Eles têm ciúmes do cuidado que você está tendo mais com o outro. E a gente faz isso porque acha que ele está precisando mais. E realmente é verdade, mais vai enfiar isso na cabeça deles? É conversar, explicar e pedir ajuda para eles também. Aí aos poucos a gente foi viver em paz. Não é fácil ser mãe de um deficiente: você sofre de tudo quanto é lado. Para uma mãe nova, eu passaria isso: se conformar; rezar; pedir ajuda para Deus para você ter paciência. Porque é uma coisa que a gente faz, faz, faz e não está vendo retorno. Nada. Como eu já estou me sentindo cansada... Cansada mesmo. Porque você faz dali. Faz daqui. Cuida cada vez mais. Já vê que ele não faz mais o que fazia no outro dia. Cada vez mais você vai entristecer. Mas assim mesmo você vai continuar fazendo, cuidando. Precisa ter muita paciência".

Esse recorte explicita que o desejo materno de vencer é constante e intenso. E que a mãe – sensível, amorosa, competente e delicada – está, verdadeiramente, cansada.

A mãe que representa a faixa etária dos 35 aos 42 anos deixa transparecer que não pode, sem angústia e culpa, pensar em distanciar-se da nova situação que se impõe. Ela sabe que existe um comportamento materno unificado advindo da convivência com o filho portador de DMD. Embora perceba que existem algumas diferenças entre as atitudes das mães, ela reconhece o fato de ser ela considerada a mais indicada para assumir os cuidados essenciais para a sobrevivência do filho João, 6 anos de idade. Ao renegar sua própria vida em função da dele, ela afirma, em outras palavras, que é “natural” lhe atribuir tais deveres. Reconhece também que uma verdadeira mãe não é livre e que não dá para assumir qualquer outro papel ao mesmo tempo em que se é mãe de um portador de DMD.

“Eu tenho experiência de três anos com o meu filho com a distrofia. Então não adianta falar que vai ter cura, porque a gente sabe que não tem. Agora a gente também não pode desespérer. Porque a única

coisa que nos resta é a esperança. O pouquinho de esperança que a gente tem a gente vai perder? Vai cruzar os braços. Fechar os olhos. Viver só no seu mundinho. Não ver que uma criança que já está com 18, com 20 anos com distrofia, amanhã vai ser o seu filho? O caminho é muito doloroso. É muito doloroso ver o filho da gente querendo fazer as coisas e não conseguir. Que não vai conseguir nunca, nunca, nunca, nunca, nunca. Se a gente perder a esperança, a gente vai estar desistindo deles. E a gente não pode. Eu como mãe, eu nunca vou desistir do meu filho. Se me mandar para a China, se me mandar para qualquer lugar. O que eu tiver que fazer, eu farei. Porque se a gente desistir, a gente está abrindo mão deles. No meu caso eu só tenho o meu filho, se eu desistir de lutar, estou desistindo dele e de mim. Porque hoje a minha vida, como eu acho que é a vida de qualquer mãe, é o meu filho. O filho estando bem, você está bem. Quando você é mãe e o seu filho precisa de você, você larga a tua vida, para manter a vida do teu filho. É certo? É justo? Também não sei. Acho que as mães fazem isso”.

As mães lutam por seus filhos. E essa mãe traz na sua fala a reflexão da mulher que sofre por ser mãe de um portador de distrofia muscular do tipo Duchenne.

A mãe que representa a faixa etária dos 42 aos 49 anos se sente responsável pela saúde do filho e não oculta sua ansiedade; os cuidados não a deixam um segundo livre. De geradora de seres a realizadora dos seres, a mãe confirma que a boa criação e os cuidados exigem que ela abdique de sua própria vida e viva apenas o dia de “hoje” com o filho Warley, 12 anos de idade.

“Tenho que falar: tenha muita paciência. Porque cada dia que passa fica mais difícil. A gente sofre mais. Porque a gente vai vendo, eles vão perdendo tudo. O que hoje ele conseguia, amanhã já não consegue mais. Sempre falo: vou viver o hoje. Amanhã eu não sei se vou ter ele para viver. Se ele geme à noite, a gente se assusta. É muito difícil. Tem que ter muita esperança. Ter força. Não numa cura. Porque eu acho que por enquanto a cura é a única solução que não vai ter. Tem que ter muita força para cuidar deles. Porque eles precisam muito da gente. E a gente vai viver para eles; não vai viver para a gente. Então é sofrido. Pra uma pessoa que está começando, eu vou dizer: você não sabe do terço a metade. É muito duro. Dói muito. É uma dor que nunca vai passar. Mas você vai ter que aceitar. Ter muita paciência. Porque você também não pode fazer mais nada”.

O modo como essa mãe vivencia a maternidade ao longo de sua trajetória de vida está intimamente relacionado à maneira como a sociedade define a família, diferenciando e atribuindo papéis a homens e mulheres. Ser mãe é uma experiência configurada pelo sacrifício que a define e dignifica.

É preciso compreender que a mãe sacrifica de bom grado seu tempo e suas forças ao filho, que é um pouco dela mesma, e que o grande sacrifício não está aí; ele consiste em um investimento sem retorno. A mãe de Odair, 21 anos de idade, representa a faixa etária dos 49 aos 56 anos e sente a necessidade de atenção, carinho e amor.

“Tem que ter muita paciência com o filho. Porque um dia ele está bem. O outro dia ele fica agoniado. E a gente não sabe o porquê. Ai vai fazer o quê? Tem que ter paciência. E não se apavorar. E as mães também precisam de carinho; precisam de amor”.

Ao falar de carências, essa mãe traz a realidade de uma longevidade e velhice não protegida, marcada pela paciência e fortalecida pela esperança.

A experiência de um tempo mais longo num contexto de muito sofrimento e desgaste não permite que a mãe, nem ao menos, previna a dependência, pois essa é mútua: do filho, biológica e fisicamente; e da mãe, que encontra sentido na sua vida ao cuidar, diariamente, do filho cada vez mais dependente dela. A mãe de Titino representa a faixa etária dos 56 aos 63 anos; ela narra a função materna e descreve o significado dessa experiência em sua vida e na de seu filho de 31 anos de idade.

“Acho que pro problema dele até que ele é muito paciente. Porque qualquer uma outra pessoa com o problema dele ficaria revoltada. Ficaria muito nervoso. Porque dentro dele, ele carrega um grande problema. Problemas que se apresentam às vezes dentro da própria casa. Ele não é uma pessoa agressiva, ele é uma pessoa mansa diante dos problemas que ele passa. Porque como seria a mente dele, ele pensar que tem uma enfermidade; que ele vai morrer a qualquer instante. Ele sabe que ele pode morrer a qualquer instante, qualquer coisa seria fatal na vida dele. Diante do que ele passa, ele é meigo. Ele é carinhoso. Ele é amoroso. É uma pessoa que sabe sofrer. Principalmente sofrer. Porque o nosso exemplo não somos nós. Mas pra mim ele é um exemplo. Pelo sofrimento que ele passa. Ele suporta pelo desejo de viver. Ele sabe que a enfermidade é fatal e luta pra sobreviver; luta pelo direito de viver. Ele tem desejo de viver. Ele luta muito pra viver, isso é muito bom: uma pessoa ter desejo de viver e lutar pela sobrevivência, não é verda-



de? Às vezes eu fico pensando: ‘Senhor, será que um dia, se eu tiver que passar por tanta coisa, que ele passou’... Não é que ele é um exemplo (sic). Mas, se eu tiver que passar por alguma dor; algum sofrimento na minha velhice; eu vou lembrar do que ele passou. Porque realmente ele teve paciência. Ele teve calma de suportar tudo. O que ele passou naquela cadeira de rodas. Porque ele não suporta só a enfermidade. Ele suporta outras coisas mais. Porque o pai dele era uma pessoa muito nervosa. Agora não, agora ele mudou muito. Deus moderou. Mas ele sofreu muito. Caía, batia muito com a cabeça e meu esposo ficava nervoso. E eu não; eu ficava com dó do sofrimento dele. Essa parte foi uma parte muito dura na vida dele. Eu vi ele passar nas intenações. Tudo que eu vi ele passar na parte da traqueotomia. Precisou ser entubado. Na parte de aspirar também. Porque quando eu via a enfermeira aspirando; eu segurava na mão dele e fechava os olhos, pra não ver o sofrimento dele; porque eu via as lágrimas descendo dos seus olhos. E não sabia que ia ter de aprender; pra fazer em casa a mesma coisa. A gente põe tão difícil. Mas com Deus na frente, se torna tudo fácil. Uma coisa que eu faço hoje, como que estou lavando uma louça: com muito cuidado e carinho com ele. Para uma mãe que está começando agora: apega Naquele que fez o céu e a terra; tenha fé. É esperar só em Deus. Pedir muita força para Ele. Porque só Dele podem vir todas as forças para suportar uma parte dessas. Porque jamais a pessoa tem força de si mesmo. E é triste. É muito triste aquela mãe que não tem Deus numa parte dessas. Ela só tem amargura e tristeza. Ela passa tudo sem um consolo. Pode cometer um ato de loucura. Porque ela está sozinha dentro daquele barco. Ela só vai ter tristeza e choro dentro do coração; vai passar isso para o filho. Se a mãe conhecer o que eu conheço, ela vai ter sempre uma resposta. Qual é a forma de suportar, de carregar essa cruz? É ter atenção, amor, calma e paciência; é ter Deus dentro do coração”.

A maneira como a mãe narra a função materna, evocando freqüentemente a “paciência”, traduzida no “sacrifício” e a forma como usualmente recorre a Deus em busca de força evidenciam o relacionamento entre mãe, “Pai” e filho. Ao crer no “Pai” – testemunha de seu devotamento ao filho – a mãe se fortifica no dia-a-dia de sua epopéia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trazar à tona os aspectos singulares das biografias dessas mães é dar voz a quem é, constantemente, considerado como objeto não como sujeito conhecedor da realidade. A realidade dos sujeitos deste estudo



implica a conjugação da prática de cidadania e civilidade, em como lidar com a longevidade humana, com o desejo de viver no desencadear de situações incapacitantes.

Os meninos da ABDIM trazem uma grande inquietude sobre o prolongamento da vida; suas mães já disseram que o viver mais exige um contínuo esforço físico, psicológico e financeiro. Coube a elas a responsabilidade de lutar pela vida do filho, valorizar a vida dele quando esta “caminha para a própria destruição”; suportar a dor de conviver cotidianamente com a morte eminente do filho; e superar o cansaço, gerado pela função materna de manter a sobrevivência do filho.

A epopéia da longevidade nos chama para um debate público sobre os aspectos éticos, políticos e científicos que a envolvem; leva cada um de nós a refletir sobre esses valores. O que pensar sobre os impactos negativos e problemáticos da epopéia da longevidade? O que dizer desse fato que, por analogia, também traz os problemas do processo de envelhecimento, da velhice, na atualidade? Quando e em quais condições a longevidade humana fará parte de nossas vidas?

NOTAS

- * Artigo escrito a partir da dissertação de mestrado: Meninos & Mães da ABDIM: A epopéia da longevidade de pessoas que convivem com a Distrofia Muscular de Duchenne e envelhecem lado a lado, fomentada pelo CNPq e defendida em janeiro de 2005.
- ¹ Autora, fisioterapeuta, mestre em Gerontologia pela PUC-SP e pesquisadora dos Grupos de Pesquisas Epidemiologia Cuidador e Longevidade, Envelhecimento e Comunicação, ambos da PUC-SP. E-mail: bbell_o@yahoo.com.br
- ² Co-autora, doutora em Ciências da Comunicação pela USP, docente e pesquisadora do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da PUC-SP. E-mail: beltrina@uol.com.br
- ³ Conforme site: <http://tabnet.datasus.gov.br>, acessado em 30/09/2004
- ⁴ Considerando a Portaria GM/MS N° 1.531, de 4 de setembro de 2001, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o “Programa de Assistência Ventilatória Não-invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva” para viabilizar a assistência ventilatória a essas pessoas
- ⁵ A ABDIM é uma instituição de natureza filantrópica, mantida por doações de verbas de empresas particulares, além de verbas geradas através de recursos próprios (doações, bazares e outros eventos). Consultar o site: www.abdim.org.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHN, A. H.; KUNKEL, L. M. The structural and functional diversity of dystrophin. *Nat. Genet.*, v. 3, p. 283-291, 1993.

ARIÉS, P. *História social da criança e da família*. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

DELISSUS, J.M. *O sentido da maternidade*. São Paulo: Paulinas, 1999.

DEL PRIORE, M. *Ao sul do corpo*. Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. Rio de Janeiro: José Olympio; Brasília, DF: Edunb, 1993.

FREYRE, G. *Casa-Grande e Senzala: introdução à história da sociedade patriarcal no Brasil*. 45.ed. São Paulo: Record, 2001.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

GOZAL, D. Pulmonary manifestations of neuromuscular disease with special reference to Duchenne muscular dystrophy and spinal muscular atrophy. *Pediatr Pneumol*, v. 29, n. 2, p. 141-150, 2000.

HAYFLICK, L. *Como e por que envelhecemos?* Rio de Janeiro: Campus, 1997.

HAYS, S. *Contradições culturais da maternidade*. Rio de Janeiro: Grhyphus, 1998.

MELO, A. F. T. *A vida, o olhar e o sentir materno em distrofia muscular do tipo Duchenne*. 1999. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MEIRA S.A. *Um olhar aquém do envelhecimento*. O portador de deficiência múltipla em processo de envelhecimento. 2002. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

OLIVEIRA, B. *Meninos & mães da ABDIM: a epopéia da longevidade de pessoas que convivem com a Distrofia Muscular de Duchenne e envelhecem lado a lado*. 2004. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

SHORTER, E. *A formação da família moderna*. Lisboa: Terramar, 1975

*ABSTRACT*

This paper presents the longevity of people with DMD, a genetic disease of unknown etiology which is potentially incapacitating and lethal. It studies mothers and children, showing their daily struggles and difficulties, as well as their contribution, as they overcome obstacles together, conquer longevity and grow older side by side. The research was carried out at the Brazilian Association of Muscular Dystrophy (ABDIM), in the city of São Paulo, between March 2002 and November 2003, and comprised 50 mothers and 51 children. Quantitative and qualitative research tools were used, such as semi-structured questionnaire, participant's observations, and field diary. Through the mothers' testimonies, it was noticed that living longer demands continuous physical, psychological and financial efforts on their part. They assumed the task of fighting for their children's life, valuing it as it "moves towards the destruction", and they have to live day after day with the idea of their children's imminent death. The study found that the increase in this population's life expectancy depends on costly interventions involving advanced technology to ensure delivery of proper care.

KEYWORDS: Longevity; Muscular Dystrophy; Duchenne; Mothers; Cost of Illness; Death

Recebido para publicação em: 22/9/2005

Aprovado em: 24/10/2005

Correspondência para:

Bernadete de Oliveira

E-mail: bbello_o@yahoo.com.br



Saúde, doença e envelhecimento: representações sociais de um grupo de idosos da Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) – Feira de Santana-BA
Health, disease and aging: social representations of a group of old people from the Open University of Third Age (UATI) – Feira de Santana-BA

Maria Geralda Gomes Aguiar¹
Maria Angela Alves do Nascimento²

RESUMO

Trata-se de estudo analítico-crítico das representações sociais do processo saúde-doença e do envelhecimento, realizado com dez idosos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade, da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, inscritos na Oficina de Cidadania do Idoso. Tem como objetivos **conhecer** e **analisar** as concepções de saúde-doença e do processo de envelhecimento, sob a perspectiva dos idosos. Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada. As concepções de saúde-doença remetem a uma visão biologicista; a **saúde** é reduzida ao equilíbrio corpóreo, ao tempo em que **se** aponta para sua relação com as condições de qualidade de vida e o próprio comprometimento dos idosos, como sujeitos sociais responsáveis pela adoção de um estilo de vida saudável; a concepção do **envelhecimento** como finitude muda a partir de sua inserção na UATI, no sentido do (re)começo de um pensar e um agir pautado em seus direitos e deveres como cidadãos.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento; Saúde do Idoso; Doença; Trabalhadores Rurais; Direitos Humanos; Feira de Santana, BA

INTRODUÇÃO

Trabalhar com grupos de idosos não é uma coisa nova para nós. Foi, portanto, nossa experiência profissional na área da saúde coletiva dirigida a grupos sociais de determinadas comunidades – sobretudo tra-

balhadores rurais, representados maciçamente por maiores de 60 anos – que nos fez despertar e valorizar as formas de organização e mobilização dessa categoria num trabalho efetivo e participativo. Pautamo-nos na concepção de que o envelhecimento é um fenômeno multidimensional. Ultrapassamos, assim, a visão meramente biológica, que também a valoriza, estimulando e sensibilizando esses idosos para a luta em busca da sua cidadania como sujeitos ativos. Foi também o reconhecimento da heterogeneidade do processo de envelhecimento e da diversidade de experiências dos que o vivem, uma vez que é no cruzamento da história individual daquele que envelhece com a história da sua sociedade que se constroem modos de pensar, sentir e agir, capazes ou não de criar condições para se enfrentar os desafios da velhice, em especial os relativos à saúde-doença.

Ao lado dessa experiência, uma das autoras coordena a **Oficina Cidadania do Idoso** – integrante das atividades socioeducativas oferecidas semestralmente aos alunos do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI), da Universidade Estadual de Feira de Santana – cujo eixo é a abordagem de temáticas articuladas à categoria da cidadania, quais sejam: os direitos civis, sociais e políticos; a política nacional do idoso; o conselho municipal do idoso; o direito do idoso à saúde, além do dever do idoso de participação em movimentos sociais e políticos e outros, visando à proposição de estratégias que possibilitem o exercício da cidadania na vida cotidiana.

A partir do momento em que planejamos uma palestra sobre o tema “Saúde e direito do idoso” como uma das atividades da Oficina Cidadania do Idoso, nos sentimos motivadas a buscar compreender as concepções de saúde-doença e o processo de envelhecimento na perspectiva dos idosos. Partimos do pressuposto de que o envelhecimento, como processo do desenvolvimento humano, é permeado por transformações no corpo biológico, por interferências no mundo social, assim como no pensamento e nas emoções. Assim, acreditamos que as representações sociais do envelhecimento dependem de determinantes biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, educacionais/culturais e políticos, e variam para cada sujeito com base em sua biografia e na história da sociedade da qual faz parte.



Historicamente, nas últimas três décadas a população idosa brasileira vem crescendo e demandando maior atenção dos serviços de saúde. Isso justifica, em parte, nosso intuito de conhecer e analisar o que pensam, o que sentem e como agem os idosos em relação à saúde-doença e ao processo de envelhecimento.

De acordo com as previsões de Berquó (1996), no final do século XX o Brasil teria 8,7 milhões de pessoas com 65 anos e mais, sobreviventes de coortes nascidas até 1935. Isto quer dizer que um de cada 20 residentes no país seria idoso; vinte anos mais tarde, essa relação será de um para treze. Projetou, ainda, que 82% de representantes desse contingente populacional viverá nas cidades. Nesta perspectiva, a mortalidade diferencial nos campos e nas cidades, e as migrações que ocorreram no país nas últimas décadas configuraram uma concentração de idosos em áreas urbanas, de mulheres, principalmente, em decorrência da mortalidade masculina. Este fato, segundo a autora, requer atenção para que as cidades se aparelhem de modo a poder oferecer recursos, de várias ordens, demandados pelos idosos.

Estudos recentes realizados por demógrafos e epidemiologistas brasileiros projetam para o ano 2025 a possibilidade de existirem 33 milhões e 882 mil pessoas acima de 60 anos no país. Nesta perspectiva, o Brasil ocupará o 6º lugar no mundo em termos de população idosa. Duarte (1996) ressalta que a faixa etária que mais deve aumentar no conjunto dessa população é a de 70 anos e mais, significando uma gama de exigências que certamente vai produzir impacto no orçamento das políticas públicas para a assistência à saúde.

Face a tais estimativas e conhecedoras da realidade dos serviços de saúde no país, perguntamos se a sociedade se encontra preparada para responder apropriadamente aos problemas advindos do envelhecimento. Que sentidos podem ter a saúde-doença e o envelhecimento numa sociedade como a nossa, que culturalmente dá ênfase à juventude como fonte de beleza e força de trabalho, deixando as pessoas de mais de 40 anos fora do mercado de trabalho? É, pois, diante da falta de respostas conseqüentes a tais questões que o envelhecer é prefigurado como um processo temido, que muitas vezes assusta, sobretudo pelo medo do isolamento, pela potencial perda de *status* familiar e social e conseqüente perda de oportunidades de participação social.

Acreditamos, como Debert (1996, p. 45), que

“transformar os problemas da velhice em responsabilidade individual, em negligência pessoal, em falta de motivação, em adoção de estilos de vida e formas de consumo inadequadas e recusar a solidariedade pública entre gerações [...] é um dos fundamentos dos Estados modernos”

incompatível com o que defendemos. Neste sentido, os idosos brasileiros deverão contar com políticas sociais que lhes garantam condições para usufruir a vida com dignidade. Acima de tudo, comungamos com o pensamento de Berquó (1996), para quem o cenário é marcado também por um horizonte de solidariedade entre familiares, entre amigos e entre gerações.

Cientes de que o envelhecimento, enquanto processo de desenvolvimento, é complexo, heterogêneo e singular para cada sujeito que o vive, interessa-nos aqui conhecer as concepções de saúde-doença e do processo de envelhecimento de idosos participantes da Oficina Cidadania do Idoso do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI). Nosso desafio é, ao **conhecer** as concepções de saúde-doença e do processo de envelhecimento na perspectiva dos idosos e **analisar** suas representações, podermos, ao mesmo tempo, compreender de que maneira se articulam as relações desse grupo social com a questão da saúde.

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Do ponto de vista sociológico, Durkheim foi o primeiro autor a trabalhar explicitamente o conceito de representação (Minayo, 2000). Usado como representação coletiva, o termo se refere a categorias de pensamento através das quais as sociedades elaboram e expressam suas realidades. Em Durkheim essas categorias não eram algo dado *a priori* e não eram universais na consciência, mas surgiam ligadas aos fatos sociais, transformando-se, elas próprias, em fatos sociais passíveis de observação e interpretação.

Marcel Mauss *apud* Minayo (1994), abordando o mesmo tema, mostrou que a sociedade se exprime simbolicamente em seus costumes e instituições, através da linguagem, da arte, da ciência, da religião, assim como através das regras familiares, das relações econômicas e políticas.

Portanto, para ele, são objeto das ciências sociais tanto a coisa, o fato, como sua representação. Conforme Mauss nos alerta, é necessário fazer uma distinção entre os dois níveis, em razão do risco de se reduzir a realidade à concepção que dela fazemos.

Na análise antropológica atual, os sistemas simbólicos que constituem a cultura de uma sociedade são considerados representações de ordenações existentes na vida social. Além disso, os sistemas simbólicos são modelos para a realidade e organizam, de modo regular e padronizado, a conduta coletiva (Geertz, 1978). Os sistemas simbólicos de idéias e valores que orientam e dão significado à conduta são construídos na prática coletiva, vivida pelos indivíduos e constituem “uma espécie de imagem mental da realidade” (Magnani, 1986, p. 128), isto é, são representações. E são flexíveis – portanto, podem ser alteradas de acordo com as mudanças que ocorrem no conjunto da vida social.

Para Serge Moscovici, um dos autores que vêm trabalhando com essa temática, as representações sociais são conjuntos de conceitos, afirmações e explicações que são verdadeiras teorias do senso comum, que permitem a interpretação e a construção de realidades sociais (Sá, 1993). As representações sociais permitem a aproximação e incorporação de novos elementos à cultura, e remetem a categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade seja explicando, justificando-a ou colocando-a em questão.

Jodelet (1985) define as representações sociais como modalidades de conhecimento prático, orientadas para a comunicação e compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos. São, conseqüentemente, formas de conhecimentos que se manifestam como elementos cognitivos – imagens, conceitos, categorias, teorias –, mas que não se reduzem jamais a componentes cognitivos (Spink, 1993). Sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum que permite a comunicação. Desse modo, as representações sociais são

“essencialmente, fenômenos sociais que, mesmo acessados a partir de seu conteúdo cognitivo, têm de ser entendidos a partir do contexto de produção. Ou seja, a partir das funções simbólicas e ideológicas a que servem e das formas de comunicação onde circulam” (Spink, 1993, p. 300).

O entendimento de que as representações estão ancoradas na dimensão da vida social, à qual dão significados, torna necessário apreender o processo de sua produção e representação, como organizam seu sistema de conhecimento do senso comum, de idéias e valores.

As representações sociais fazem parte de um sistema simbólico que produz um conhecimento sobre o mundo – isto é, atribui significados à realidade. Através dessa rede simbólica de sentidos, é possível pensar o mundo e certas práticas sociais. As representações sociais manifestam-se em palavras, sentimentos, gestos, condutas e se institucionalizam. O problema que se coloca, portanto, é saber em que medida e de que maneira esse sistema simbólico se articula com os conflitos sociais, os exprime e os modifica.

No início do século XX emergiram estudos de sociólogos e antropólogos, com forte base empírica, que demonstravam ser a doença, a saúde e a morte categorias relacionadas com os modos de agir, sentir e pensar da cada sociedade, que não podiam ser reduzidas a evidências orgânicas, naturais e objetivas. Ao considerarmos tais elementos na definição do que seja a saúde, a doença e a morte em cada sociedade nos diversos momentos da história, passamos a compreender que tais categorias são realidades construídas no seio das culturas.

Para a medicina acadêmica, o corpo humano

“é considerado uma máquina e cada órgão uma peça para o funcionamento da engrenagem, ou seja, a doença acontece no plano físico, aloja-se num órgão e assim deve ser tratada ou reparada” (Nascimento, 1997, p. 6).

Ao contrário, pensamos que a doença resulta de um processo de inter-relação biológica, socioeconômica, cultural, psicossocial e espiritual que permeia o contexto da história de vida do ser humano. Desse modo, a compreensão do significado global do processo saúde-doença não pode fundar-se apenas nas concepções acadêmicas, negando, muitas vezes, as condições sociais e culturais do ser humano, separando o sujeito do seu contexto, de sua experiência existencial, de sua classe e dos condicionantes de sua realidade.

As representações dominantes veiculadas sobre a saúde-doença são particularmente concebidas pelos médicos. Uma categoria hegemônica na elaboração tanto do conhecimento, como na imposição de normas e atitudes a respeito do corpo e na definição social da saúde e da doença.

Minayo e Souza (1989) sintetizam as características que definem a concepção hegemônica de saúde-doença no sistema capitalista: atém-se ao contorno biológico e individual do corpo; separa o sujeito do seu meio, de sua experiência existencial, de sua classe, de sua inserção na produção e dos condicionantes de sua situação; considera o ser humano um ser anistórico (isto é, sem passado e sem projeto de vida); transforma o discurso sobre saúde-doença numa especialidade médica sobre determinado órgão, considerando o corpo doente como objeto da saúde e espaço da doença; é considerada como evento de ordem da natureza, mas faz parte da lógica do mercado, sendo, portanto, de responsabilidade individual.

A concepção de saúde-doença se insere no quadro geral dos problemas de vida como um fenômeno que escapa, em última instância, ao controle dos seres humanos (Montero, 1985; Loyola, 1984). A saúde, no processo atual de desenvolvimento do capitalismo, refere-se à capacidade física para trabalhar, mas também ao próprio processo do cotidiano de vida das pessoas e a seu equilíbrio sempre precário e provisório.

No que tange ao envelhecimento, Debert (1996) cita três condições inter-relacionadas que dão uma configuração específica à terceira idade e às representações sobre o envelhecimento nas sociedades contemporâneas.

A primeira

“tem a ver com mudanças no aparelho produtivo, que levaram a uma ampliação das camadas médias assalariadas e com os novos padrões de aposentadoria que englobam, entre os aposentados, um contingente mais jovem da população”. Ou seja, a “aposentadoria deixa de ser um marco para indicar a passagem para a velhice, ou uma forma de garantir a subsistência daqueles, que, por causa da idade, não estão mais em condições de realizar um trabalho produtivo” (Debert, 1996, p. 36).

A segunda relaciona-se com o fato de que os aposentados não podem mais continuar sendo considerados o setor mais desprivilegiado da sociedade, quer seja nos países de capitalismo avançado, quer naqueles em desenvolvimento como o Brasil. Neste sentido, até recentemente,

“tratar da velhice nas sociedades industrializadas era traçar um quadro dramático da perda do *status* social dos velhos; a industrialização teria destruído a segurança econômica e as relações estreitas

entre as gerações na família, que vigoravam nas sociedades tradicionais. Desta perspectiva, a situação atual, em que os idosos se transformam em peso para a família e para o Estado, opunha-se a uma Idade de Ouro, em que eles, dada a sua sabedoria e experiência, eram membros respeitados na família e na comunidade. O empobrecimento, a perda de papéis sociais e os preconceitos marcariam a velhice nas sociedades modernas, que abandonam os velhos a uma existência sem significado.” (Debert, 1996, p. 37).

Já a terceira se refere à transformação da velhice em um problema social, o que põe em jogo múltiplas dimensões que vão desde as iniciativas voltadas para propostas de formas de bem-estar que deveriam acompanhar o avanço das idades, até empreendimentos voltados para o cálculo dos custos financeiros que o envelhecimento da população trará para a contabilidade nacional. Está relacionada com concepções autopreservacionistas do corpo que vêm sendo reelaboradas desde os anos 70 do século 20. Trata-se da defesa de estratégias instrumentais para o combate da deterioração do corpo, que combinam uma boa dose de disciplina e hedonismo – com ênfase na noção de que o corpo é fonte de prazer – e atribuem ao sujeito não só a responsabilidade pela constante vigilância do corpo, mas também por sua saúde, mediante a adoção de estilos de vida saudáveis.

As representações sociais do envelhecimento são dinâmicas – estão, pois, sempre se modificando em virtude de diversos fatores.

“Um consenso fácil parece estabelecer-se, mas é a seguir substituído por um discurso dominante que se torna, por um tempo, juiz e parte interessada do e no valor social das idades. A questão é importante, pois as representações sociais e culturais das etapas da duração humana, ao tempo em que organizam, a cada momento, uma visão simbólica do futuro, propõem enquadramentos econômicos e éticos de comportamentos”. (Langevin, 1998, p. 129).

Dado o fato de que as idades da vida são uma criação arbitrária e uma construção sociocultural, elas são representadas e simbolizadas de maneira culturalmente distintas. Logo, quando se fala em velhice e envelhecimento, fala-se em categorias e grupos de idade, em periodização da vida, vez que as idades da vida não correspondem apenas às etapas biológicas (Guerreiro, 1996).

Também para Motta (1996), a terceira idade é a nova etapa do curso da vida que se intercala entre a aposentadoria e a velhice. Na verdade, é um marcador que hierarquiza “os menos idosos e os velhos mais velhos”.

METODOLOGIA

Este estudo está delineado numa abordagem analítico-crítica, de natureza qualitativa, das representações sociais do processo saúde-doença e do envelhecimento. Para tal, foi realizado com dez idosos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI), da Universidade Estadual de Feira de Santana, na Bahia, inscritos na Oficina de Cidadania do Idoso durante o 2º semestre de 1999 a partir dos depoimentos dos alunos na palestra: “O direito do idoso à saúde”.

No início da década de 90, a Universidade Estadual de Feira de Santana criou o Programa Universidade Aberta à Terceira Idade, com a finalidade de promover uma redefinição de valores, atitudes e comportamentos para que o homem e a mulher da terceira idade fossem reconhecidos como sujeitos autônomos, capazes do exercício pleno dos direitos de cidadania.

Para a coleta de dados, em um primeiro momento, discutiu-se o processo saúde-doença, a partir das seguintes questões norteadoras: “O que você entende por saúde? O que representa para você o envelhecimento e a construção da 3ª idade?” Isso permitiu discorrer sobre o tema proposto, sem respostas sugeridas ou condições pré-fixadas.

No segundo momento, os alunos elaboraram um texto escrito no qual abordavam o direito do idoso à saúde. O saber de senso comum que perpassa as produções discursivas dos idosos, veiculadas oralmente em sala de aula, e os textos elaborados foram interpretados mediante a técnica de análise de discurso, possibilitando uma primeira aproximação com suas representações do processo saúde-doença e do envelhecimento.

Por uma questão ética, solicitamos aos idosos a permissão, por escrito, mediante um Termo de Consentimento Esclarecido, para utilizar seus depoimentos como fonte de dados para o presente estudo, o que foi aceito prontamente. Também asseguramos que seus nomes seriam preser-

vados, razão pela qual os trechos dos discursos são identificados apenas pela idade e sexo.

Para a interpretação dos dados, tomamos como base a técnica de análise de discurso, tal como apresentada por Minayo (2000). Os discursos foram ordenados e classificados em leituras sucessivas, que nos permitiram compreender as representações de saúde-doença e de envelhecimento do grupo de idosos participantes da Oficina de Cidadania do Idoso, na medida em que revelam fragmentos dos seus modos de sentir, pensar e agir.

RESULTADOS

A análise dos discursos permitiu apreender aspectos do sentir, pensar e agir dos idosos no que tange ao processo saúde-doença e ao envelhecimento, revelando-nos que suas concepções sobre o que seja saúde, os modos de preservá-la, a doença e os modos como vivem o próprio envelhecimento mudam a partir de sua entrada na UATI – momento em que passam a ver a si mesmos frente a novas formas de aprender e conviver. Isso tudo coloca não só outras possibilidades de conhecimento como novos e importantes desafios, o que para alguns configura a construção de um novo projeto de vida, no sentido de uma revisão de valores, interesses, mudança na auto-imagem e engajamento na luta pelo reconhecimento de seus direitos.

Diversos elementos perpassam os discursos dos idosos sobre o processo saúde-doença e o envelhecimento. A análise, informada pela fundamentação teórica, permitiu-nos agrupá-los em torno de dois núcleos centrais relativos às imagens dominantes.

O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: DO EQUILÍBRIO FUNCIONAL DO CORPO AO DESAFIO DO CUIDADO DE SI

As concepções de saúde e doença dos idosos transitam de um discurso no qual o olhar está voltado para os processos orgânicos que garantem a saúde e que, em caso de falência, denunciam a doença, para um olhar cujo foco passa a ser a responsabilidade individual para se evitar a doença e manter a saúde.

“Viver numa boa, sem sentir nada. É ter renda boa” (70 anos, mulher).

“Fazer exercício físico, ser feliz. Não ter problema em nada” (76 anos, homem).

“Saber se manter. Não precisa ser rico [...] É não fumar, não beber e dormir cedo como hábitos de vida” (72 anos, homem).

“Harmonia. Saber se manter, se cuidar, dar a volta por cima. É ter uma alimentação balanceada, sem gordura” (68 anos, mulher).

No primeiro e segundo trechos dos discursos, a saúde é figurada como ausência de sintomas ou de problemas, o que fica evidente na expressão “sem sentir nada”; tem também o sentido de uma “vida desimpedida”, ou seja, poder “viver numa boa”. No segundo, terceiro e quarto trechos, a saúde é relacionada a práticas individuais ou hábitos de vida considerados saudáveis, como “fazer exercício físico”, “não fumar, não beber e dormir cedo” e “ter uma alimentação balanceada, sem gordura”.

A saúde é concebida como uma condição decorrente do estilo de vida de cada um. É, portanto, reduzida à responsabilidade individual no seguimento de normas de conduta e hábitos que garantiriam uma vida com saúde, na medida em que esta é mantida por um certo estilo de viver – ou melhor, por um estilo certo de viver, considerado saudável. A saúde como objeto a ser preservado exige, portanto, um estilo de vida adequado. Tal concepção nos sugere que a saúde é algo que se obtém mediante certo enquadramento das condutas individuais naquilo – medidas – que o modelo biomédico enfatiza como sendo capaz de proteger a saúde e prolongar a vida das pessoas, a cada momento. Por se tratar de um grupo que tem acesso a palestras de profissionais de saúde e gerontólogos, além de contato com matérias sobre saúde veiculadas na mídia, é o momento de perguntarmos se tais representações não incorporam elementos dominantes do discurso médico – em especial, o da gerontologia.

No conjunto dos discursos, a saúde é representada como algo relativo ao funcionamento harmônico do corpo-mente, o que exige dos idosos a capacidade de cuidar de si, pela adoção de um estilo de vida saudável. Entretanto, por sua natureza contraditória, tais representações também apontam para a relação da saúde com as condições de vida e o

próprio comprometimento dos idosos, como responsáveis por seu projeto de vida. Nesta perspectiva, saúde-doença resulta de um processo de produção social que guarda a mais estreita relação com as condições de existência cotidiana, de modo que perpassa pelo acesso a bens econômicos e sociais, garantindo a qualidade de vida de uma população para um “viver desimpedido”, um modo de ‘andar a vida’ prazeroso, seja individual, seja coletivamente” (Mendes, 1995, p. 240).

“A concepção de processo saúde-doença tem evoluído, consideravelmente, de maior vinculação com as doenças e a morte, isto é, aproximações negativas, até concepções mais vinculadas à qualidade de vida de uma população, um ponto de encontro, um produto social, ou seja, uma aproximação positiva” (Mendes, 1995, p. 235).

A saúde, aqui entendida como resultante de um processo de produção social que guarda a mais estreita relação com as condições de existência, é regulada, em grande medida, pelo acesso a bens econômicos e sociais que garantem a qualidade de vida na sociedade da qual o idoso faz parte para um “viver desimpedido”, um modo prazeroso de viver a vida, tanto individual como coletivo.

Essa representação do processo saúde-doença parece apropriada a uma imagem da terceira idade como “[...] momento na vida em que as pessoas encontram-se com disposição, saúde e liberdade para agirem por si próprias” (Guerreiro, 1996, p. 155).

Para os idosos, a saúde é representada como algo ligado à manutenção do corpo e à disposição para a vida. Ter saúde é poder satisfazer as necessidades: “Saúde em si é zelar pela saúde, tratar e cuidar de si para evitar distúrbios, pois se sabe que a assistência é falha” (75 anos, homem).

A responsabilidade pela própria saúde se configura como uma medida individual, grandemente influenciada pelas prescrições de gerontólogos e de outros profissionais de saúde não-especialistas. Ao mesmo tempo, ela parece surgir como uma resposta dos idosos ao se verem diante da precariedade da assistência prestada nos serviços de saúde – em outras palavras, ao serem confrontados com a ineficácia da assistência oferecida, conforme o trecho do discurso anterior.

A instauração da Política Nacional de Saúde do Idoso representou sem dúvida um ganho para o grupo de idosos, principalmente em termos de cobertura médico-assistencial. O desafio que se apresenta na atualidade se refere à oferta de serviços diversificados e qualificados, com profissionais capazes de acolher suas demandas, numa perspectiva ética e cidadã, que alie competência técnica, no sentido da operatividade de seu saber específico à capacidade de escuta, acolhimento e elaboração de respostas pertinentes e eficazes.

O ENVELHECIMENTO NO COTIDIANO DO IDOSO: DA FINITUDE AO (RE)COMEÇO DE UMA NOVA VIDA

Neste momento é necessário fazer uma distinção nos modos como mulheres e homens idosos concebem o envelhecimento, por razões que serão discutidas mais adiante.

“Fim. Estava no fim, depois da terceira idade comecei a viver. Ter mais conhecimento dos direitos” (75 anos, mulher).

“Apesar dos meus 70 anos, comecei a viver na terceira idade. Estava muito desprezada” (70 anos, mulher).

“É bom. Já vivi muito. É liberdade, pois só andava em casa” (76 anos, mulher).

Nos três trechos acima, o envelhecimento é representado como um tempo que a mulher idosa tem para viver para si. O envelhecimento configura-se como o período da vida em que os idosos podem dedicar a si mesmos, a seus próprios projetos. É o tempo no qual se pode viver a própria vida, o que é particularmente significativo para a mulher idosa, por ter assumido a responsabilidade pela casa e educação dos filhos “quase sozinha”. É um tempo de “liberdade”, de recomeçar a viver. Assim, o envelhecimento figura como a possibilidade de auto-realização num momento da trajetória de vida que é vivido para si.

Bastide (1999, p. 8), ao discutir a relação entre a idéia de tempo e envelhecimento, diz que a trajetória de vida da mulher é marcada pelo cruzamento do tempo biológico e do tempo social, ou seja, o do calendário da reprodução biológica e o da produção social. Com o envelhecimento, a mulher descobre que nunca teve tempo para si própria. O que se

chama a “libertação da mulher” é, sobretudo, a reconquista de um tempo de viver. Tempo em que, aliviada da sua carga de atividades na criação dos filhos, a mulher se sente livre para fruir a própria vida.

Nesse mesmo sentido, Langevin (1998, p. 142) analisa que a valorização social das idades das mulheres está mais ligada “ao calendário da vida privada”, de “constituição da família”. O discurso de uma das mulheres do estudo é emblemático. “*Apesar dos meus 70 anos comecei a viver na terceira idade. Estava muito desprezada*”. Os discursos das mulheres em seu conjunto e este último, em particular, remetem ao que Motta (1996) define como “liberdade de gênero”. Uma liberdade que parece se sobrepor à condição geracional ou de classe.

Para os homens, a valorização social das idades está ligada aos ritmos socioprofissionais nas diversas etapas da vida. A aposentadoria é um importante marcador social do processo de envelhecimento.

“Aposentei e fiquei me sentindo velho, entrei na UATI e reanimei. É pensar estar velho no subconsciente e perder espaço. Não estou mais perdendo espaço em casa, além de andar, fazer tudo, tirar de letra os problemas, não me entregar” (72 anos, homem).

Nesse trecho do discurso, a aposentadoria aparece como marcador do “sentir-se velho” e a entrada na UATI, como “reanimação”. O que primeiro nos chama a atenção é o fato de que, para além das determinações de ordem biológica, o “sentir-se velho” parece estar fortemente imbricado com uma construção simbólica que o idoso faz do ser velho, mediada pela cultura. Talvez a entrada no Programa Universidade Aberta à Terceira Idade se configure como “reanimação”, por ser um espaço que possibilita a descoberta de capacidades de enfrentamento e novas possibilidades de interação sociofamiliar, traduzidas pela atitude de “não entrega” e pela estratégia de ocupação de “espaços”. Em segundo lugar, despertamos para a idéia de que os estereótipos associados à velhice podem ser enfrentados de maneira propositiva, ou pró-ativa. Não se trata, portanto, de contrapor as visões estereotipadas do que é um velho ou uma velha na nossa sociedade a outras categorias ou noções supostamente corretas, mas sim, de negar-se, na prática concreta, no cotidiano mesmo, a incorporar imagens e valores que não são seus ou de seu grupo, reafirmando-se como cidadão.

“Um momento crucial de passagem da maturidade à velhice dá-se com a aposentadoria, reenvio do trabalhador ao privado e à inatividade oficial” (Motta, 1996, p. 125).

Ao se considerar o impacto da aposentadoria na vida social do idoso numa sociedade cuja referência fundamental do fazer-se sujeito e cidadão é a inserção no mundo do trabalho, somada à diminuição das obrigações familiares, tal momento configura-se como uma transição significativa em direção à velhice social. A representação do que é um velho na atualidade se vincula a uma imagem cujo pólo negativo ligado à idéia de inatividade, vai sendo modificado por novas imagens ligadas às possibilidades que efetivamente surgem da ocupação de outros lugares sociais, que não o de objeto descartável.

No trecho do discurso a seguir, o envelhecimento é representado como o “saber viver”. Um saber viver que se traduz por uma experiência de vida que permite tomar decisões cuidadosas, por assim dizer, maturadas. O envelhecimento é o tempo no qual quem já muito viveu pode utilizar-se de sua sabedoria para viver mais e melhor: “*É saber viver, ser cauteloso em muitas coisas, não ser exagerado, pensar no dia de amanhã*”. (80 anos, homem).

Os discursos, em seu conjunto, reportam a uma imagem positiva do envelhecimento, diferente da usual, marcada pela negatividade das perdas de ordem física, econômica, afetiva e social. Os idosos se dão conta de que a percepção do próprio envelhecer é sentida por eles, inicialmente, como o “princípio do fim”. Entretanto, tendo como mediadores a experiência de vida e os conhecimentos adquiridos na UATI, reconstróem uma nova perspectiva de vida, cujo eixo é uma nova agenda de interesses pessoais.

A UATI-UEFS figura nos discursos como um lugar que possibilita acontecimentos significativos na vida dos idosos, interferindo na produção de uma nova mentalidade e na própria forma como a velhice passa a ser vivida após a inserção no programa, no sentido de uma revalorização da vida na sua totalidade.

A esse respeito, Guerreiro (1996), em estudo sobre as representações do processo de envelhecimento e da velhice, conclui que a participação na Universidade para a Terceira Idade é uma experiência cuja singularidade torna irrelevante a idade como marcador das experiências vividas.

Também Neri e Cachioni (1999, p. 115), em ensaio no qual discutem a relação entre velhice bem sucedida e educação, afirmam:

“[...] as novas aprendizagens promovidas pela educação formal e informal são um importante recurso para manter a funcionalidade, a flexibilidade e a possibilidade de adaptação dos idosos, condições estas associadas ao conceito de velhice bem-sucedida”.

Assim, as oportunidades educacionais são apontadas como importantes antecedentes de ganhos evolutivos, porque se acredita que elas intensificam os contatos sociais, proporcionando novas vivências, troca de conhecimento e aperfeiçoamento pessoal.

Apesar de a tônica geral dos programas dirigidos aos idosos ser, muitas vezes, assistencialista, mediante os estereótipos e preconceitos por meio dos quais se supõe que a velhice seja tratada na nossa sociedade – com base na concepção do “idoso como um todo integrado, necessitando de um atendimento médico especializado e que, ao mesmo tempo, busca reencontrar seu lugar na sociedade, recuperando assim, a sua auto-estima” (Debert, 1997, p. 41) –, os discursos mostram os idosos na busca de caminhos para “andar a vida”, recuperando ou dando-lhe novo(s) sentido(s), na perspectiva da satisfação de suas necessidades, em especial, a de realização pessoal: “*Envelhecer é um privilégio, é consequência de gozar a vida*”. (78 anos, homem).

Reafirmamos que a “caminhada” para o envelhecer é um processo que atinge todas as dimensões da vida. O envelhecimento vivido e sentido com paixão produz saúde, e é sinônimo de vida vivida em plenitude, pois o foco de atenção do idoso não está nas perdas – rugas, flacidez, cabelos brancos, invalidez e doenças. Muito embora as perdas ocorram, elas não são preponderantes na definição dos modos de sentir, pensar e agir daquele que envelhece. Envelhecer bem depende, pois, do equilíbrio, sempre instável e dinâmico, entre as limitações de cada um (que se vê com mais idade) e de seus recursos e potencialidades para lidar com novas configurações corporais, novas demandas pessoais e os eventuais problemas do cotidiano. Daí a importância de instâncias de apoio social, rede de amigos e grupos de interesses comuns e da luta contra a discriminação e o preconceito em torno do velho na nossa cultura.

O conceito de velhice bem-sucedida se refere fundamentalmente à idéia de

“que na velhice fica resguardado o potencial de desenvolvimento, dentro dos limites da plasticidade individual permitida pela idade e estabelecida por condições individuais de saúde, estilo de vida e educação” (Neri; Cachioni, 1999, p. 121).

Outrossim, entendemos que a plenitude desejada se desenha conforme as condições de vida dos idosos na sua relação com a família e a sociedade, particularmente sob a responsabilidade do Estado, dentro dos contextos socioeconômico, político e cultural.

De um modo geral, neste estudo os idosos se reportam ao envelhecimento com uma abordagem diferente da usual, que o caracteriza inicialmente como o “princípio do fim”. Cabe destacar que, após a entrada na UATI, eles se vêem na perspectiva de “uma nova vida”, plena de objetivos e encontros de cada um consigo e com a sociedade, o que é denominado por Debert “fonte de recursos”. Na perspectiva de Debert (1997, p. 39),

“a representação do idoso como ‘fonte de recursos’ surgiu como uma resposta aos resultados de pesquisas que mostravam que os mais jovens tendiam a superestimar a realidade problemática dos mais velhos”.

As pesquisas empíricas com abordagens qualitativas realizadas com grupos de idosos mostraram que esse grupo projetava uma imagem mais positiva de sua situação do que aquela carregada de pessimismo – o idoso como “fonte de miséria” –, que servia de pressuposto à teoria gerontológica e alimentava uma série de mitos relacionados com as imagens negativas construídas por outros grupos sociais que não os próprios idosos.

A experiência de participação dos idosos da UATI-UEFS na Oficina Cidadania do Idoso expressa nos discursos sobre o **envelhecimento**, mostrando que novas formas de sociabilidade e de lazer marcam essa etapa da vida, reciclam identidades anteriores e redefinem as relações sociais, especialmente com a família e amigos (Debert, 1996). Portanto, cremos que não está ausente da perspectiva do idoso como “fonte de recursos” uma nova forma de “ver o mundo”, recolocando-se (o idoso) como um ser com auto-estima e auto-imagem “positivas”, em busca de um viver prazeroso, no sentido de uma vida produtiva.

Acreditamos que os programas para a terceira idade poderão se constituir como exemplos privilegiados para demonstrar que a experiência de envelhecimento (singular para cada sujeito, se define nos processos da vida, na relação de cada um consigo mesmo e com sua cultura) pode ser vivida plenamente. Para que isso ocorra, temos como imperativo a construção de uma sociedade que respeite o idoso na sua singularidade, sabedoria e diferença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As **concepções de saúde-doença** remetem a uma visão da saúde como algo relativo ao harmônico funcionamento do corpo-mente, exigindo dos idosos a capacidade de cuidar de si, pela adoção de um estilo de vida saudável. Ao mesmo tempo, apontam para sua relação com as condições de existência que determinam a qualidade de vida e o próprio comprometimento pessoal, enquanto responsáveis por seu projeto de vida. A **concepção do envelhecimento é dinâmica e** representa finitude em certos momentos da vida, mas vai-se modificando a partir da inserção no Programa Universidade Aberta à Terceira Idade da UEFS, no sentido de um recomeço, de um pensar e agir com base nos direitos e deveres como cidadãos.

Enfatizamos a necessidade de educação para a velhice, com a construção social de uma imagem positiva do envelhecimento: na família, mediante a convivialidade e participação na vida cotidiana, proporcionando espaço de trocas; na escola, desde a infância e adolescência, via promoção de encontros e conversas com idosos da comunidade e a inclusão de temas sobre o processo de envelhecimento no currículo; no trabalho, valorizando as capacidades, habilidades profissionais e experiências de vida dos idosos, bem como preparando-os para a aposentadoria.

Na luta pela construção de uma imagem positiva do envelhecimento, é imperativo levarmos em consideração a disponibilidade para o aprendizado e para novas experiências de vida que conferem uma identidade aos idosos como grupo e uma singularidade ao envelhecimento de cada um. Destacamos os programas para a terceira idade como espaços nos quais partilhar de experiências, ter acesso às teorias médicas, psicológicas e sociais que investigam o envelhecimento e o debate constante de temáticas

de interesse dos idosos na atualidade criam condições de possibilidade para a reformulação de padrões tradicionais de envelhecimento e para a exploração de identidades e novas formas de auto-expressão.

O grande desafio do país será estabelecer uma agenda social neste início de século que contemple a inserção social dos idosos e a luta contra o preconceito. Isso exige a adoção de uma política social comprometida, responsável e empenhada com o desenvolvimento dos idosos, como sujeitos importantes na sociedade, e que não os responsabilize pela “miséria do envelhecimento”.

NOTAS

- ¹ Professora Adjunta do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Doutoranda em Educação no Programa de Pós-graduação em Educação da Faculdade de Educação, da Universidade Federal da Bahia.
- ² Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASTIDE, Paul Arbousse. A idéia do tempo e o envelhecimento. *A Terceira Idade*, ano 10, n. 16, p. 3-11, maio 1999.

BERQUÓ, Elza. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL “ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO”, I., 1996, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social. 1996, p. 16-34.

_____. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, Anita Liberalesso; DEBERT, Guita Grin (Orgs.) *Velhice e sociedade*. Campinas: Papyrus, 1999, p. 11-40.

DEBERT, Guita Grin. As representações (estereótipos) do papel do idoso na sociedade atual. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL “ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FINAL DO SÉCULO”, I., 1996, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social. 1996, p. 35-45.

DUARTE, Maria Jalma R. Santana. Cuidadores? Por que e para quê? Atenção ao idoso no domicílio. *Rev. Enferm. UERJ*, p. 120-130, 1996.

FIRME, Maria da Penha; CONTERATOR, Santo. Ser e estar: mulher aposentada. *Rev. Enferm. UERJ.*, p. 51-59, 1996.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GUERREIRO, Patrícia. Universidade para a 3ª Idade: a experiência da PUC de Campinas. *Bahia Análise & Dados*, Salvador, v. 1, p. 154-158, 1996.

JODELET, Denise. La representación social: fenómenos, concepto e teoria. In: MOSCOVICI, Serge. (Org.) *Psicología social*. Barcelona: Paidós, 1985.

LANGVIN, Anete. A construção social das idades: mulheres adultas de hoje e velhas de amanhã. *Cadernos CRH*, Salvador, n. 29, p. 129-149, jul./dez. 1998.

LAPLATINE, François. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LOYOLA, M.A. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel, 1984.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. Discurso e representação ou de como os balomas de Kiriwina podem reencarnar-se nas atuais pesquisas. In: CARDOSO, Rute. L. (Org.). *A aventura antropológica*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p. 127-140.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de saúde*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

MINAYO, Maria Cecília de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SOUZA, H. de O. Na dor do corpo, o grito da vida. In: COSTA, N. do R. et al (Org.). *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1989. (Coleção Saúde e Realidade Brasileira, v. 2).

MONTERO, Paula. *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

MOTTA, Alda Britto da. Os velhos baianos (e a música é cada vez mais nova). *Bahia Análise & Dados*, Salvador, v. 1, p. 123-158, 1996.

NASCIMENTO, Maria Angela Alves. *As práticas populares de cura no povoado de Matinha dos Pretos – BA: eliminar, reduzir ou convalidar?* 1997. 351 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Programa de Doutorado Interunidades das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

NERI, Anita Liberalesso; CACHIONI, Meire. Velhice bem-sucedida e educação. In: NERI, Anita Liberalesso; DEBERT, Guita Grin (Orgs.). *Velhice e sociedade*. Campinas: Papirus, 1999, p. 113-140.



SÁ, Celso Pereira. Representações sociais: o conceito e o estado da atual da teoria. In: SPINK, Mary Jane. (Org.). *O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SPINK, Mary Jane. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cad. de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, jul./set., 1993

ABSTRACT

It is an analytical-critical study of the social representation of the health-disease and aging processes, carried out with the elder participants of the Program of the Open University of Third Age, at Feira de Santana State University, state of Bahia; enrolled in the Aging Citizen Workshop. The objective of this work was to know and to analyze the concepts of health-disease and the aging processes from the elderly's point of view. Data collection was made through semi-structured interviews. The concept of health-disease recalls the biologist's view, where health is reduced to a balance between body and mind, as it points to the relationship with life quality conditions and the commitment of elder people, as social subjects responsible for the adoption of a healthy life style; the concept of aging as an end changes when they enter UATI, since they begin to thing again and to act based on their rights and duties as citizens.

KEYWORDS: Aging; Aging Health; Disease; Rural Workers; Human Rights; Feira de Santana, BA.

Recebido para publicação em: 19/9/2005

Aprovado em: 07/11/2005

Correspondência para:

Profª. Maria Geralda Gomes Aguiar

E-mail: geaguiar@uefs.br





*Alimentação, saúde e cultura: algumas reflexões sobre
uma experiência com narrativas de idosos*
*Nourishment, health and culture: reflections on an experience with
elderly's narratives*

Shirley Donizete Prado¹
Maria Fátima Garcia de Menezes²
Luciana Maria Cerqueira Castro³
Débora Martins dos Santos⁴
Elda Lima Tavares⁵
Sílvia Ângela Gugelmin⁶

RESUMO

Este trabalho é parte do Projeto Nutrição e Terceira Idade, desenvolvido pelo Instituto de Nutrição da UERJ. Através da Oficina de Produção de Textos realizada na Universidade Aberta da Terceira Idade, na UERJ, discutimos transformações que vêm ocorrendo no campo da alimentação e suas implicações sobre a saúde, ao longo dos últimos cem anos. Trabalhamos a partir de narrativas de pessoas idosas, que atualmente moram no Rio de Janeiro. Entendemos, como Paul Ricoeur, a adequação das narrativas para a realização de estudos sobre o passado, como um meio de simbolizar eventos sem o qual sua historicidade não poderia ser indicada. A trama central é abordada através de alguns caminhos mais específicos da alimentação. Concluímos, de acordo com Claude Fischler, que essas transformações no campo da alimentação estão gerando ansiedades que se acentuam com o monitoramento permanente do corpo, mais acentuado nas pessoas idosas, submetidas a maiores riscos à saúde. Ter em conta aspectos como cultura alimentar, em seus elementos formadores de identidades, é um eixo indispensável nas práticas em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Alimentação; Hábitos Alimentares; Narração; Saúde; Idoso; Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO: SOBRE O PROJETO NUTRIÇÃO E TERCEIRA IDADE

O Projeto Nutrição e Terceira Idade (PNTI) foi criado em 1993, numa parceria entre o Departamento de Nutrição Social do Instituto de Nutrição e a Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), ambas unidades acadêmicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). A UnATI é hoje um Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde – estruturado como núcleo de estudos, debates, centro de convivência e assistência à população idosa – que, ao longo dos anos, vem ganhando expressão pela qualidade dos serviços oferecidos, em face de demandas emergentes derivadas do recente processo de envelhecimento populacional brasileiro (Kalache, 1987; Universidade, 1999; Veras, 1994).

No PNTI, desde sua criação, desenvolvemos diferentes atividades com indivíduos de 60 anos e mais. Nossos usuários apresentam perfil sociodemográfico semelhante ao da população idosa do Município do Rio de Janeiro (IBGE, 2002). São, em sua maioria, mulheres, aposentadas e/ou pensionistas. O estado civil predominante é o de viúvas, mas observamos percentuais importantes de solteiras e desca-sadas. Diferentemente da população do Rio de Janeiro, os idosos assistidos residem em domicílios unipessoais, característica que pode favorecer o isolamento social, situação reconhecida como de risco frente às questões de saúde e nutrição (Veras, 1994). A média de escolaridade é superior à média nacional. Residem, em sua maioria, em bairros próximos à UERJ (Sant'Anna, 1999).

A trajetória do Projeto traz as marcas de parceiros que conquistamos e que, em muito, vêm enriquecendo o trabalho: (a) alunos do curso de graduação em Nutrição; (b) bolsistas de extensão e de estágio interno complementar; (c) graduandos estagiários; (d) graduandos voluntários; (e) residentes de diversas áreas de formação; (f) profissionais e docentes oriundos de várias unidades acadêmicas da UERJ e de outras instituições; e (g) idosos participantes das atividades.

Realizamos ações de ensino para a graduação: um espaço importante na formação de futuros profissionais da área de Nutrição, através de aulas práticas de diferentes disciplinas e como campo de estágio da área de Nutrição em Saúde Coletiva. No plano da pós-graduação, atuamos na

qualificação de especialistas em Geriatria e Gerontologia (Prado, no prelo a; Prado, no prelo b; Santos, no prelo; Tavares, no prelo; Menezes, no prelo).

No espaço da pesquisa, o PNTI vem possibilitando a realização de pesquisas enfocando estudos antropométricos e de consumo alimentar dos idosos (Menezes *et al.*, 2004, Santos *et al.*, 2003), bem como a compreensão das relações que estabelecem com o alimento no seu cotidiano, buscando o desenvolvimento de reflexões acerca de concepções sobre alimentação saudável (Menezes e Santos, 2003) e sobre as transformações que vêm ocorrendo no campo da cultura alimentar na modernidade brasileira e suas implicações sobre o processo saúde e doença (Prado *et al.*, 2005a).

No que se refere à extensão, oferecemos serviços e assistência em nutrição – consultas individuais e personalizadas, cursos e promoção de eventos para idosos, seus familiares e cuidadores, além de cursos para profissionais. Por desdobramento, temos contribuído com publicações voltadas para a temática da nutrição e seu papel em busca de um envelhecimento mais saudável (Prado, Tavares e Veggi, 1999; Pacheco e Menezes, 2002; Prado e Tavares, 2004) e para o desenvolvimento de reflexões sobre inter-relações entre extensão, ensino e pesquisa (Prado, *et al.*, 2005b).

Ao longo dos anos, participamos de várias das iniciativas interdisciplinares promovidas na UnATI. Uma delas correspondeu à nossa atuação na Oficina de Produção de Textos, atividade desenvolvida de 1995 a 2002, tendo à frente a socióloga Mabel Imbassahy⁷ e até dez idosos por semestre. Contando com a ativa presença de pessoas dotadas de habilidades especiais para a produção literária, concluíram um conjunto de textos, abordando temas diversos, que resultou na publicação das coletâneas intituladas *Mil novecentos e antigamente...* (Imbassahy, 2001) e *Sabores & Lembranças: narrativas sobre alimentação, saúde e cultura* (Imbassahy, no prelo). Em 2000, a convite da coordenação, iniciamos a Oficina de Produção de Textos “Memória e Alimentação”.

O presente trabalho tem por objetivo relatar experiências que vivenciamos nessa Oficina e apresentar algumas reflexões sobre os conteúdos dos textos gerados. Mais especificamente, buscamos discutir alguns aspectos relativos às transformações ocorridas no campo da cultura e da

alimentação no último século, no que se refere a sentimentos de ansiedade diante dos riscos para a saúde de pessoas idosas que são identificados nas práticas alimentares atuais.

OFICINA DE PRODUÇÃO DE TEXTOS “MEMÓRIA E ALIMENTAÇÃO”

Incorporamo-nos à Oficina de Produção de Textos com a proposta de trabalhar o tema “Memória e Alimentação”. A socióloga Mabel Imbassahy, em sua ampla experiência nesse tipo de atividade, recebeu-nos com entusiasmo. Passamos a participar da coordenação da Oficina, em cujos encontros contamos com a presença constante de alunas estagiárias do curso de graduação em Nutrição da UERJ.

A partir de março de 2000, passamos a realizar encontros semanais e/ou quinzenais. Em uma manhã definíamos a temática a ser trabalhada, tendo a alimentação no curso da vida como fio condutor. Depois conversávamos livremente, a partir de situações narradas pelos idosos, acontecimentos vividos por eles mesmos ou por seus antepassados, parentes, amigos, conhecidos. Nós, da equipe do PNTI, prestamos muitos esclarecimentos relativos a aspectos nutricionais de alimentos e da fisiopatologia humana, freqüentemente solicitados.

Finalizávamos cada encontro com referências acerca do texto a ser produzido. No encontro seguinte, as narrativas eram lidas e debatidas, tanto em relação ao seu conteúdo cultural, seus componentes de saúde, de doença e de nutrição, a marcadores de identidade individual e grupal, quanto a seus aspectos gramaticais, de estilo, de estruturação – enfim, da produção textual propriamente dita. E assim, percorremos a vida dos idosos, de suas primeiras lembranças aos dias atuais.

Foi assim que enveredamos pelos caminhos de suas memórias e reminiscências, suas histórias de vida, tendo a alimentação como referência central – em outras palavras, sua cultura alimentar, abarcando a vida doméstica, os laços de família, as festas e comemorações, o acesso aos alimentos, seu preparo e formas de consumo; práticas, rituais e crenças; saúde e doença.

Quanto aos participantes da Oficina, são pessoas com idades entre 60 e 80 anos, moradoras da cidade do Rio de Janeiro, com particular interesse em escrever e que parecem ter encontrado, na Oficina, possibilidades de realização pessoal, de encontro consigo mesmos, através da narrativa. Sofia, Helena, Áurea e Luiz são nomes fictícios que utilizamos neste artigo.

Sofia é mineira, de família numerosa, nascida em uma fazenda, e hoje reside somente com uma irmã no bairro carioca do Rio Comprido. Adolescente, se propôs a seguir a vida religiosa, o que fez por 27 anos. Depois, deu aulas de português e francês e, desde então, se dedica a escrever com cuidado extremo, exigindo de si mesma fidelidade à língua portuguesa, da qual é admiradora e discípula.

Helena é carioca do Estácio. Nasceu no Morro de São Carlos, quando os subúrbios do Rio de Janeiro ainda guardavam semelhanças significativas com a vida rural – com seus sítios, engenhos e morros, onde a filha do garçom convivia com coelhos, galinhas, pintinhos e colhia verduras fresquinhas da horta; acompanhava os pregões, as feiras e o desenvolvimento do comércio urbano, que foi se seguindo. Enfrentado limitações importantes, estudou e se formou em Contabilidade. Demonstra antiga vocação para escrever, sendo autora de um livro e, assim como Sofia, de textos livres em coletâneas publicadas. Páginas e páginas parecem pouco para que Sofia e Helena possam nos conduzir pelas cozinhas, quintais, hortas, pomares, na lida doméstica cotidiana, quase o tempo todo ao lado da mãe, da irmã, da mucama, da vizinha, da avó, das mulheres.

Áurea e Luiz formam um belo casal, cuja felicidade transparece em cada gesto, em cada olhar, nos largos sorrisos, nas dificuldades que enfrentam juntos. Nascidos ambos na cidade do Rio de Janeiro, encontram-se hoje aposentados – ela da vida de secretária e ele de servidor público – e dedicados à reconstrução da história do bairro do Méier por meio de imagens e textos. Trazem-nos referenciais da cidade: mencionam, com frequência, lojas tradicionais do Centro do Rio. A crescente urbanização aparece de forma intensa nas palavras de nosso casal de narradores, através de marcantes distinções em formas de produzir e consumir alimentos quando comparadas às palavras de Sofia e de Helena.

A partir dos textos que compõem este artigo, procedemos a algumas reflexões preliminares acerca das narrativas que o integram. Esse estudo é vinculado à Linha de Pesquisa “Educação, Saúde e Nutrição”, do Grupo de Pesquisa “Nutrição e Saúde Coletiva”, cadastrado no CNPq.

RISCO E ANSIEDADE: UM SÉCULO DE TRANSFORMAÇÕES NA CULTURA ALIMENTAR NO BRASIL

Discutimos aqui alguns aspectos relativos a transformações ocorridas no campo da alimentação ao longo dos últimos cem anos. Mais especificamente, buscamos discutir aqueles relativos a intensos e freqüentes sentimentos de ansiedade, de angústia diante de riscos para a saúde de pessoas idosas; indivíduos que recebem um conjunto significativo de prescrições e cujos corpos são sistematicamente monitorados, em virtude das doenças crônicas e do envelhecimento – características que marcam o perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira nas últimas décadas. Mais adiante, em novo trabalho, trataremos de ampliar e aprofundar outras questões presentes nas complexas problemáticas que esse precioso livro de narrativas nos coloca.

O início das atividades do grupo trouxe-nos a seguinte fala de Sofia:

“Sinceramente, quando ouvi a proposta, achei que seria chato escrever sobre comida. Mesmo assim, comecei. E me vi tomada por uma grande alegria, por uma intensa motivação. Vocês não imaginam como está sendo bom recordar e escrever sobre essas lembranças! Parece que estou reunindo pedaços de minha vida.”

Nossos encontros foram riquíssimos em lembranças e trocas, em emoções, no estabelecimento de novos laços afetivos e na reafirmação de vínculos anteriores. A quantidade de páginas e a qualidade dos conteúdos revelam o interesse que a proposta despertou. Mais que relatos factuais, as páginas e páginas produzidas na Oficina parecem trazer uma certa forma de reconstrução dessas vidas, de reunião de certos pedaços quase perdidos ou desarrumados. Pollak (1989) nos chama atenção para o papel da memória como instrumento de reconstrução de identidade e não apenas como relatos de fatos isolados. O autor considera que:

“[...] ao contarmos nossa vida, em geral, tentamos estabelecer uma certa coerência por meio de laços lógicos entre acontecimentos-chave [...] e de uma continuidade, resultante da ordenação cronológica. Através desse trabalho de reconstrução de si mesmo, o indivíduo tende a definir seu lugar social e suas relações com os outros.” (Pollak, 1989, p. 12-13).

A alimentação – assim como a língua – é elemento essencial na constituição das identidades. Gilberto Freyre (1945), quando trata da formação da família brasileira sob o que denomina regime de economia patriarcal, nos diz:

“Todo brasileiro, mesmo alvo, traz na alma, quando não na alma e no corpo [...] a sombra, ou pelo menos a pinta do indígena ou do negro. No litoral, do Maranhão ao Rio Grande do Sul, e em Minas Gerais, principalmente do negro. [...] Na ternura, na mímica, [...] na música, no andar, na fala [...]. Da escrava ou sinhama que nos embalou. Que nos deu de mamar. Que nos deu de comer, ela própria amolengando na mão o bolão de comida [...]” (Freyre, 1945, p. 399).

Roberto DaMatta (1993), em ensaio sobre a saudade, nos fala da identidade dos povos, da identidade do brasileiro, deixando claras indicações do quão importante é o papel da alimentação na sua constituição:

“No fundo desejo realizar uma antropologia que mostre a sociedade não apenas como sistema econômico ou político, mas como uma totalidade complexa que às vezes se revela por inteiro: iluminada e reflexivamente. E a saudade é uma categoria mestra em promover esses momentos que surgem quando falamos: ‘que saudade do Brasil!’; ‘que saudade dessa instigadora bagunça brasileira!’; ‘que saudade de falar aquela língua que é como o ar que eu respiro e de comer aquela comida que, além de me nutrir, traz à tona gostos e cheiros que estão enfurnados dentro do meu ser!’; ‘que saudade daquelas pessoas que tanto amei e ainda amo, mas cuja perda devo (e quero) renovar pela saudade, porque é isso que constitui a minha biografia no sentido mais concreto e mais dramático do termo: aquele que diz que a vida é mesmo uma passagem e que todos (re)vivemos (re)fazendo – saudosa e pacientemente – memórias.” (Damatta, 1993, p. 17).

Memórias, lembranças, saudades de comidas, de eventos, de sentimentos, de coisas passadas que, ao serem recompostos por meio de narrativas, (re)colocam, hoje, a dinâmica de construção e reconstrução de identidades.

Entendemos, como em Paul Ricoeur (1983), a adequação das narrativas para a realização de estudos sobre o passado como um meio de simbolizar eventos sem o qual sua historicidade não poderia ser indicada (White, 1991). Em Darnton (1988) encontramos uma abordagem que consideramos exemplar sobre o uso de narrativas na compreensão de passagens da história da cultura francesa e que tomamos como referência neste trabalho. Nos textos produzidos pelos idosos da UnATI estão presentes processos de transformações relativos a aspectos econômicos, urbanização, gênero, padrões de comportamento, desenvolvimento científico e práticas em saúde correspondendo a fios de uma complexa trama, sem o que o enredo principal, a cena dramática das transformações ocorridas na alimentação ao longo do século XX torna-se frágil e desprovida de contexto social. A trama central é aqui abordada através de alguns caminhos mais específicos das práticas alimentares.

Primeiramente, a grande transformação ocorrida nas formas de produção dos alimentos: na infância, sobretudo doméstica e voltada para família, com fortes vínculos entre as pessoas e a comida; e hoje as compras no supermercado e os crescentes desconhecimentos e inseguranças face ao que se come. Nos textos de Helena, detalhes sobre vida de criança nos subúrbios do Rio de Janeiro e a alimentação das aves, as doenças, a postura dos ovos, o cacarejo característico e o abrir de asas anunciando a breve chegada dos novos pintinhos, as orações para que não houvesse temporais que pudessem prejudicar a ninhada, a ajuda prestada aos recém-chegados, *“retirando os pedacinhos de casca a fim de libertá-los...”*, a curiosidade e a admiração diante daquele processo de vida e da sua própria vida: *“Hoje, ao recordar-me com saudade daquele tempo, creio que eu sentia um pouco de inveja daquelas asas protetoras”*. E, depois, as delícias. *“Duas vezes por mês, sempre aos domingos ou feriados, meu pai fazia aquele almoço... Matava a galinha mais gorda. Aproveitava tudo, até as tripas”*. Encontramos essa forte tônica em aspectos que nos remetem ao afeto, absolutamente alienado do alimento preparado em série nas indústrias e vendido no supermercado de forma tão impessoal. Mais adiante Helena comenta: *“Hoje, eu com 74 anos, encontro-me comendo galinha congelada, totalmente sem peles, sem gordura”*. Em Áurea também encontramos referências a essas questões: *“Minha mãe fazia uma sopa consistente. Na época eu fazia charminho para comer”*. Mais adiante, nossa narradora registra: *“Atualmente, no corre-*

corre diário da mulher no mercado de trabalho, a sopa que era feita em casa foi substituída por produtos similares industrializados. Hoje tenho saudades de ambas: sopa e mamãe”.

No contexto dessas transformações, as mudanças na vida da mulher e no interior da cozinha, ou confortos e medos diante da tecnologia. Nas palavras de Sofia:

“[...] voltando à fazenda: papinha fresca, preparada no dia, quase na hora. Não era como os copinhos de hoje, com as “alertadoras” datas: fabricado dia tal, vencimento, tal dia. [...] As papinhas atuais, dizem vir balanceadas: proteínas, sais minerais, vitaminas... do potinho para o forinho de microondas. Podemos confiar? Não sei, pode até ser...”

Essas narrativas nos colocam diante das intensas transformações ocorridas para os que viveram da produção da terra ou que dela tiraram algo para seu sustento, como Sofia e Helena. Rodrigues (1999), estudando o deslocamento de sítiantes paulistas para regiões urbanas, remete-nos às suas lembranças do trabalho árduo e difícil do campo, mas que trazia satisfações e, sobretudo, comida farta. Pondera que a mudança para as sedes municipais inaugura uma nova vida, onde somente o dinheiro é capaz de colocar alimentos na mesa. Nessa nova vida, falar de comida é falar do sítio que perdeu, onde a família realizava um trabalho que conferia posição *honrada* no contexto social tradicional. Cândido (1979), analisando as transformações nos meios de vida do caipira paulista, identifica esse fenômeno como uma *caracterização ideal do passado* ou uma *utopia retrospectiva*. Em nossas narradoras, podemos considerar que, em algum grau, encontramos tais perspectivas.

A evocação do passado idealizado talvez esteja trazendo consigo o sentido de uma condição presente: a reivindicação dos conteúdos desse passado como a vida em família, a abundância (ao menos de alguns alimentos), a qualidade dos vegetais fresquinhos colhidos na hora, do peixe pescado no dia, do sabor da jabuticaba, que já não mais se realiza no frango congelado, sem gordura e sem pele, que jamais propiciará o sabor da canja gorda preparada com a galinha criada junto das crianças, morta pelas mãos do pai e preparada, afetuosamente, pela mãe; expressões de vida.

Essas passagens parecem indicar que havia no passado uma certa sensação de segurança, de conforto e que hoje parece se desvanecer. Em seu lugar, dúvidas, perguntas – sem respostas ou com respostas demais, contraditórias às vezes – convivem com sabores e aparências atraentes, com a praticidade no preparo dos alimentos e com um tempo que corre, que voa. Fischler (1995) aborda a questão, trazendo-nos reflexões sobre nossa ancestralidade mais remota: o medo dos alimentos desconhecidos e perigosos, marcante na constituição de nossa humanidade, de nossa identidade, manifestando-se nos dias de hoje diante de alimentos sobre os quais sabemos cada vez menos e diante dos quais vemos crescer sentimentos de insegurança e temor.

“El comensal moderno, literalmente, não sabe o que come. Sus puntos de referencia y sus criterios más fundamentales se hallan confundidos, engañados, deformados. Su creciente conciencia sobre la manipulaciones que sufren los alimentos ha demolido su confianza; así, degusta los alimentos más usuales con la ansiedad, la reticencia que manifestaría frente a una cocina desconocida. Es como si fuera víctima del viejo fantasma de ‘la incorporación del objeto peligroso’ [...]” (Fischler, 1995, p. 371).

Nossos narradores falam dos alimentos na infância como próximos e conhecidos; é o caso dos pintinhos acompanhados desde o nascimento, sua criação, sua alimentação, seu preparo e seu consumo – entre outras passagens similares. Fischler nos diz da inexistência de vínculos de pertencimento entre o comensal consumidor-puro e seus alimentos, e da sobrecarga que essas novas inseguranças representam para o indivíduo; essa pessoa que necessita decidir, várias vezes por dia, o que comer e que vê repetir incessantemente, dentro de si, as dúvidas, perguntas, informações favoráveis ou ameaçadoras sobre cada um dos alimentos, no momento da compra, do preparo, da ingestão, da consulta com os profissionais de saúde, a todo instante. E, ao não reconhecer com segurança os alimentos que incorpora, termina por não se reconhecer a si mesmo.

“Los alimentos que incorporamos nos incorporan a su vez al mundo, nos sitúan en el universo: identificando mal los alimentos que absorbe, el comensal tiene cada vez más dudas sobre su propia identidad.” (Fischler, 1995, p. 375).

Também aparecem nas narrativas freqüentes menções às transformações nos padrões, que vão da família numerosa ao redor da mesa à

alimentação individualizada, na qual muitas vezes comer na solidão é a referência. Fischler também discute a questão do tempo na alimentação – na modernidade, cada vez mais marcada pelo ritmo do trabalho, que termina por impor um incessante beliscar em substituição à alimentação estruturada. Ou seja, uma certa regressão ao que denomina “alimentação vagabunda”, similar à do ancestral coletor, que caminhava e comia o que encontrava, solitário, sem rituais, sem símbolos.

Para os idosos, viver só é indicação de risco em termos de saúde e nutrição. Ainda mais se afastados de suas práticas alimentares identificadoras, submetidos a angústias e inseguranças constantes diante de uma comida “desconhecida”, beliscando aqui e ali, eventualmente portadores de depressão – como alguns de nossos narradores ou de elevada parcela da população de alguns bairros cariocas, como nos mostra o estudo de Veras (1994). Aqui, o trabalho não é exatamente o que leva a comer de forma não-estruturada. A solidão, a falta de estímulo para “cozinhar para alguém” – predominantemente presente nas mulheres viúvas, solteiras ou descasadas – tem aparecido como elemento que conduz ao afastamento dessas práticas alimentares, que correspondem a verdadeiros rituais – como se vê nas palavras de Sofia, “*Mesa do jantar: sacrossanto altar*” – e a um crescente número de contatos com alimentos ao longo do dia, que temos identificado em nossas práticas ambulatoriais e em estudos de consumo alimentar empreendidos no PNTI (2004). Essa menção saudosa, e mesmo melancólica, a refeições regulares, toalhas de mesa, família reunida todos os dias presentes com frequência nas nossas narrativas não seria, em algum grau, uma manifestação de insatisfação dos idosos com esse moderno padrão de alimentação, essa anomia – para utilizar o conceito que Fischler toma de Durkheim para caracterizar uma crise atual dos critérios de escolha, dos códigos e dos valores, da simbologia relacionada à alimentação, da desagregação da comensalidade – e, ao mesmo tempo, uma indicação do quão necessário é valorizar essas memórias, esse passado, essas práticas alimentares, essas identidades como forma de promoção de vida saudável na velhice dos dias de hoje?

E, finalmente, as transformações no sentido da alimentação. No passado, o comer à vontade, matar a fome com o prazer em saborear o alimento disponível. Sofia nos conta:



“Na época da jabuticaba era um “Deus nos Acuda”. Trepávamos no pé escorregadio de tronco grosso, mas de galhos finos e quebradiços, salpicados de frutos pretinhos e agarrados árvore. A colheita era consumida ali mesmo: troc, troc, troc, com semente e tudo. No dia seguinte, o trabalho que dávamos não está no gíbi: ao visitarmos o “water-closed”, sofriamos e até chorávamos – não conseguíamos realizar a tarefa tão salutar. Naquele tempo, só mesmo “Óleo de Ricino” ou “Sal de Glauber”, a que tínhamos horror. E o pior era ficar em jejum até que o problema fosse resolvido. Então mamãe, filha de boticário e meio inclinada a médico, aplicava em nós “Clister” e era bater e valer.”

“No outro dia, lá estávamos nós na jabuticabeira, saboreando aqueles frutos docinhos, de casca fina, mas de semente grande, que engolíamos de uma só vez. Depois de colhidas, essas frutas não podem ser guardadas por muito tempo: perdem o sabor; naturalmente, por esta razão, elas não são comercializadas. É raríssimo a gente encontrar num hortifruti ou num supermercado jabuticabas para vender.”

Na atualidade, a nutrição – do comer com equilíbrio, moderadamente, da alimentação tecnicamente normatizada, seguindo prescrições dietoterápicas.

“Na nossa dieta – de minha irmã e minha – entra a água de coco verde. Dizem que a água de coco contém potássio, um santo remédio para câimbra. Sei que, em alguns lugares já estão vendendo água de coco em garrafinhas, mas... a gente tem receio. Meu médico diz-me sempre: “No mínimo dois litros de água por dia”. E eu: “Sim, senhor”. Mas não chego a esvaziar a garrafinha de um quarto de litro, que coloco perto de mim, quando estou trabalhando. Somos tão descuidadas nesse ponto; minha nutricionista prescreveu-me tomar no mínimo 2 litros de água por dia e eu, que me esforço tanto para isso, não chego a tomar meio litro. Acho o gosto da água ruim e misturo a ela um pouco de água mineral com gás, mas assim mesmo tenho dificuldade em tomá-la. Invejo as pessoas que reviram um copo duplo de uma só vez. Uma de minhas amigas já me perguntou por que eu bebo só três ou quatro golinhos. Eu não havia reparado nisto, tentei ingerir um pouco mais e... Uma forte dor no estômago maltratou-me durante alguns minutos. Louvado seja! (Sofia).”

Em outra passagem:

“Sempre gostei de arroz branco; me sirvo diariamente dessa iguaria; mas dizem que não tem nada. Agora, aos setenta e seis anos de idade, tinha vontade de mudar o meu costume – usar arroz integral, rico em fibras. Cheguei a tentar, mas não gostei. Pensei comigo mesma: será que nesta

idade vai adiantar alguma coisa, vai melhorar minha saúde que não é nada animadora?” (Sofia).

Essas passagens parecem nos dizer de buscas ou tentativas de encontro entre a pessoa idosa com um novo referencial de alimentação. Informações nutricionais que vão sendo incorporadas – ou não – e que, de algum modo, afetam as práticas alimentares.

Garcia (2000), em texto com um título bastante instigante – *A culinária subvertida pela ordem terapêutica: um modo de se relacionar com a comida*, parte da ciência contemporânea, mais especificamente, da epidemiologia nutricional voltada para as doenças características da civilização ocidental (câncer, doenças cardiovasculares, diabetes, osteoporose e, registremos, marcantes nos idosos) para nos dizer de um conceito de alimentação saudável pautado pelas características químicas dos alimentos.

“Para a ciência, a qualidade da alimentação se dá por seus atributos nutricionais, quer seja para orientar o que deve ser restringido ou pelo que deve ser aumentado, em função das doenças de destaque no panorama das estatísticas de saúde.” (Garcia, 2000, p. 13).

Aqui há menos antigos prazeres, afetos, rituais, seguranças diante da comida conhecida. Em seu lugar, a expansão da razão na escolha de alimentos a partir de seus nutrientes e de sua funcionalidade, de seu caráter medicamentoso diante de doenças por vir, instaladas ou a se agravar; a regressão da comensalidade e as conseqüentes brechas que se abrem a reorganizações não necessariamente favoráveis das práticas alimentares, com a substituição da rotina e dos procedimentos previsíveis relacionados com a comida estruturada por lanches e “beliscos”, que ocorre no Brasil simultaneamente ao aumento do consumo de alimentos industrializados fortemente relacionados com as doenças presentes na velhice; a crescente angústia em face dos corantes, conservantes, agrotóxicos, transgênicos (Menasche, 2003), microondas, irradiações – enfim do desconhecimento dos alimentos, agora ameaçadores, em algum grau.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essas narrativas parecem confirmar as reflexões que encontramos em Garcia e em Claude Fischler. As transformações no campo da alimentação, com implicações sobre a cultura alimentar, estão gerando ansiedades que se acentuam com o monitoramento permanente do corpo, mais intenso nas pessoas idosas, submetidas a maiores riscos à saúde. O encontro terapêutico entre profissional de saúde e paciente deve ter em conta aspectos como cultura alimentar, em seus elementos formadores de identidades, correspondendo a eixo indispensável nas práticas em saúde. As palavras de Sofia atestam a fragilidade desse encontro:

“E um motorista, levando-me certa vez, ao Hospital Pedro Ernesto: ‘Olhe só’ – apontou para um grupo de médicos – ‘Lá vão para a churrasceria. O prato de hoje é feijoada. Aquela bem incrementada. Para a gente, recebem legumes cozidos’. Assim, até eu.”

Devemos ainda considerar que muito das determinações dos agravos à saúde características da velhice se encontra em planos que independem do indivíduo: como o estresse da vida urbana, violência, dificuldades com processos de aposentadorias, perdas de pessoas próximas e queridas. Mas as modalidades preventivas ou terapêuticas tidas como viáveis para o enfrentamento desses agravos recaem invariavelmente sobre a ação individual. Isso nos leva a pensar em mais um fator de sobrecarga: a responsabilidade de resolução do problema ou a culpa em caso de impossibilidade de sua implementação a contento.

Em síntese: nossas narrativas parecem ir ao encontro das teses relativas a manifestações de angústia, de ansiedade fundamentais do ser humano moderno que revive, em forma atualizada, o “paradoxo do omnívoro” situado entre a neofobia e a neofilia alimentares. “Livre de rituais eventualmente indesejados ou saudoso das práticas alimentares da infância e da juventude, o idoso se vê, com a modernidade, diante de uma nova liberdade” (Giddens, 1993) trazida pela praticidade anunciada e muitas vezes comprovada, mas também vivenciando novas inseguranças em face da hiperespecialização, da hiperhomogeneização e da preocupação com higiene e com a pureza dos alimentos. Mais ou menos preocupado, tenso e mesmo culpado, pois sua saúde está, em grande parte, colocada sob sua única e exclusiva responsabilidade: comer corretamente de acordo com as características que têm os alimentos para tratar das doenças.

“Como a couve-flor, a vagem contém vitaminas e minerais. As fibras dessas hortaliças ajudam também ao bom funcionamento do intestino. – ‘Faça do alimento o seu medicamento’. Diz uma médica.” (Sofia)

A Oficina de Produção de Textos “Memória e Alimentação” colocou-nos diante do desafio anunciado por Garcia: atender às legítimas demandas por informações sólidas sobre alimentos, saúde e doenças, valorizando a cultura que é parte essencial da identidade desses idosos. Eles nasceram num mundo praticamente medieval e em meio a outros rituais e simbolismos em termos de produção de alimentos, e hoje se encontram em plena realização da modernidade individualizada, consumista. Idosos desejosos de viver mais e melhor. Idosos que oscilam entre a vivacidade e a depressão. Idosos que não querem e não podem ser negados em sua cultura.

“Como já disse, estou ligadona na temática ‘alimentação’, sua história principalmente no Brasil, seu valor, sua eficácia.” (Sofia).

“Como será no futuro o regime alimentar das pessoas? A modernidade está aí e a cabeça do ser humano é inesgotável quando procura descobrir algo em prol da humanidade, mesmo que, para isso, às vezes resulte no sacrifício de seres humanos.” (Luiz).

NOTAS

- ¹ Shirley Donizete Prado. Nutricionista, vice-diretora e professora adjunta do Departamento de Nutrição Social do Instituto de Nutrição, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), participante da equipe do Projeto Nutrição e Terceira Idade. Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ.
- ² Maria Fátima Garcia de Menezes. Nutricionista, professora assistente do Departamento de Nutrição Social do Instituto de Nutrição da UERJ; participante da equipe do Projeto Nutrição e Terceira Idade. Mestre em Educação pela Faculdade de Educação da UERJ.
- ³ Luciana Maria Cerqueira Castro. Nutricionista, professora adjunta do Departamento de Nutrição Social do Instituto de Nutrição da UERJ. Mestre em Saúde Pública pelo Instituto de Nutrição Josué de Castro, na Universidade Federal do Rio de Janeiro; doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- ⁴ Débora Martins dos Santos. Nutricionista, professora assistente do Departamento de Nutrição Social do Instituto de Nutrição da UERJ; coordenadora do



- Projeto Nutrição e Terceira Idade. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social - UERJ.
- ⁵ Elda Lima Tavares. Nutricionista, professora assistente do Departamento de Nutrição Social do Instituto de Nutrição da UERJ, participante da equipe do Projeto Nutrição e Terceira Idade. Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.
 - ⁶ Sílvia Ângela Gugelmin. Nutricionista, professora adjunta do Departamento de Nutrição Social do Instituto de Nutrição da UERJ. Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.
 - ⁷ Seu trabalho pioneiro na Oficina de Produção de Textos desenvolvida na UnATI-UERJ voltou-se, inicialmente, para pacientes em processo de alta após tratamento de doenças complexas, como a depressão, por exemplo. Orientando para a geração de pequenos trechos escritos individualmente e discutidos em grupo, Mabel tratava da gramática, da qualidade da redação, das dores e das alegrias passadas e futuras das pessoas ali presentes. Daí foi publicado, no ano de 2001, o primeiro livro da Série *Textos & Memórias*, que recebeu o delicado título *Mil Novecentos e Antigamente...* Uma realização de vida para os autores! Um presente para o leitor, que pode aí encontrar imagens singelas e ao mesmo tempo vigorosas do cotidiano de seres humanos que se colocaram frente a fadas e monstros, ora com toda a sua força, ora apenas com o possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CÂNDIDO, A. *Os parceiros do Rio Bonito*: estudo sobre o caipira paulista e a transformação dos seus meios de vida. Rio de Janeiro: José Olympio, 1979.
- DAMATTA, Roberto. Antropologia da saudade. In: _____. *Conta de mentiroso*: sete ensaios de antropologia brasileira. Rio de Janeiro: Rocco, 1993. p. 17-34.
- DARNTON, R. Os trabalhadores se revoltam: o grande massacre dos gatos na Rua Saint-Séverin. In: _____. *O grande massacre dos gatos*: e outros episódios da história cultural francesa. Rio de Janeiro: Graal, 1988, p. 103-139.
- FISCHLER, Claude. Gastro-nomía y gastro-anomía. Sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación contemporánea. In: CONTRERAS, Jesus. *Alimentación y culturas*: necesidades, gustos e costumbres. Barcelona: Publicacion Universitat de Barcelona, Estud General, Ciencias Humanas i Socials, 1995a. n. 3.
- FREYRE, Gilberto. O escravo negro na vida sexual e de família do brasileiro. In: _____. *Casa-grande & senzala*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1954.
- GARCIA, Rosa Wanda Diez. A culinária subvertida pela ordem terapêutica: um modo de se relacionar com a comida. In: SIMPÓSIO SUL-BRASILEIRO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: HISTÓRIA, CIÊNCIA E ARTE, 2000, Florianópolis. *Anais...*, Florianópolis: UFSC, 2000. p. 13 -6.

GIDDENS, A. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: UNESP, 1993.

IBGE. *Censo demográfico 1991: resultados do universo: microdados*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. 21 CD-ROM; IBGE, *Censo Demográfico 2000. Tabela 13* Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 10 ago. 2005.

IMBASSAHY, Mabel; PRADO, Shirley Donizete; AMORIM, Andréa Estevam de (Orgs.). *Sabores & lembranças: narrativas sobre alimentação, saúde e cultura*. Rio de Janeiro: UnATI-UERJ. 162 p. (no prelo)

IMBASSAHY, M. (Org.). *Mil novecentos e antigamente...* Rio de Janeiro: UnATI, UERJ, 2001.

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.

MENASCHE, Renata. Os grãos da discórdia e o risco à mesa: um estudo antropológico das representações sociais sobre os cultivos e alimentos transgênicos no Rio Grande do Sul. 2003. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

MENEZES, Maria Fátima Garcia de. Educação nutricional no processo de envelhecimento. In: VERAS, Renato Peixoto (Org.). *Formação humana em Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: EdUERJ / UnATI. No prelo.

MENEZES, Maria Fátima Garcia de; PRADO, Shirley Donizete; TAVARES, Elda Lima; SANTOS, Débora Martins dos; CARVALHO, Gilmara de Freitas. Análise qualitativa da alimentação de um grupo de idosos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO, 18., 2004, Campo Grande. *Nutrição e qualidade de vida: enfrentando desafios*. Campo Grande: 2004. p. 330.

MENEZES, Maria Fátima Garcia de; SANTOS, Débora Martins dos. Representações da alimentação saudável em idosos: UERJ sem muros - 1999 a 2001. In: SEMINÁRIO NUTRIÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, 5., 2003, Rio de Janeiro. *Tendências e desafios*. Rio de Janeiro: 2003.

PACHECO, Liliâne Carvalho; MENEZES, Maria Fátima Garcia de. "Alimentação" In: ASSIS, Mônica (Org.). *Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos*. Rio de Janeiro: CRDE UnATI UERJ, 2002. p. 42-56. (Série Livros Eletrônicos Programas de Atenção à Idosos).

POLLAK, M. Memória, esquecimento, silêncio. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, 1989, p. 3-15.

PRADO, Shirley Donizete. Alimentação, saúde e cultura. In: VERAS, Renato Peixoto (Org.). *Formação humana em Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: EdUERJ / UnATI. No prelo a.

- PRADO, Shirley Donizete. Alimentação saudável e envelhecimento. In: VERAS, Renato Peixoto (org). *Formação humana em Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: EdUERJ / UnATI. No prelo b.
- PRADO, Shirley Donizete. Risco e ansiedade: um século de transformações na cultura alimentar no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 3., 2005, Florianópolis. *Anais ...* Florianópolis: ABRASCO, 2005a.
- PRADO, Shirley Donizete, MENEZES, Maria Fátima Garcia de, SANTOS, Débora Martins dos e TAVARES, Elda Lima. A articulação entre Ensino, Pesquisa e Extensão no Projeto Nutrição e Terceira Idade: algumas reflexões teóricas e operacionais. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 8., 2005, Rio de Janeiro. *Navegar é preciso... transformar é possível*. Rio de Janeiro: 2005b.
- PRADO, Shirley Donizete; TAVARES, Elda Lima. Alimentação saudável na terceira idade. In: ASSUERO, Luiz Saldanha; CALDAS, Célia Pereira. (Org.). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2 ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 88-95.
- PRADO, Shirley Donizete; TAVARES, Elda Lima; VEGGI, Alessandra Bento. Nutrição e saúde no processo de envelhecimento. In: VERAS, Renato Peixoto. (Org.). *Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro, 1999. p. 125-136.
- RICOEUR, Paul. *Time and narrative*. Chicago: Chicago Press, 1983.
- RODRIGUES, C. M. C. *Águas aos olhos de Santa Luzia: um estudo de memória sobre o deslocamento compulsório de idosos em Nazaré Paulista*. Campinas, SP: UNICAMP, Centro de Memória UNICAMP, 1999.
- SANT'ANNA, Maria Josefina Gabriel. UnATI, a velhice que se aprende na escola: um perfil de seus usuários. In: VERAS, Renato Peixoto. *Terceira idade: desafios para o próximo milênio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999, p. 75-102.
- SANTOS, Débora Martins dos. Consumo alimentar entre idosos no Brasil. In: VERAS, Renato Peixoto (Org). *Formação humana em Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: EdUERJ / UnATI. No prelo.
- SANTOS, Débora Martins dos; MENEZES, Maria Fátima Garcia de ; BANETY, P.A. ; COELHO, M. R. S. Padrão de consumo alimentar de idosos participantes de um programa de atividade física. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7., 2003, Brasília. *Anais...* Brasília: 2003. v. 8. p. 801-802.
- TAVARES, Elda Lima. Avaliação nutricional em idosos. In: VERAS, Renato Peixoto (Org.). *Formação humana em Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: EdUERJ / UnATI. No prelo.

UNIVERSIDADE ABERTA DA TERCEIRA IDADE. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Proposta de criação do Instituto da Terceira Idade*. Rio de Janeiro, 1999.

VERAS, Renato Peixoto. *País jovem de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994

WHITE, H.A questão da narrativa na teoria contemporânea da história. *Revista de História*, v. 2/3, Primavera, 1991, p. 47-89.

ABSTRACT

This paper is part of the Nutrition and the Elderly Project, developed by UERJ's Nutrition Institute. Through the Workshop for Texts Production, carried out by the Open University for Studies on the Elderly, at UERJ, we reflect on the transformations in the field of nourishment and their implications for health, over the past century. We analyzed personal narratives of elderly people who live in Rio de Janeiro. In accordance with Paul Ricoeur, we believe that narratives are adequate for studies about the past, as a form of symbolizing events without which its historicity would not be evinced. The central plot is approached through some specific ways of nourishment. According to Claude Fischler, we conclude that transformations in the field of nourishment are creating anxieties which get worse with the constant control over the body, mainly among the elderly, whose health is more at risk. It is indispensable, for health practices, to consider aspects such as alimentary culture among the elements which form identities.

KEY WORDS: Feeding; Food Habits; Narration; Health; Aged; Rio de Janeiro

Recebido para publicação em: 22/8/2005

Aprovado em: 24/10/2005

Correspondência para:

Shirley Donizete Prado

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Nutrição - Departamento de Nutrição Social

Av. São Francisco Xavier, 524, 12º Andar, Bloco F, Sala 12.003 - Maracanã

CEP: 20559-900 - Rio de Janeiro - RJ

E-mail: shirley_prado@terra.com.br

Telefones: (021) 2587-7747 ou 2587-7721





Risco de quedas no ambiente físico domiciliar de idosos
Elderly people's risk of fall in their physical-home environment

Edméia Campos Meira ¹
Luciana Araújo dos Reis ²
Insana Teixeira Mello ³
Fabiano Veloso Gomes ⁴
Roberta Azoubel ⁵
Luana Araújo dos Reis ⁶

RESUMO

O estudo, de natureza exploratório-descritiva, objetivou conhecer os fatores de risco para quedas em dez idosos com seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE), inscritos no projeto Núcleo de Atenção à Saúde no Envelhecimento (NASEN/UESB) e residentes no bairro do Inocoop, no Município de Jequié, Bahia. Com base nas informações obtidas, podemos constatar que 50% residem em ruas levemente inclinadas; que em 60% das residências, ao frequentar a sala e a cozinha, o idoso encontra dificuldades com mobiliários ou objetos; em 70% os dormitórios possuem pouca área circulante, devido à arrumação imprópria de móveis e objetos pessoais. Quanto à iluminação durante o dia e à noite, os cômodos que apresentam deficiências são corredores, sala, dormitório e cozinha. Podemos constatar que o ambiente físico domiciliar desses idosos constitui risco de quedas, por ser inadequado às necessidades de saúde/doença destes. É de fundamental importância a realização de adaptações ambientais, por meio da eliminação e/ou minimização de barreiras arquitetônicas.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Risco; Acidentes por Quedas; Acidentes Domésticos; Acidente Cerebrovascular; Estruturas de Acesso; Jequié (BA)

INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira, no decorrer dos últimos anos, tem sofrido um processo de transição demográfica caracterizado por um aumento no número de idosos. Esse fato tem contribuído para uma inversão na pirâmide etária brasileira, que, ao invés de uma base larga, apresenta hoje uma base afunilada (composta por jovens) e um ápice alargado (representado por idosos). Tal inversão tem ocorrido graças aos grandes avanços tecnológicos e científicos experimentados nas últimas décadas, além do crescente processo de urbanização.

No novo contexto vivenciado pelo Brasil, no qual a população idosa tem crescido acentuadamente, tem também ocorrido uma modificação nas causas de morte, que até então eram representadas por doenças infecto-contagiosas e são agora apresentadas por doenças crônico-degenerativas.

“Entre os idosos os acidentes (automobilísticos, queimaduras, asfixia, envenenamento e queda) classificam-se em sexto lugar como causa de morte, sendo as quedas a principal causa desta” (Abrams, 1995, p. 75).

As quedas são decorrentes das instabilidades posturais apresentadas por essas pessoas e se acentuam mais ainda em idosos acometidos por acidente vascular encefálico (AVE) que residem em ambiente domiciliar com diversos fatores predisponentes a quedas. Nesse sentido, as causas de queda se classificam em fatores intrínsecos (alterações próprias do idoso, fisiológicas ou patológicas) e extrínsecos (ambiente físico).

Com o aumento do número de idosos, tem ocorrido paralelamente um aumento do número de casos de AVE. “A maioria dos casos de AVE ocorre depois dos 65 anos de idade e metade dos pacientes tem mais de 75 anos” (Gallo, 2001). Mais impressionante do que as taxas de mortalidade são os aspectos qualitativos de vida após a ocorrência do mesmo na vida dos idosos, que os deixam incapacitados em relação ao desempenho sensorio-motor e ao ambiente que os cerca. Além das alterações fisiológicas na biomecânica decorrentes da idade, as seqüelas provocadas pelo AVE – tais como contraturas e deformidades que resultam na perda de movimentos, espasticidade e posicionamento impróprio – modificam a biomecânica articular normal, provocando instabilidade postural, com conseqüentes riscos para quedas.

Uma porcentagem significativa das quedas ocorre no próprio ambiente físico domiciliar, no exercício das atividades da vida diária. As quedas são provocadas na maioria das vezes por riscos domésticos comuns (tapetes pequenos, objetos no chão etc.), piso escorregadio, má iluminação, barreiras arquitetônicas e outros. Construídos com barreiras arquitetônicas, esses ambientes propiciam escorregões, tropeços, erros no passo, trombadas; constituindo causa de quedas em idosos ativos, que deslocam constantemente seu centro de gravidade no processo de deslocamento em ritmo de caminhada.

A queda representa alterações psicossociais no desempenho das atividades básicas da vida diária dos idosos, pois o medo que os mesmos vivenciam após uma experiência de queda, favorece a perda da autoconfiança e restringe o desempenho funcional, que, conseqüentemente, produzirá fraqueza muscular e acentuação da instabilidade postural – condicionando, portanto, o risco de outras quedas.

Mediante o contexto de envelhecimento populacional vivenciado pela sociedade brasileira e a observação feita por nós, enquanto participantes do Projeto Núcleo de Atenção à Saúde no Envelhecimento (NASEN/UESB), sobre a necessidade de se oferecer práticas de saúde voltadas a atender ao processo saúde/doença no envelhecimento, sentimos necessidade de conhecer os fatores de risco de quedas em ambiente físico domiciliar de idosos com seqüelas de AVE, visto que dos 20 inscritos no projeto, dez apresentam tais seqüelas.

O projeto “Cuidando do idoso na família e comunidade NASEN/UESB” é um subprojeto de extensão da UATI (Universidade Aberta para a Terceira Idade – UESB), que se faz presente na UESB e comunidade do Inocoop, no Município de Jequié (BA), desde 2000. Serve como elo de ligação entre os conhecimentos desenvolvidos na universidade e as necessidades saúde-doença da comunidade. Seu objetivo é conhecer os fatores de risco de quedas em idosos com seqüelas de AVE.

O CONTEXTO DO ESTUDO

Os possíveis fatores de risco para quedas em idoso com seqüelas de AVE foram levantados por meio de um roteiro de avaliação ambiental adaptado para alcançar os objetivos específicos deste estudo, segundo orientação do PADI (Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso), da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, e a produção de fotografias do ambiente físico domiciliar (tipo de moradia, proximidade de rampas, sala, presença de tapetes, dormitório, banheiro, quintal, condições de pavimentação e relevo das ruas ou vias de acesso) dos dez idosos com seqüelas de AVE cadastrados no NASEN/UESB.

A comunidade selecionada par o estudo foi o bairro do Inocoop, no Município de Jequié (BA), já que nos encontramos inseridos nessa comunidade prestando atendimento à saúde dos idosos cadastrados ao Projeto NASEN/ UESB. Atuamos junto a esses idosos, nesse projeto, desde o ano de 2000.

Para a seleção dos sujeitos da amostra, utilizamos como intermédio o Projeto NASEN. Para definirmos os atores desta pesquisa, sendo então selecionados idosos cadastrados ao NASEN, com seqüelas de AVE e residentes no bairro do Inocoop II, Jequié, Bahia. A cada visita, faziam-se as devidas explicações quanto ao respeito humano às pessoas que participam de pesquisa, seguindo-se as instruções contidas na Resolução do Ministério da Saúde nº 196/96, sobre ética em pesquisa, sendo obtida assinatura do documento de consentimento livre e esclarecido.

O projeto NASEN/UESB possui cerca de 20 idosos cadastrados para atendimento em fisioterapia, sendo que dez que apresentam seqüelas de AVE foram incluídos como atores sociais do estudo.

As informações obtidas por meio do roteiro de avaliação ambiental, fotografias e dos referenciais, em sua totalidade, sem alterações, foram analisadas sob a estrutura de tabulação, análise descritiva e percentual, e interpretação das figuras confeccionadas, a partir das fotografias do ambiente físico domiciliar de idoso com seqüelas de AVE, buscando-se conservar a maioria dos detalhes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No tipo de moradia onde residem os idosos com seqüelas de AVE, podemos constatar que todos (100%) habitam em casa térrea (figura 1), o que minimiza o risco de quedas quando observamos apenas dessa vertente. Isso ocorre porque a ausência de primeiro andar nessas casas contribui para que os idosos não fiquem expostos constantemente ao uso de escadas, podendo vir a sofrer um desequilíbrio postural devido às alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, que se acentuam ainda mais em idosos com seqüelas de AVE.

“Além de que (10%) das quedas ocorre em escadas, normalmente por serem pouco iluminadas ou não equipadas com corrimãos, somados às deficiências visuais apresentadas por grande parte dos idosos” . (Duarte, 2000, p. 83).

FIGURA 1: APRESENTAÇÃO DO TIPO DE MORADIA DOS IDOSOS COM SEQÜELAS DE AVE. (REIS, L. A. JEQUIÉ-BA, 2005)



Na caracterização da rua ou via de acesso (compreendendo passagem, entrada, meio utilizado para se chegar ao domicílio, que no caso de nosso objeto de estudo podem ser escadarias, ruelas e becos) quanto à inclinação, notamos que 30% eram planas, 20% inclinadas e 50% levemente inclinadas (Tabela 1). Quanto à pavimentação, uma (10%) das casas dispõe de calçamento e as demais (90%) não dispõem de calçamento,

sendo de terra. Tomando por base essas informações, podemos notar que as ruas ou vias de acesso próximas às residências avaliadas constituem perigo durante a realização das atividades diárias do idoso, uma vez que essas inclinações podem levar a uma instabilidade postural, tropeções, escorregões e, conseqüentemente, a quedas. Isso demonstra que, ao se locomoverem nessas ruas ou vias de acesso, os idosos com seqüelas de AVE estão propensos a escorregar e/ou tropeçar, principalmente em dias chuvosos, quando o barro, em contato com a chuva, forma poças de lama que podem causar quedas. “A maioria das quedas acidentais ocorre dentro de casas ou nos arredores” (Carvalho et al., 1998, p. 102).

TABELA 1
DESCRIÇÃO DO RELEVO E CONDIÇÕES DE PAVIMENTAÇÃO DA RUA OU VIA DE ACESSO DO AMBIENTE PERI-DOMICILIAR DOS IDOSOS COM SEQÜELAS DE AVE. (REIS, L. A. JEQUIÉ/BA, 2005).

Inclinação	Nº	%
Plana	3	30%
Levemente inclinada	5	50%
Inclinada	2	20%
Muito inclinada	-	-
Total	10	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Das dez residências avaliadas, podemos verificar que em 100% havia passeios e calçadas; porém, em relação às condições físicas, 40% deles se encontravam deteriorados (com relevo irregular e com pavimentação inadequada, isto é, de terra), 20% apresentavam obstáculos (árvores, restos de construção) e 40% encontravam-se em bom estado (Tabela 2). Dessa forma, o risco de o idoso sofrer uma queda é elevado, pois os passeios/calçadas com condições físicas inadequadas podem levar a pisar em falso, errar o passo, que, somados às alterações fisiológicas e patológicas apresentadas por estes, potencializa as quedas. Além de expor mais o idoso aos riscos de quedas, as calçadas/passeios deficientes propiciam o

isolamento social de idosos com seqüelas de AVE, os quais por si só já apresentam dificuldades de locomoção, e que, devido às seqüelas decorrentes da patologia, possuem em sua maioria receio de se expor perante a sociedade, por medo de rejeição e/ou discriminação. E assim, ao se isolar socialmente, o idoso apresenta um índice elevado de chances de desenvolver uma possível depressão, bem como outros transtornos mentais.

TABELA 2
DESCRIÇÃO DA PRESENÇA E ESTADO FÍSICO DO PASSEIO/CALÇADA DO AMBIENTE PERI-DOMICILIAR DOS IDOSOS COM SEQÜELAS DE AVE. (REIS, L. A. JEQUIÉ/BA, 2005)

Passeio/calçada	Nº	%
Existente e em bom estado	4	40%
Existente, mas deteriorada	4	40%
Existente com obstáculos	2	20%
Inexistentes	-	-
Total	10	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Nesta perspectiva, verificamos a necessidade de adequar os passeios/calçadas, eliminando obstáculos e realizando pavimentação, para tornar os passeios/calçadas planos e com espaços livres circulantes. Os idosos residem numa cidade do interior, na qual uma das formas de ocupar o tempo livre é sentar-se à porta da frente do domicílio para ver a movimentação dos carros e pessoas na rua.

Logo, com base no Estatuto do Idoso, datado de setembro de 2003, Capítulo I, Art. 9 – que afirma que ao idoso é garantida à proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade – faz-se necessário promover medidas públicas de saúde que atendam ao idoso como um todo. Isto é, levando-se em consideração suas particularidades e o meio no qual está inserido, e não apenas a patologia apresentada.

Ao se avaliar a proximidade de rampas da rua para o passeio/calçada do domicílio investigado, averiguou-se que 90% não possuem rampas próximas, enquanto apenas 10% as possuem. Foi possível constatar ainda as adaptações improvisadas em algumas casas, tais como o uso de paralelepípedos e restos de construção, que são colocados próximos à porta de entrada, sem fixação, mas que com o passar do tempo acabam por se fixar, moldando-se à terra, na maioria das vezes de forma incorreta (com inclinações).

Com base nas informações acima, podemos constatar que o ambiente físico ao redor do domicílio dos idosos apresenta uso e acesso deficientes em termos de segurança para a realização de atividades diárias do idoso, como sentar-se à porta, deambular pelos arredores do domicílio, ir à casa do vizinho – atividades que ocupem o tempo livre. Os idosos são assim expostos a inúmeros riscos de quedas e ao isolamento, uma vez que esses espaços não se encontram adaptados a suas necessidades de saúde/doença. Necessitam, desta forma, de adaptações que visem a minimizar e/ou reduzir riscos, através de intervenções do planejamento físico ambiental por parte dos gestores públicos, que compensem as perdas funcionais apresentadas pelos idosos. Isso melhoraria, conseqüentemente, sua qualidade de vida e promoveria uma reabilitação biopsicossocial mais eficiente.

Sendo implementadas/implantadas tais intervenções, além da melhoria na qualidade de vida desses idosos, que passariam a apresentar menores riscos de quedas quando expostos ao ambiente físico domiciliar, haveria um menor índice de chances de desenvolver uma possível depressão e/ou outros transtornos mentais. Ocorreriam também menores gastos financeiros de saúde com a hospitalização desses idosos, no caso de recuperação pós-queda. *“Pois pessoas mais velhas têm a taxa mais alta de hospitalização para tratamento agudo de lesões, a duração média da internação para os que sofreram queda é de 43 dias contra 25 dias dos que não sofreram”* . (Abrams, 1995, p. 91).

Em relação à sala das residências avaliadas, podemos constatar que o deslocamento dos idosos nesses cômodos é dificultado pela disposição imprópria dos móveis. Sessenta por cento das casas apresentam disposição inadequada dos móveis (arrumação desordenada, com vários móveis

ocupando o mesmo espaço, impedindo a locomoção dos idosos, devido à redução do espaço livre circulante) enquanto que apenas em 40% os mobiliários se encontram devidamente organizados (Tabela 3).

TABELA 3
RISCOS DE QUEDAS: FREQUENTANDO O AMBIENTE FÍSICO DE BEM-ESTAR – A SALA DO DOMICILIO DE IDOSOS COM SEQÜELAS DE AVE. (REIS, L A. JEQUIÉ/BA, 2005)

Acesso	Nº	%
Dificultado por mobiliário	6	60%
Não há dificuldades	4	40%
Total	10	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Sabemos, pois, que esses idosos, com alterações funcionais próprias do envelhecimento e seqüelas de AVE, apresentam dificuldade para desempenhar tarefas da vida diária. Isso aumenta o risco de quedas e afeta negativamente a qualidade de vida, podendo resultar em isolamento social e dependência.

Percebemos a necessidade de se eliminar essas barreiras arquitetônicas, por meio da redistribuição da mobília no espaço, deixando áreas de circulação livres. Isso tornaria o ambiente físico domiciliar seguro, favorecendo o estímulo do idoso à autonomia e independência num maior número de atividades possíveis, com segurança e menos riscos de quedas.

Avaliando ainda os fatores de risco de quedas em ambiente físico domiciliar de idosos com seqüelas de AVE, verificamos a presença de tapetes nas salas e dormitórios das residências. Das dez casas avaliadas, notamos que os tapetes constituem empecilhos (soltos, em lugares escorregadios, podendo causar escorregões e conseqüentes quedas) em 50% das casas, enquanto que nas demais (50%) não se constituem como tal (Tabela 4).

TABELA 4
RISCOS DE QUEDAS: USO DE TAPETES EM AMBIENTE
INTRADOMICILIAR DE IDOSOS COM SEQÜELAS DE AVE. (REIS, L
A. JEQUIÉ/BA, 2005)

Presença de tapetes	Nº	%
Constituem-se como empecilhos	5	50%
Não se constituem como empecilhos	5	50%
Total	10	100%

Fonte: Dados da pesquisa

O grau de perigo que esse fator irá representar para os idosos depende da vulnerabilidade e da freqüência de exposição dos mesmos, pois as alterações no envelhecimento diminuem a capacidade de lidar com os perigos do ambiente.

“Riscos comuns de queda implicados como causas em vários estudos publicados incluem; tapetes pequenos, carpetes soltos ou dobras, bordas de tapetes” (Carvalhaes et al., 1998, p. 99).

Nesta perspectiva, devemos atentar para a presença e disposição dos tapetes, removendo os que estejam soltos e escorregadios e/ou prendendo-os ao chão, usando o verso do emborrachado, como medidas para a prevenção de quedas, já que estes podem influenciar a função locomotora e a movimentação dos idosos em seu ambiente físico domiciliar.

Observamos que em 30% dos dormitórios havia muitos móveis e objetos (malas, roupas e sapatos espalhados, baús, caixas etc.) ocupando o mesmo espaço, enquanto que 70% se encontravam devidamente organizados (Tabela 5). Esses cômodos acabam por constituir barreiras arquitetônicas para os idosos que apresentam déficits devido ao próprio processo de envelhecimento fisiológico, associado a seqüelas de AVE, o que os torna mais vulneráveis a quedas.

TABELA 5
RISCO DE QUEDAS: MOBILIDADE NO DORMITÓRIO DO AMBIENTE DOMICILIAR DE IDOSOS COM SEQÜELAS DE AVE. (REIS, L. A. JEQUIÉ/BA, 2005)

Disposição dos móveis	Nº	%
Desorganizados	3	30%
Organizados	7	70%
Total	10	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Percebemos que, por meio de medidas simples, essas barreiras arquitetônicas podem ser eliminadas, sem representar gastos financeiros ao idoso e/ou família. É necessário apenas adequar a disposição dos móveis, colocando-os de forma ordenada e em menor quantidade no cômodo, a fim de proporcionar maior liberdade de deslocamento em espaços livres maiores.

Ainda nos dormitórios, verificamos em 10% as prateleiras do armário eram muito altas, enquanto nos outros 90% as mesmas se encontravam na altura correta. Para alcançá-las, os idosos usam de improvisos, como subir numa cadeira, na cama ou em qualquer outro objeto que os ajude, o que os torna susceptíveis a sofrer uma queda. Para evitar que esses idosos sejam vítimas de uma queda, pode-se redistribuir as roupas e objetos pessoais no armário, colocando os mais usados em locais mais baixos e fáceis de serem alcançados.

Freqüentando os banheiros dos domicílios dos idosos com seqüelas de AVE, podemos verificar que em 30% o vaso sanitário é muito baixo. Embora os demais (70%) se encontrem na altura ideal, as adaptações feitas (foram colocados vasos sanitários em cima de uma superfície de cimento mais elevada que o chão, formando uma espécie de degrau) não excluem os riscos de quedas, mas os acentuam (Tabela 6). O uso do vaso sanitário exige que o idoso flexione demasiadamente as articulações do quadril e joelho, o que os expõe ainda mais a quedas, já que essas pessoas possuem alterações musculares, que limitam a amplitude de movimento e equilíbrio.

Logo se faz necessário adequar os vasos sanitários à altura do idoso, por meio de medidas seguras que não venham a acentuar ainda mais o risco de quedas.

TABELA 6
RISCO DE QUEDAS: FREQUENTANDO O BANHEIRO DO DOMICÍLIO DE IDOSOS COM SEQÜELAS DE AVE. (REIS, L. A. JEQUIÉ/ BA, 2005)

Vaso Sanitário	Nº	%
Altura adequada	7	70%
Altura inadequada	3	30%
Altura muito baixa	-	-
Total	10	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Percebemos, ainda, que dos dez banheiros avaliados, 70% necessitam de barras paralelas, que possam dar sustentação/apoio ao idoso durante o banho. Além de não contarem com essas barras, de extrema necessidade para indivíduos que apresentam instabilidade postural, 20% dos banheiros não dispõem de chuveiro manual e em 40% os idosos têm dificuldades para utilizar as torneiras.

Mediante essas informações, foi possível verificar que os banheiros das residências avaliadas são inadequados para atender às necessidades do processo de saúde/doença desses idosos. A inadequação dos mesmos favorece a ocorrência de quedas durante a realização das atividades básicas diárias de higiene pessoal dos idosos. Quarenta por cento das quedas ocorrem na própria residência, no exercício de atividades cotidianas; 30 % eram atribuíveis à falta de atenção, enquanto pouco menos de 30% ocorreram em conexão com atividades perigosas ou imprudentes (Gallo, 1992).

Quanto à iluminação das residências avaliadas, tanto durante o dia quanto durante a noite, podemos notar que os cômodos apresentaram deficiência, na seguinte ordem crescente: corredores (10%), sala (50%), dormitório (50%) e cozinha (60%). Com base nessas informações, é possí-

vel inferir que essas residências dispõem de iluminação insuficiente, que não atendem às necessidades de saúde/doença desses idosos. Pelas próprias alterações fisiológicas, os idosos possuem, em sua maioria, dificuldades visuais que os predispõem a quedas. Precisam, assim, de uma iluminação adequada, bem como das diferenciações de objetos por cores, a fim de que possam se autocuidar e continuar a desempenhar as tarefas do dia-a-dia de forma segura e adequada.

Verificamos que 30% dos quintais dessas residências apresentam acesso cheio de objetos (blocos, madeiras, entulhos, móveis velhos e varais de roupa desordenados) e 70% possuem uma área circulante livre (Tabela 7).

A presença desses objetos de forma inapropriada diminui o espaço circulante dos idosos, comprometendo sua movimentação. Os idosos, com suas alterações funcionais fisiológicas, somadas a seqüelas de AVE, apresentam elevado risco de quedas. E assim por medo de cair, acabam por se restringir no interior do domicílio, isolando-se socialmente, o que por sua vez pode levar a uma depressão. Nesta perspectiva, faz-se necessário organizar e/ou eliminar tais objetos, a fim de disponibilizar mais espaços livres circulantes para os idosos, prevenindo assim a ocorrência de quedas.

Notamos, ainda, que dos dez quintais avaliados, 60% apresentam irregularidades no solo, o que acentua ainda mais o risco de esses idosos com seqüelas de AVE sofrerem uma queda. Torna-se então necessário realizar adaptações que visem à prevenção de quedas, com conseqüente melhoria na qualidade de vida desses indivíduos.

TABELA 7
RISCO DE QUEDAS: FREQUENTANDO O QUINTAL DO DOMICILIO DE IDOSOS COM SEQÜELAS DE AVE. (REIS, L A. JEQUIÉ/BA, 2005)

Acesso ao quintal	Nº	%
Cheio de objetos	3	30%
Organizados	7	70%
Total	10	100%

Fonte: Dados da pesquisa

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como mencionado anteriormente, o interesse pela realização deste estudo surgiu num contexto de envelhecimento populacional vivenciado pelo Brasil nos últimos anos, e por nossa observação, no escopo do Projeto NASEN, da necessidade de se oferecer práticas de saúde voltadas a atender o processo saúde/doença no envelhecimento. Nesta perspectiva, adotamos como ponto de partida conhecer os fatores de risco de quedas em ambiente físico domiciliar de idosos com seqüelas de AVE.

Com a coleta das informações, foi possível constatar que o ambiente físico domiciliar desses idosos com seqüelas de AVE não está adaptado para atender às suas necessidades de saúde/doença. Esses ambientes apresentam barreiras arquitetônicas (má iluminação, vias de acesso inclinadas, objetos pelo chão, móveis desordenados e em grande quantidade etc.), que podem causar instabilidade postural e a conseqüente queda dos idosos.

Analisando essas informações, verificamos que essas residências constituem ambiente físico domiciliar inseguro e necessitam de uma organização adaptativa às necessidades apresentadas pelos sujeitos da pesquisa, a fim de proporcionar uma melhoria na qualidade de vida dos mesmos.

NOTAS

- ¹ Professora Adjunto I do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, campus de Jequié, Vice-coordenadora local do convenio CAPES / PQI : UFSC / PEN x UESB / DS / Jequié (2003 / 2007) e do Departamento de Saúde. Mestre em Ciências da Enfermagem.
- ² Professora Auxiliar A do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, campus de Jequié. Especialista em Saúde Pública.
- ³ Professora Auxiliar A do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, campus de Jequié. Especialista em Pediatria.
- ⁴ Professora Auxiliar A do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, campus de Jequié. Presidente do Conselho Deliberativo da Clínica Escola de Fisioterapia. Especialista em Ortopedia e Traumatologia.
- ⁵ Professora Auxiliar A do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, campus de Jequié. Vice-coordenadora do Colegiado de Fisioterapia. Especialista em Ortopedia e Traumatologia.
- ⁶ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências - FTC

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMS, William B.; BERKOW, Robert. *Manual Merck de Geriatria*. São Paulo: Rocca, 1995.

COSTA NETO, Milton Menezes da (Org.) *Atenção à saúde do idoso-instabilidade postural e queda*. Brasília, DF: Secretaria de Política de Saúde, 2000.

CARVALHAES, N. et al. Consenso de Gerontologia. In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 1., 1998, São Paulo. *Anais...* São Paulo, 1998. p. 5-16.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D. Elboux. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000.

GALLO, Joseph J. et al. *Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

GOLDENBERE, Mirian. *A arte de pesquisas: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais*. Rio de Janeiro: Revend, 1997.

LESSA, Inês. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas - não transmissíveis*. Rio de Janeiro: Plucitec, 1998.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

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

ROUQUAYROL, M. Zélia. *Epidemiologia e saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

SULLIVAN, Susan B.; SCHMITZ, Thomas J. *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. 2. ed. São Paulo: Manole, 1998.

THIOLENT, M. *Metodologia da Pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 1994.

UMPHERED, Darcy Ann. *Fisioterapia neurológica*. 2. ed. São Paulo: Manole, 1998.

ABSTRACT

The study intended to know the factors for elderly people with sequels of "vascular encephalic accident (AVE). From an exploratory-descriptive character close 10 (ten) elderly people with AVE sequels enlisted in the Nucleo de Atenção à saúde no Envelhecimento-NASEN/UESB and residents in INOOCOP neighborhood, Jequié-BA. According to these informations to go into the kitchen and living room of their houses, 50% live in inclined streets, 70% of the dormitories have a litte current area because of the inadequate arrangement of the furniture and their own objects; and they also have problems with the illumination because during the day and at night some parts of their house like living rooms (5), dormitory (6), hallways (1) and kitchen (6) present deficiency.

So to speack, we can observe these peoples physical-home environmente constitute like risk of falls 50 it's necessary some inveroment adaptatons by the elemintion and/or reduction of these architectonic barriers.

KEYWORDS: Aged; Risk; Accidental Falls; Accidents Home; Cerebrovascular Accident; Architectural Accessibility; Jequié (BA)

Recebido para publicação em: 06/6/2005

Aprovado em: 05/9/2005

Correspondência para

Luciana Araújo dos Reis

E-mail: lucianareis@usb.br

Atividades em grupo – alternativa para minimizar os efeitos do envelhecimento
Activities – an alternative to minimize aging effects

Alessandra de Fátima João¹
Ângela Andréa Zampieron Sampaio²
Elaine Aparecida Santiago³
Raquel de Cássia Cardoso⁴
Rosangela Correa Dias⁵

RESUMO

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da atualidade. Pesquisadores de diferentes áreas têm mostrado interesse na fase da terceira idade. Um dos motivos principais é o rápido crescimento da população brasileira com mais de 60 anos. O objetivo deste estudo foi realizar, por meio de uma bibliografia comentada, uma análise criteriosa de artigos científicos que investiguem os benefícios preventivos e minimizadores dos efeitos do envelhecimento, através da participação de idosos em grupos de atividades e sua contribuição para a melhora da qualidade de vida com maior autonomia e independência. Foram realizadas consultas em bibliotecas e nas bases eletrônicas de dados entre 1998 e 2004. Com base nos critérios de inclusão, seis artigos foram selecionados e foi realizada a análise da qualidade das evidências de acordo com a metodologia proposta por Law *et al.* (1998). Os resultados foram comparados em tabela, centrando-se nos seguintes pontos: autores, objetivos específicos, amostra, desenho do estudo e principais resultados. Esta bibliografia comentada aponta a viabilidade do trabalho realizado com indivíduos da terceira idade inseridos em grupos de atividades, possibilitando a intervenção de terapeutas ocupacionais e outros profissionais interessados em atuar junto a grupo de idosos.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento da População; Idoso; Qualidade de Vida; Autonomia Pessoal; Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde); Bibliografia; Bases de Dados Bibliográficas.

INTRODUÇÃO

Epidemiologia do envelhecimento

O aumento da expectativa de vida populacional, dentre outros fatores, tem grande impacto sobre o envelhecimento da população mundial. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a atual expectativa de vida é de 66 anos, e até 2025 passaria a ser de 73 anos (OMS, 2000). No início do século XX, o tempo de vida médio do brasileiro era 33 anos; hoje, essa média subiu para 71,3 anos em 2003, contra 70,5 anos em 2000, segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004). O Brasil somente deve alcançar o patamar de 80 anos de expectativa de vida por volta de 2040. De 1980 a 2003, essa expectativa cresceu 8,8 anos – 7,9 anos para homens e 9,5 anos para mulheres. O número de pessoas com idade superior a 65 anos já ultrapassa os 10 milhões e estima-se que até o ano de 2020 essa proporção triplique, colocando o Brasil como o sexto país no mundo com maior número de idosos.

Embora o envelhecimento da população seja quase um fenômeno mundial, os países europeus demoraram cerca de 100 anos para que acontecesse a mudança na faixa etária de seus cidadãos. No Brasil, esse fenômeno ocorreu em apenas 30 anos. Nossas instituições, o casamento, o Estado, as empresas, o sistema de saúde e previdenciário vêm de uma época em que apenas 3% das pessoas ultrapassavam a barreira dos 65 anos. Conseqüentemente, não estamos adaptados a essa nova realidade social, na qual o número de idosos inativos já ultrapassa o número de adultos ativos (IBGE, 2004).

Perspectivas e impacto do envelhecimento em relação ao futuro

A população brasileira vem envelhecendo desde o início da década de 60, quando a taxa de fecundidade começou a alterar a estrutura etária, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional. Passados 35 anos, a sociedade já se depara com um tipo de demanda por serviços médicos e sociais, outrora restrito aos países industrializados. Em um contexto de importantes desigualdades regionais e sociais, os idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência; acumulam seqüelas das doenças crônico-degenerativas e complicações

dela decorrentes, desenvolvem incapacidades, perdem autonomia e qualidade de vida (Chaimowicz, 1998).

Por estar intrinsecamente relacionado à modificação da incidência e prevalência de doenças na população, a velocidade com a qual esse processo vem ocorrendo deverá determinar grandes dificuldades para a sociedade lidar com o novo perfil epidemiológico que aos poucos se sobrepõe, sem substituir completamente o perfil que antes predominava.

Chaimowicz (1998) relata que é imprescindível investir em programas de suporte aos idosos e cuidadores, oferecimento de serviços como centros-dia e hospitais-dia e de apoio em áreas de alimentação, transporte, assistência médica, serviços de orientação e atividades culturais. Atividades preventivas e de reabilitação realizadas nas unidades de saúde são imprescindíveis para manter ou para resgatar a autonomia de idosos e poderão ter grande impacto na saúde dessa população (Ramos *apud* Chaimowicz, 1998).

Como processo natural do envelhecimento, o indivíduo passa por modificações fisiológicas, com maior fragilidade e vulnerabilidade a intercorrências patológicas, nos aspectos biológicos, psicológicos (afetivo, emocional e cognitivo) e social. No aspecto social, destacam-se as perdas de papéis ocupacionais significativos, muitas vezes com restrição à participação no contexto, o que justifica a investigação do grupo de atividade como contribuição para um envelhecimento saudável e com qualidade. A sociabilidade criada nos grupos remete, assim, à questão do apoio social e sua repercussão positiva na saúde (Valla *apud* Assis, 1998).

Teoria de Grupo aplicada ao envelhecimento

O grupo funciona como uma “caixa de ressonância”, onde a interferência em um elemento repercute nos outros como uma rede vincular. “Grupo é um conjunto de indivíduos ligados por constantes de espaço e tempo, articulados por mútuas representações que se propõem de forma implícita e explícita a uma tarefa que constitui sua finalidade, interagindo através de complexos mecanismos de assunção e adjudicação de papéis” (Maximino, 2001). A atividade é facilitadora desse processo. À medida que se estabelece uma articulação entre os sujeitos do grupo na qual assumem

e delegam papéis um ao outro, a comunicação possibilita a aprendizagem e, conseqüentemente, a apreensão da realidade. O vínculo é condição básica para o sucesso do grupo; é quando um sujeito se torna significativo para o outro (Maximino, 2001).

Segundo Zimerman (2000), o indivíduo é um ser gregário e, durante seu desenvolvimento, passa por diferentes grupos: família, amigos, escola e trabalho. O idoso, no decorrer de sua vida, já transitou por todos esses grupos, devendo ter todas as condições internas e a necessidade de se filiar a um grupo de pessoas iguais a ele. Na utilização do processo de grupo, através das múltiplas relações que se dão entre seus componentes, visamos à integração do indivíduo no grupo, possibilitando sua extensão individual como membro operante deste, de sua família e de sua comunidade. Pela formação de um vínculo com os elementos do grupo, os quais dão segurança, apoio, compreensão e liberdade entre si, é que alcançaremos o almejado: dar condições aos componentes para que se desenvolvessem livres e sadios.

Um grupo só se torna grupo – isto é, mais do que uma soma de indivíduos – quando desenvolve determinado tipo de relacionamento, um vínculo, uma força que dá a ele um sentido de pertinência; uma força que regula a conduta dos membros e os faz comportar-se de maneira peculiar, distinta da interação individual e da de outro grupo qualquer. É por meio das experiências, das interações e das oportunidades de vivências que surgirão mudanças no comportamento, tanto do indivíduo quanto dos elementos dos sistemas. É no grupo que o indivíduo reconhece valores e normas, tanto seus como dos outros.

Os grupos dos idosos têm uma peculiaridade: à medida que os anos vão passando, as perdas de pessoas aumentam e os grupos exigem uma reestruturação. O que acontece é que, por uma série de razões, os indivíduos acabam não refazendo seus contatos e ficando sem seus grupos, sejam familiares, de trabalho, de lazer ou outros. Há uma grande necessidade de fazê-los participar de novos grupos e ajudá-los a se enquadrar naqueles que maior satisfação vão lhes proporcionar.

METODOLOGIA

O objetivo deste estudo foi investigar, através de uma bibliografia comentada, por intermédio da seleção e da análise criteriosa de artigos científicos, os benefícios preventivos e minimizadores dos efeitos do envelhecimento, da participação dos idosos em grupos de atividades e sua contribuição para a melhoria da qualidade de vida com maior autonomia, independência e participação.

A pesquisa foi feita por quatro pesquisadores, através de consultas em bibliotecas e nas bases de dados eletrônicas SciELO, LILACS, Biblioteca Virtual da Saúde e Portal CAPES, seguindo como estratégia de busca a língua portuguesa e as palavras-chave: idoso, terceira idade, grupo, inclusão, aposentadoria e qualidade de vida. Foi estipulado inicialmente, como critério de inclusão da referência, o tempo máximo de dois anos a partir da data da publicação, posteriormente estendido para sete anos.

Os artigos que atingiram os critérios de inclusão definidos anteriormente foram analisados criticamente, segundo a metodologia proposta por Law *et al.* (1998), os quais sugerem a criação de um fluxograma para a organização dos artigos discutidos. Os incluídos nesta revisão foram resumidos de forma padronizada, avaliando-se a citação completa do artigo, questão clínica de interesse, objetivos do estudo, literatura, delimitamento do mesmo, amostragem, medidas, intervenção, resultados, conclusões e implicações clínicas.

RESULTADOS

Nas pesquisas foi identificado um total de 78 artigos, dos quais 16 foram pré-selecionados pelo conteúdo do título e pela concordância com os critérios de seleção definidos. Sessenta e dois foram descartados, por não focarem o tema grupo, e sim a atividade desenvolvida, por não se adequarem à análise crítica proposta por Law *et al.* (1998) e/ou por não apresentarem coerência no desfecho na intervenção e resultados. Após a leitura dos 16 artigos, uma nova seleção foi feita, sendo escolhidos sete artigos, dos quais um foi excluído por não se adequar à disposição dos dados na tabela I do estudo.

O interesse deste estudo, inicialmente, foi buscar o grupo de atividades com idosos conduzidos por terapeutas ocupacionais e, diante da escassez na literatura, foram estendidos a enfermeiros, fisioterapeutas, educadores físicos e outros profissionais da área de saúde. Novamente, deparou-se com outra limitação na literatura: pouca disponibilidade quanto à referência específica da modalidade de grupo, pois o maior número dos artigos focava os benefícios da atividade, e não a importância da participação do idoso no grupo. Portanto, foram incluídos seis artigos para esta revisão. A tabela I apresenta as seguintes informações sobre cada artigo: autores, objetivos específicos, amostra, desenho do estudo e principais resultados.

Na análise dos artigos a partir da metodologia proposta por Law *et al.* (1998), observou-se que cada um apresentava variações quanto à caracterização e tamanho da amostra, distinção entre objetivos gerais e específicos, tipo de metodologia e instrumentos de medida utilizados. Quanto à qualidade da evidência, os artigos selecionados apresentavam variáveis que não foram controladas pela escolha do tipo e momento da utilização do instrumento caracterizado pela proposta do estudo, o que gerou baixa confiabilidade dos resultados.

Em todos os artigos revisados, o grupo é apontado como uma estratégia para minimizar e prevenir os efeitos do envelhecimento.



TABELA 1 – SÍNTESE DOS RESULTADOS DOS ARTIGOS ANALISADOS

Autores	Objetivos Específicos	Amostra	Desenho de estudo	Principais resultados
ALMEIDA <i>et al.</i> (1998) ¹	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar mudanças ocorridas nos participantes do grupo no que diz respeito às carências iniciais.• Analisar o processo de desenvolvimento do grupo.	N=50 (10 ♂ e 40 ♀) 48- 81 anos; até o 1º grau de escolaridade; maioria aposentada, católica, residente em casa própria e não participa de outra atividade grupal.	Revisão bibliográfica abrangendo aspectos do processo de envelhecimento e associando-os aos serviços da enfermagem. Foi feito um relato de caso que ilustra a experiência de um grupo de idosos da cidade de Fortaleza.	<ul style="list-style-type: none">• Os resultados demonstraram que os participantes vêem o grupo como um lugar de encontros para compartilhar assuntos importantes da vida, para o lazer e para se expressar religiosamente.• O grupo é um local propício para resolução de problemas de ordem biológica e social, através da formação de uma rede de solidariedade.
ASSIS <i>et al.</i> (2002) ²	<ul style="list-style-type: none">• Apresentar reflexões sobre o projeto de promoção da saúde desenvolvido no ambulatório Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ.	N= 73 frequentadores do GES (Grupos de Encontros com Saúde), no período de 1997-2000, foram coletados depoimentos no livro de registro de relato pessoais do grupo. Maioria ♀; 60-69 anos; sem vínculo conjugal, aposentadas, escolaridade : curso primário ao superior, maioria com moradia própria e níveis variados de renda e percepção quanto à situação financeira.	Estudo qualitativo (depoimentos de grupos) A partir dos depoimentos dos idosos que participaram do projeto, propõe uma avaliação exploratória do impacto do trabalho, à luz dos conceitos centrais do campo temático da promoção da saúde.	<ul style="list-style-type: none">• Considera-se, até o momento, que o projeto tem repercutido positivamente em aspectos relacionados a dois campos centrais da promoção da saúde: o desenvolvimento de habilidades pessoais (aprendizagem, auto-imagem, auto-estima, estímulo/motivação para a vida), e a reorientação dos serviços de saúde (humanização, integralidade da atenção, conceito amplo de saúde, interdisciplinaridade).
BORINI <i>et al.</i> (2002) ³	<ul style="list-style-type: none">• Identificar as expectativas, motivos e significados da participação no grupo.• Verificar se existem mudanças no cotidiano desses indivíduos, e se elas são conseqüências da participação no grupo.	N=13 (7 ♂ ; 6 ♀); 61-78 anos, maioria viúva e católica, escolaridade; 1/13anos; 7 aposentados, 2 pensionistas e as demais não possuem vínculos previdenciários; os homens ocuparam cargos técnicos, serviços gerais ou mestres de obras, as mulheres são donas de casa; o tempo de ingresso no centro variou entre 02 e 20 anos.	Estudo exploratório: 14 entrevistas (4 na fase do pré-teste e 10 na pesquisa propriamente dita). Coleta de dados: janeiro (pré-teste) e julho de 2001, no próprio Centro Municipal de Convivência. Para a coleta de dados foi realizada, com cada sujeito, uma entrevista individual e semi-estruturada.	<ul style="list-style-type: none">• Revelam que não há negação da velhice, mas sim oportunidade de resgate do tempo perdido, para vivenciar o prazer e a ludicidade, a convivência, o partilhar o tempo com sentidos e significados.• Melhora do sentimento de saúde e felicidade; as atividades de lazer, eventualmente, substituem o efeito de outras terapêuticas (medicamentos). Maior domínio sobre o corpo. Mudança de “realidade fria” para a representação de uma nova vida, a “saída do poço”.

TABELA 1 – SÍNTESE DOS RESULTADOS
DOS ARTIGOS ANALISADOS (cont.)

Autores	Objetivos Específicos	Amostra	Desenho de estudo	Principais resultados
CARDOSO <i>et al</i> (2002) ⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever o efeito da intervenção terapêutica na criatividade, na expressão e na integração de idosos institucionalizados. • Avaliar o envolvimento e a aderência dos idosos nessas atividades. 	<p>N=10 (Ambos os sexos)</p> <p>61-94 anos, 01 senhor de 55 anos.</p> <p>Todos que manifestaram interesse pela música e pela dança.</p>	Oficina realizada em uma instituição de BH/MG. Frequência: 01 vez/semana com duração de 1h ½, ao longo de 4 meses. Foram documentadas através de relatórios nos quais foi feita uma análise qualitativa, discutindo-se os desempenhos dos participantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Maior criatividade para a expressão corporal e verbal dos idosos; possibilidade de compartilhar suas experiências, contar suas histórias de vida, de relatar e retomar atividades do seu passado ocupacional; mostraram-se mais desinibidos, comunicativos e espontâneos, além de apresentarem aumento da amplitude de movimento, sobretudo nas atividades de aquecimento, deslocamento no espaço, ritmo e improvisação. • A frequência dos 10 participantes foi a seguinte: 06 - 100%, 02 - 90%, 01 - 80% e 01 de 60%.
CASSIANO (2001) ⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Promover e avaliar o impacto de um programa interdisciplinar baseado em condicionamento físico e atividades terapêuticas no desempenho funcional e na qualidade de vida de adultos maduros e idosos da comunidade de BH. 	<p>N= 20 (ambos os sexos) com média de 63,6 ± 6,3 anos.</p> <p>Todos apresentaram atestado médico de aptidão física.</p>	Idosos saudáveis avaliados antes e após uma média de vinte e duas sessões, considerando o desempenho funcional (velocidade da marcha, habilidade de subir escadas, Phh, endurance) e a qualidade de vida avaliada através do PSN.	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora significativa em todas as medidas de desempenho funcional, exceto no índice de custo fisiológico; adquiriram ganhos substanciais na percepção da qualidade de vida dos participantes.
GUARIDO <i>et al</i> (2002) ⁷	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever a experiência de estimulação cognitiva em idosos, com atenção aos aspectos emocionais e à qualidade de vida. 	<p>N= 12 (todas ♀),</p> <p>60-70 anos, voluntárias; escolaridade: curso primário ao superior; maioria casada. Apresentavam interesse, motivação e disponibilidade para participar do estudo; participavam com pessoas da mesma faixa etária de eventos socioculturais.</p>	Pesquisa exploratória. Realização de um pré-teste individual, seguido de sessões semanais, em grupo, total de: 24 encontros em 8 meses e, ao final, foi realizado pós-teste, repetindo-se a avaliação neuropsicológica individual.	<ul style="list-style-type: none"> • Houve manutenção ou pequenas melhoras no desempenho cognitivo. As auto-avaliações apontaram melhora na autoconfiança e a na auto-estima, o que se considera fundamental para preservação e generalização das mudanças obtidas.

DISCUSSÃO

Diversos fatores devem ser considerados na análise das evidências disponíveis na literatura sobre a eficácia das abordagens terapêuticas nos grupos de atividades com idosos. Dos seis artigos incluídos nesta revisão, quatro estudos utilizaram metodologias qualitativas e dois, quantitativas. Cada artigo abordou um tipo de atividade, tendo como comum nos estudos o grupo de idosos.

De acordo com Assis *et al.* (2002) e Almeida *et al.* (1998), a experiência com grupos abertos não demonstrava a preocupação com a adesão dos idosos freqüentadores às atividades propostas. Já Cardoso *et al.* (2003), Cassiano *et al.* (2001), Borini (2002) e Guarido *et al.* (2003) trabalharam com grupos fechados, dando importância à aderência dos participantes e freqüência do tempo estipulado pelos coordenadores, observando-se alta freqüência dos idosos às atividades.

O homem é um ser gregário em todas as fases que antecedem a terceira idade; participa de grupos no trabalho, na família e na comunidade. Quando idoso, deixa ou tende a romper com grupos sociais dos quais participava, seja por perda do trabalho ou de entes queridos, e se isola. Portanto, o que pode ser observado é que o grupo, e não o tipo de atividade exercida, passa a ter papel importante nessa fase do desenvolvimento, o que permite ao idoso reconstruir relações através do “vínculo” com outros indivíduos da mesma idade e que apresentem uma história de vida no mesmo contexto político e histórico de uma época, o que passa a ser um facilitador da interação.

A repercussão positiva das atividades em grupo no contexto de vida do idoso é resultado unânime nos artigos revisados. A melhora no estado de saúde é consideravelmente notada, uma vez que, segundo Valla *apud* Assis *et al.* (2002), o apoio social ajuda na prevenção, manutenção e recuperação da saúde. A maior auto-estima e autopercepção são fundamentais ao autocuidado e a todas as medidas que a pessoa possa tomar para melhorar sua saúde e bem-estar no decorrer de suas atividades cotidianas.

Com base nos resultados desta revisão, pode-se observar que as reuniões aconteciam semanalmente e os grupos não obedeceram a um consenso sobre a idade mínima para a participação dos indivíduos, varian-

do de 48 a 61 anos – embora a OMS defina idoso como a pessoa maior de 60 anos de idade. Pode-se argumentar que a maioria dos participantes era composta por mulheres na faixa de 69 anos e grau de escolaridade variando entre analfabetas a terceiro grau completo.

Borini (2002) afirma que a motivação feminina em participar das atividades de lazer é diferente da motivação masculina, uma vez que as mulheres da geração das idosas atuais exerceram um papel muito restrito ao ambiente doméstico. As mulheres que freqüentam grupos de terceira idade em sua maioria não desenvolveram atividades profissionais; ao contrário, foram donas-de-casa, mães e esposas. Dos artigos estudados, apenas no de Guarido *et al.* (2003) aparece uma maioria de mulheres que exerceram atividades externas como secretária, nutricionista, professora e supervisora de ensino. Embora nenhuma dessas exerça atualmente atividades profissionais, todas faziam atividades físicas e participavam de eventos socioculturais, mantendo constante contato com pessoas da mesma faixa etária e com objetivos semelhantes.

Nessa faixa etária, o sentimento de pertencer a um grupo é valioso, dadas as tendências ao afrouxamento dos vínculos sociais e o surgimento da solidão, tão comuns em decorrência da aposentadoria, independência dos filhos, viuvez, perdas afetivas, dentre outros. O grupo aparece como um meio favorecedor da socialização com conseqüentes trocas afetivas e motivações para buscar novas atividades e realizar velhos projetos (Assis *et al.*, 2002).

De acordo com Almeida *et al.* (1998) e Borini (2002), ao procurarem o grupo, os idosos buscam mais uma acolhida afetiva com o encontro de pessoas e construção de novas amizades, do que propriamente a solução de suas dificuldades cotidianas. Já Assis *et al.* (2002) acrescentam que o vínculo é ingrediente fundamental na relação dos idosos que freqüentam o mesmo grupo. Para Borini (2002), o acolhimento, o afeto, a camaradagem e a amizade são manifestações encontradas a partir da participação no grupo. Almeida *et al.* (1998) relatam que o vínculo estabelecido acaba por gerar uma rede de ajuda entre os próprios participantes, como se o outro fosse da família.

Almeida *et al.* (1998) e Assis *et al.* (2002) afirmam que grande parte dos idosos que freqüentam os grupos se sente gratificada pela aprendizagem e oportunidade de acesso às informações, e menciona a validade disso para sua saúde e sua vida. O aprendizado não se restringe somente ao aspecto da informação e prevenção, mas inclui uma dimensão mais ampla, a da experiência do outro, da vivência de partilhar história de vida e, nessa troca, promover um crescimento pessoal.

Numa época em que, para muitos idosos, pensar no futuro ainda remete a cair no vazio e na falta de expectativa, o grupo surge, segundo Guarido *et al.* (2003), como um sentido para a vida, estabelecendo uma rotina com a participação em atividades diversificadas e com o encontro de amigos. O envolvimento no grupo devolve expectativas, perspectivas, planos e objetivos para o futuro.

Observou-se que a maioria dos artigos buscava medir a representação simbólica da participação dos idosos em grupo, visto que não somente estes, mas toda a sociedade está sendo convidada por Debert (1999), a repensar novas formas de gestão do idoso. Diante do aumento da longevidade e do contingente populacional, a atividade em grupo pode apresentar uma contribuição importante para um envelhecimento saudável.

CONCLUSÃO

Os resultados desta bibliografia comentada apontam a viabilidade e os benefícios da inclusão do idoso em grupos para a terceira idade, independentemente da atividade que é desenvolvida e de seu coordenador.

Cabe aos profissionais de saúde interessados em prevenir e minimizar os efeitos do envelhecimento criar estratégias que possibilitem a participação dos idosos em grupos de atividades e assim contribuir para a melhoria da qualidade de vida, independência, autonomia e participação. No entanto, por se tratar do indivíduo com intervenção na modalidade de grupo, tendo como recurso a atividade, sugere-se um campo fértil de atuação dos terapeutas ocupacionais.

NOTAS

- ¹ Alessandra de Fátima João. CREFITO 4/3044. Terapeuta Ocupacional especialista em Gerontologia UFMG.
- ² Ângela Andréa Zampieron Sampaio. Terapeuta Ocupacional especialista em Gerontologia, UFMG. E-mail: angzamp@uol.com.br
- ³ Elaine Aparecida Santiago. CREFITO 4/7088. Terapeuta Ocupacional especialista em Gerontologia UFMG.
- ⁴ Raquel de Cássia Cardoso. CREFITO 4/5362 – Terapeuta Ocupacional especialista em Terapia Ocupacional dinâmica aplicada a neurologia / Lins SP e em Gerontologia UFMG. E-mail: cardosocraquel@ig.com.br
- ⁵ Rosângela Correa Dias Departamento de Fisioterapia-UFMG. Fisioterapeuta, mestre em ciências da reabilitação pela Queen's University – Canadá, doutora em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de São Paulo –EMP, professora adjunta do Departamento de Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG. E-mail: rcd@ufmg.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. I.; SILVA, M. J ; ARAÚJO, M. F. M . Grupo Vida: adaptação bem sucedida e envelhecimento feliz. *RASPP – Revista Assoc. Saúde Pública Piauí*, v. 1, n. 2, p.155-162, jul./dez. 1998.
- ASSIS, Mônica de; PACHECO, Liliane Carvalho. Repercussões de uma experiência de promoção de saúde no envelhecimento: análise preliminar a partir das percepções dos idosos. *Textos sobre Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p.53-73, 2002.
- BORINI, M. L. O.; CINTRA, F.A. Representações sociais da participação em atividade de lazer em grupos de terceira idade. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 55, n. 5, p.568-574, set./out. 2002.
- CARDOSO, A. P.; FREITAS, L. C.; TIRADO, M. G. A . Oficina de som e movimento: um espaço de intervenção terapêutica ocupacional. *Rev. Ter. Univ.*, São Paulo. v. 13, n. 2, p. 51-5, maio/ago. 2002.
- CASSIANO, Janine Gomes et al . Efeitos de atividades físicas e terapêuticas em adultos maduros e idosos. *Fisioterapia*, v.2, n. 2, mar./abr. 2001.
- CHAIMOWICZ, F. *Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade*. Belo Horizonte: Postgraduate ,1998. 92p.
- DEBERT, Guita Grin. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: EDUSP, Fapesp, 1999a.
- GUARIDO, E. L et al. Desempenho cognitivo do idoso: desenvolvimento de uma proposta de intervenção. *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, v. 12, n. 4, p. 287-297, out./dez., 2003.

GUBIANI, L. G. Envelhecer com qualidade. *Cad. Adulto*, Santa Maria, n. 4, p. 233 – 238, 2000.

KOPIER, Daniel Arkader. Atividade física na terceira idade. *Rev. Bras. Esporte*, v. 3, n. 4, out./dez. 1997.

LAW, M.; STEWART, D.; LETTS, L.; POLLOCK, N.; BOSCH, J.; WESTMORLAND, M. The Critically Appraised Topic - CAT - McMaster University - Canadá *Critical review from quantitative studies*. Disponível em <<http://www.fhs.mcmaster.ca/rehab/ebp>>. Acesso em

LIMA, L. J. C.; PASETCHNY, N. Atividades em grupo: uma alternativa para inclusão social na terceira idade. *Rev. de Terapia Ocupacional*, São Paulo, Universidade São Paulo, v. 9, n. 1, p.37-42, jan./abr., 1998.

MAZZEO, R. S. et al. Exercício e atividade física para pessoas idosas. *Rev. Bras. de atividade física & saúde*, Londrina, v. 3, n. 1, p.48-78, 1998.

MAXIMINO, Viviane Santalúcia. *Grupos de atividades com pacientes psicóticos*. São José dos Campos, SP: Univap, 2001. 175 p.

PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA “Agita Brasil”: atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 2, abr. 2002. Disponível em: www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u102518.shtm. Acesso em: 1 dez. 2004.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 793-798, maio/jun. 2003.

VALLA, Victor Valla. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, supl 2, p. 7-18, 1998.

VERAS, Renato. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.705-715, maio/jun. 2003.

ZIMERMAN, G.I. *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed. 2000. 229p.

*ABSTRACT*

Populational ageing is one of the greatest challenges of present days. Researchers in different areas have shown interest in the elderly, especially due to the rapid growth of the Brazilian population aged over 60. The objective of this study was to review the literature related to the effects of group activities on prevention and minimization of deterioration related to ageing and on quality of life as related to autonomy, independence and participation. Libraries and electronic data bases were assessed between 1998 and 2004. According to the inclusion criteria six articles were selected and the quality of the evidence was analyzed according to the methodology suggested by Law *et al.* (1998). Results were compared in tables, focusing on the following issues: authors, specific objectives, sample, study design and main results. Results of this commented bibliography point to the feasibility of the intervention performed with elderly individuals in the context of group activities, enabling the involvement of occupational therapists and other professionals interested in working with groups of aged individuals.

KEYWORDS: Demographic Aging; Aged; Quality of Life; Personal Autonomy; Outcome Assessment (Health Care); Bibliography; Databases, Bibliographic

Recebido para publicação em: 24/05/2005

Aprovado em: 02/09/2005

Correspondência para:

Raquel de Cássia Cardoso

E-mail: cardosocraquel@ig.com.br

Educação Musical com Idosos *Music Education with the Elderly*

Sônia Leal de Souza*

RESUMO

Uma das características da sociedade contemporânea, que a cada dia vê crescer sua população com mais de 60 anos, passou a ser o questionamento dos fatores para um envelhecimento bem-sucedido. O objetivo deste estudo foi fazer uma reflexão, com base na literatura disponível, sobre as contribuições da educação musical para esse envelhecimento, principalmente no que concerne às modificações neurofisiológicas, alertando para a necessidade de maiores pesquisas na área.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento; Saúde do Idoso; Neurociências; Neurofisiologia; Música

INTRODUÇÃO

“Onde há vida, há inacabamento.” (Freire, 2000, p. 55)

Nas últimas décadas vimos aflorar nos meios de comunicação de massa mais e mais reportagens e artigos sobre o que é ser idoso, o que é envelhecer e quais são as melhores formas de passar por esse processo. Termos antes só encontrados nos livros específicos da área de saúde tomaram conta do cotidiano, e a sociedade contemporânea, que a cada dia vê crescer sua população com mais de 60 anos de idade, passou a conviver com o questionamento dos fatores que podem ou não contribuir para um envelhecimento bem-sucedido. Chegamos à “era dos idosos” (Veras, 2004).

Segundo Neri (1995), uma velhice bem-sucedida é uma condição de bem-estar físico ligada às circunstâncias da história pessoal e do potencial de plasticidade de cada indivíduo, mas também não pode estar alijada

das condições sociais e dos valores existentes no ambiente em que esse indivíduo envelhece. Baltes et al. (1995) destacam o fato de que o envelhecimento é um processo multidimensional e multidirecional, no qual ganhos, perdas e momentos de estabilidade não só se alternam, como também podem ser concomitantes.

Rowe e Kahn (1999, p.xii/39), após definirem a expressão *envelhecimento bem-sucedido* como um processo em que encontramos “*vários fatores que permitem aos indivíduos continuar a funcionar efetivamente, tanto física quanto mentalmente*”, estabelecem seus três comportamentos principais: engajar-se na vida, evitar doenças e manter em alto padrão as funções física e cognitiva. Abordando cada etapa desses comportamentos, os autores chamam a atenção para a importância do ato de aprender para as funções mentais. Afirmam, ainda, que é possível os idosos se interessarem e terem sucesso no contato com novos conhecimentos, quebrando o mito de que a aprendizagem na velhice é impossível.

Stano (2001) aponta o contexto escolar como um espaço possível para a construção da qualidade de vida, pressupondo participação, compromisso, inserção e renovação de significados, em uma permanente busca, por parte do ser humano, enquanto ser inacabado, além de poder intensificar a auto-eficácia (Rowe, Kahn, 1999) – ou seja, a crença em si mesmo e na sua capacidade de aceitar e vencer desafios. Neri e Cachioni (1999) alertam para a crescente demanda por atividades educacionais por parte de maiores de 60 anos, demanda esta que pode ser exemplificada pelo trabalho realizado na Escola Municipal de Música Prof. Weberty Bernardino Aniceto, em Nilópolis – município no Estado do Rio de Janeiro (doravante EMN) –, onde a turma específica para terceira idade começou com 15 alunos. Hoje já existem quatro turmas, com aproximadamente 40 alunos cada e lista de espera para novos grupos.

Assim, se há procura pelo aprendizado, e se aprender diferentes habilidades e desenvolver competências mantém/intensifica o padrão das funções cognitivas – sendo tal manutenção/intensificação um dos pontos-chave para um processo de velhice bem-sucedida – resta-nos saber de que forma o aprendizado musical pode contribuir para o processo e para uma melhor qualidade de vida. Considera-se aqui qualidade de vida a

“percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valor com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Paschoal, 2002, p.81).

MÚSICA E SAÚDE

A relação entre música e saúde remonta a tempos antigos: os egípcios em 1550 a.C. atribuíam influência à música para a fertilidade da mulher e os gregos consideravam Apolo, ao mesmo tempo, o que cura e o mestre da música. Essa relação foi-se aprofundando e, deixando para trás os mitos, as lendas e o senso comum, passou a ser tema de pesquisas científicas na área médica, de assistência e cuidado e na musicoterapia.

Alguns exemplos dessa vertente podem ser dados através de estudos sobre o efeito da música em pacientes portadores do Mal de Alzheimer (Bright, 2003), com distúrbios psiquiátricos, com enfarte agudo do miocárdio e em reabilitação cardíaca, com dores crônicas provenientes de osteoartrite, parkinsonianos, queimados, com doentes terminais ou em períodos pós-operatórios. Assinale-se ainda a importância do uso da música em exercícios físicos (para estes temas e seguintes, vide www.ncbi.nlm.nih.gov – Medline/Pubmed).

Contudo, as pesquisas científicas não se prendem apenas aos aspectos terapêuticos ou preventivos do uso da música em tratamentos e cuidados. Uma outra vertente de estudo encontra seu objeto na própria música: a Neurociência Cognitiva da Música. Neste campo do conhecimento são estudados os processos cognitivos relacionados à percepção e à apreensão de sons e melodias, observando-se os circuitos neurais envolvidos na criação e/ou no processamento da música (Altenmüller, 2004).

Os temas passam pelas diferenças entre músicos e não-músicos no trato com a matéria sonora: reconhecimento de melodias aceleradas ou lentificadas, identificação de notas não pertencentes ao contexto tonal, memorização e processamento de sons de diferentes alturas, descobertas de melodias sem treinamento prévio, aquisição de capacidades de mapeamento visuo-motor através do aprendizado de teclado ou caracterização do ouvido absoluto (capacidade que alguns indivíduos possuem de, ao ouvir determinada nota musical, identificá-la corretamente,

mesmo se isolada. Em geral, o ser humano identifica a nota através da relação com outras notas existentes no contexto musical, o que é chamado de ouvido relativo).

Também estão presentes estudos sobre as modificações geradas pelo envelhecimento no trabalho do músico: observam-se a performance, o controle motor fino, a execução exata de ritmos, a memorização de partituras e até mesmo a influência do tipo de atividade exercida pelo músico em sua duração de vida (como exemplo, a vida curta e estressante dos músicos de jazz ou a vida longa das sopranos).

Porém, a área que mais se destaca é justamente a relativa à identificação dos procedimentos mentais relacionados ao processamento musical por parte dos indivíduos, de como nosso cérebro funciona ao ouvir ou produzir música. Em recente artigo, Peretz e Zatorre (2005) apresentam um relato detalhado sobre a situação atual das pesquisas sobre o tema, alertando que se trata de um campo rico e fecundo de investigação sobre percepção, memória, emoção e performance. Embora existam textos de mais de um século, somente nas últimas décadas o processamento musical se tornou uma área de estudo sistematizado, em que se destaca a procura de entendimento sobre a organização do cérebro musical e a possível revelação de como se dá o trabalho do músico, em termos mentais.

Zatorre (2003) declara que a Neurociência Cognitiva da Música ainda está engatinhando em suas pesquisas e chama a atenção para o fato de que é necessário definir bem o aspecto específico da função musical a ser estudado e, quando possível, identificar os componentes cognitivos associados a essa função. Mas o volume de pesquisas no campo já é extenso, o que pode ser comprovado pelos dois volumes dos Anais da Academia de Ciência de Nova York dedicados só ao tema (Peretz, Zatorre, 2001; Avanzini, 2003).

Janata e Grafton (2003) ressaltam que a música consiste precisamente de seqüências de movimento e som que engajam toda a mente em múltiplas experiências. Devido à íntima relação música-movimento, percepção-ação, a música proporciona uma maneira de examinar a organização cerebral de comportamentos complexos. Já está mais do que definido que a percepção musical não se relaciona a apenas um hemisfério cere-

bral, mas a uma rede neural que se ativa durante a escuta (Altenmüller, 2001; Peretz, 2002). Também ficou comprovado que as áreas sensorio-motoras corticais são alteradas, havendo uma intensa reorganização plástica cerebral proveniente do aprendizado musical (Pantev, 2003).

A princípio, pode-se pensar que essas modificações neurais e plasticidade se dão porque o aprendizado musical ocorre em fases em que o cérebro e seus componentes ainda estão em processo de formação (em geral, quando criança, em torno dos cinco a nove anos). Porém, em recente pesquisa, Pascual-Leone (2001) questiona essa idéia, selecionando indivíduos de diversas idades que não tocavam nenhum instrumento musical, não sabiam datilografar usando todos os dedos e nem tinham empregos que exigissem habilidades manuais. A esses indivíduos foi ensinada uma seqüência de notas, uma para cada dedo (a tradicional relação, em alguns métodos para piano e teclado, das notas musicais do/ré/mi/fá/sol com, respectivamente, polegar/indicador/médio/anular/ mínimo para a mão direita e mínimo/anular/médio/indicador/polegar para a mão esquerda). Eles foram ainda orientados a estudar tal seqüência por duas horas diárias, obedecendo a critérios estabelecidos pelo pesquisador: tocar cada nota durante o mesmo tempo e aplicar o mesmo espaço de intervalo entre notas diferentes. Em uma segunda etapa, o grupo foi dividido em dois subgrupos, sendo que apenas um continuou a treinar.

Utilizando estimulação magnética transcranial focal para mapear as áreas corticais envolvidas na tarefa, testes foram realizados antes, durante e depois dos treinos. Os resultados apontaram que, para a aquisição de habilidades motoras indispensáveis à execução do exercício, foi necessária uma reorganização do córtex motor referente aos músculos envolvidos na tarefa. Nos casos dos indivíduos que pararam o treino, houve uma espécie de adormecimento das funções ativadas.

Para o autor, o treino desvelou conexões previamente existentes que são o ponto de partida para novas e significativas transformações estruturais em longo prazo, conforme as habilidades musicais se tornem automáticas e apreendidas – ou seja, após um processo de aprendizado musical mais longo e mais consciente do que a mera repetição usada na pesquisa.

Acrescenta também que tocar um instrumento musical requer mais do que o conhecimento factual sobre o instrumento e os mecanismos através dos quais ele é tocado. Mesmo sabendo a posição das mãos, os movimentos dos dedos e a seqüência a seguir, ainda assim o indivíduo não é capaz de tocar uma peça elementar: é essencial uma espécie de tradução, que relaciona conhecimento, seleção dos aspectos relevantes, escolha de metas e ativação das estruturas sensorio-motoras para que haja realmente uma interpretação musical (Bangert, 2001; Pantev, 2001).

Se a questão é aprendizado e prática constante, e se essa prática proporciona consideráveis modificações neurofisiológicas no indivíduo, seriam tais mudanças passíveis de se suceder também no cérebro que envelhece? Sloboda (2003) afirma que os seres de todas as idades têm a capacidade de processar o material sonoro tanto absoluta quanto relativamente, e que essas habilidades podem ser desenvolvidas com o treino em qualquer idade.

Se, segundo Vicini (2004), a plasticidade não é transitória nem compensatória, mas uma capacidade adaptativa sistemática – uma configuração dinâmica do sistema nervoso, persistindo ao longo da vida e não excluindo o período da velhice – haveria no idoso realmente um grau de plasticidade cerebral que tornasse possível tantas mudanças provocadas pelo aprendizado musical? Aprender música seria apenas uma questão social (interação, intergeracionalidade etc.) e psicológica (auto-estima, auto-eficácia etc.) ou tal aprendizado poderia proporcionar ao idoso modificações neurofisiológicas importantes na conquista de uma velhice bem-sucedida?

EDUCAÇÃO MUSICAL COM IDOSOS

O ensino de música a idosos foi tema de pesquisa já em 1979 (Ozarian, 1979) e, antes disto, o MENC (Music Educators National Committee) estabeleceu, em 1974, um programa para educação permanente de música (Achilles, 1992). Desde então, diversos autores da área de educação musical têm-se dedicado ao assunto.

A ótica mais freqüente se refere a benefícios que a expressão artística possibilita, seja em termos de gratificação/auto-estima (Hanser, 1990;

Wikstrom, 2004), seja pelo viés da intergeracionalidade entre alunos idosos e seus professores mais jovens (Ferrigno, 2003), ou pelo reconhecimento de que as atividades musicais propiciam atitudes positivas. Elas têm o poder de preencher necessidades pessoais, de participação e companheirismo e contribuem para o desenvolvimento pessoal (Boswell, 1992; Porter, 2001).

Também são comuns entrevistas e questionários que procuram identificar as preferências musicais dos idosos (Pickles, 2003), relacionando-as à existência ou não de um aprendizado musical enquanto jovens e crianças (Flowers Murphy, 2001). Porém, embora o tema venha sendo abordado há várias décadas, pouco tem sido estudado com relação ao processo de aprendizado em si mesmo: o idoso aprende ou são apenas atividades lúdicas?

Clingman (1990) já alertava que a música é parte de um processo de aprendizado ao longo da vida e que os idosos necessitavam de atividades que proporcionassem a eles um sentimento de pertencer ao mundo, uma liberação de tensões e emoções negativas. O autor enfatizava que o indivíduo e sua qualidade de vida deveriam sobrepujar a técnica, mas nunca o professor poderia descuidar do aprendizado e da importância dos valores e conceitos musicais. Sem dúvida, esse equilíbrio é um grande desafio para quem trabalha com idosos.

Para Achilles (1992), o professor deve compreender o desenvolvimento e a forma de aprendizado dos indivíduos idosos, a fim de conseguir efetivamente realizar um trabalho musical com os mesmos. Ressalta que o envolvimento no projeto de aprendizado musical em si é uma das mais importantes razões pelas quais o idoso decide começar o estudo, muito mais do que benefícios físicos e de saúde secundários. Também Myers (1992) dá destaque à existência de um objetivo musical específico – seja cantar melhor no coral que frequenta ou tocar a música preferida no instrumento de escolha, etc.

Darrough (1992) realça a existência de mitos e preconceitos com relação ao fato de o idoso não ser capaz de aprender um instrumento, já que teria a preferência por atividades passivas de escuta musical e estaria preso a determinados gêneros e estilos, dificultando o aprendizado. O autor acrescenta que tal idéia é irreal e reforça que, ao perguntar a seu

grupo de alunos qual seria a categoria de sua experiência no coral, o termo musical foi o mais escolhido, ultrapassando as classificações como recreacional ou terapêutico.

Tivemos a oportunidade de comprovar esse objetivo musical com 140 alunos da EMN, que fazem parte das quatro turmas que lá cursam Musicalização e Teoria Musical, na faixa de 50 a 92 anos. As turmas são para a terceira idade, sendo aceitos alunos entre 50 e 60 anos, em caso de existência de vagas, ou encaminhados por professores de outras turmas, devido a dificuldades no aprendizado nas turmas regulares.

Quando os alunos ingressam nas turmas, é perguntada a razão pela qual escolheram o aprendizado musical, em uma entrevista também com informações pessoais: todos ingressaram na escola com o desejo de tocar um determinado instrumento musical (teclado, piano e violão na maioria, mas também estão presentes a flauta, a percussão e o canto), embora saibam que o aprendizado e as atividades realizadas durante o curso podem gerar outros resultados além dos musicais. As razões da escolha pela música se dividem entre o desejo não realizado desde criança de aprender o instrumento escolhido, a vontade de melhorar sua participação nas diversas instituições religiosas existentes no município ou até mesmo a necessidade de essas instituições terem um grupo musical para o acompanhamento de cultos, missas e ofícios.

Perante a procura, infelizmente, os autores (Ernst, Emmons, 1992; Orlofsky, Smith, 1997; Rowe, Kahn, 1999; Ernst, 2001) ressaltam o pouco ajustamento curricular e de recursos pedagógicos, o que indica a inadequação de algumas instituições de ensino na educação de idosos, mais de dez anos após a promulgação da Lei nº 8.842, de 04/01/94 – que no Capítulo IV, artigo 10, item III, propõe adequar currículos, metodologias e material didático nos programas educacionais para idosos. São poucas as propostas de educação musical específicas para a terceira idade e os professores (Orlofsky, Smith, 1997) apontam a dificuldade de encontrar material para os principiantes, já que tais livros normalmente são voltados para crianças.

Diversos autores dedicam pesquisas às modificações mentais e físicas provenientes do envelhecimento (Guerreiro, 2001; Neri, 2002;

Forlenza, Caramelli, 2004), mas, como Rowe e Kahn (1999) ressaltam, se dificuldades existem, são limites a se romper através da persistência no aprendizado.

Roy Ernst, membro do Departamento de Educação Musical da Eastman School of Music (Rochester, EUA), fundou em 1991 a New Horizons Band, uma banda formada só com idosos até então leigos em música. Estes vêm até hoje fazendo suas apresentações com o apoio da Escola de Música e da Escola de Medicina e Odontologia de Rochester. O projeto conta com cinco mil componentes distribuídos em mais de 100 bandas entre EUA e Canadá e tem um site próprio (disponível em www.newhorizonsband.com).

Ernst relata sua experiência com o ensino de música (1992, 2001) e declara que não se pode negar os benefícios sociais, mentais e físicos das pessoas que freqüentam suas aulas, além, é claro, dos benefícios musicais. Destaca que os idosos vêm motivados pelo prazer de aprender música e não porque alguém deseja que eles aprendam, o que gera um comprometimento e faz com que eles estejam sempre dispostos não só para as aulas como também para os ensaios extras (muitos chegam uma hora antes da hora marcada), além de praticarem constantemente.

Para o autor, os indivíduos que começam a aprender música quando idosos não terão o mesmo patamar técnico que poderiam ter se tivessem iniciado mais cedo, mas a experiência e a bagagem musicais que têm contribuem bastante para uma questão crucial em música, que é a interpretação de uma peça musical. Assim, é necessário controlar a obsessão pela perfeição e compreender que o padrão passa a ser aquele que dê a eles prazer e sentido de realização – ou, como afirma, o melhor que possam fazer é sempre bom o suficiente: “*Your best is always good enough*” (Ernst, 2001, p. 48-49).

Sua metodologia dá ênfase ao cantar e aos movimentos corporais rítmicos, abordando tocar de ouvido (tocar sem o apoio de partituras), improvisar e compor canções originais. Após quatro semanas de estudo, é introduzida a notação musical (conjunto de caracteres que tradicionalmente possibilitam a escrita e a leitura de uma partitura), mas através de músicas que eles já toquem e conheçam bem. Os alunos da banda têm aulas individuais no instrumento de escolha durante um mês e depois

começam a prática coletiva (considerada ideal pelo autor), com o apoio das aulas individuais para o aprimoramento técnico.

Foram encontradas dificuldades no que concerne às mudanças vocais, à perda de audição e visão (dificuldade para ler partituras no tamanho original) e a problemas osteoarticulares (que algumas vezes geraram modificações nos instrumentos usados, já que a proposta é sempre de inclusão). O sentimento de desconforto perante as dificuldades diminuiu quando, ao olhar em volta, os idosos puderam ver outros com problemas iguais ou semelhantes. Contudo, o autor destaca que, assim como o envelhecimento, o aprendizado musical é um processo individual, portanto único e intransferível, devendo o professor estar atento a cada aluno.

Ernst (1992, 2001) salienta ainda que dois aspectos são importantes. O primeiro se refere ao grande desafio que é acomodar diferentes níveis de habilidades (e impossibilidades) na prática em conjunto cotidiana, daí a necessidade de que haja mais pesquisas sobre a maneira como o idoso aprende música. O segundo aspecto é a urgência em se dar visibilidade aos grupos de idosos que praticam música, mostrando-os como modelos que possam incentivar outras pessoas e outros professores a se reunir nesse trabalho.

Embora de destaque, os trabalhos com idosos não se resumem aos desenvolvidos nos EUA e Canadá. Também aqui no Brasil alguns professores vêm propondo grupos de ensino de música para os que envelheceram. Há onze anos, Uricoechea (1994) propunha uma aula específica para idosos na Escola de Música Villa Lobos (Rio de Janeiro), tendo em vista a existência de alunos que não se adaptavam aos cursos regulares. Tais aulas, a princípio de apoio, tinham como cerne a vivência rítmica (percussão corporal e instrumental), o desenvolvimento da percepção musical, a improvisação, o canto e o aprendizado de flauta doce. A autora aponta dificuldades de respiração e articulação para o instrumento de sopro, mas ressalta a melhora progressiva da mobilidade corporal e das funções motoras provenientes da prática percussiva.

Outro exemplo foi a experiência relatada por Bonilla (2002), em uma clínica geriátrica na periferia de Porto Alegre, onde aconteceram encontros musicais de uma hora de duração com setenta idosos entre 60 e

85 anos (90% mulheres). Foram realizadas atividades de apreciação musical, expressão corporal e canto, além da realização de uma peça teatral. A autora aponta dificuldades na memorização, na emissão vocal (devido às mudanças de registro provocadas pelo envelhecimento) e na percepção/execução rítmica.

Nossa experiência na EMN também é fruto inicial da inadequação de alguns alunos aos procedimentos e à metodologia tradicional do ensino de música (o rápido andamento das aulas, as provas constantes, a participação em exames práticos com a presença de uma banca examinadora etc.). A primeira turma de idosos foi criada em 2000 e, quando ingressamos na escola, em 2002, havia em torno de vinte alunos participando: apenas dois homens (cujo número já alcança hoje 20% do total).

A proposta atual é desenvolver uma nova forma de perceber o mundo sonoro e lidar com as diferentes possibilidades rítmico-melódicas existentes. Os alunos cursam dois períodos de musicalização, em que são abordados os conceitos de paisagem sonora (ambiente acústico que circunda o ser humano – Schafer, 2001), os parâmetros do som (características através das quais podemos distinguir um som de outro: duração, intensidade, altura, timbre e textura), a representação de sons e ritmos (seja pelo corpo, seja apenas pela voz, por instrumentos ou por uma escrita não-convencional), a improvisação e a composição, iniciando-se a prática em instrumentos de percussão e canto (para mais detalhes, vide Souza, 2002).

A partir desses elementos e através de um processo de transição, ingressam na disciplina teoria musical (nomenclatura utilizada na EMN para designar as aulas em que são abordadas as características da notação musical tradicional, a percepção auditiva e a execução rítmico-melódica) e no aprendizado de flauta doce, teclado e violão, mantendo o trabalho de canto e percussão.

Compartilhamos as idéias apresentadas por Ernst (1992, 2001) e vemos o aprendizado real dos alunos, que vão aos poucos ganhando autonomia e independência na prática musical, chegando a fazer apresentações públicas em encontros na escola (intergeracionais e com a presença de familiares e amigos), o que gera a cada dia mais alunos interessados em

participar do trabalho. Da mesma forma, acreditamos que o grande desafio é integrar diferenças, incluir, trabalhar com diversos níveis de habilidades/capacidades/comprometimentos, com poucos recursos didáticos e material de apoio disponíveis.

Perda auditiva e visual, problemas articulares ou respiratórios, modificação na extensão da emissão vocal, lentidão no processamento de novas informações, dificuldade em inibir estímulos irrelevantes, declínio na velocidade e precisão motoras, influência de situações de aprendizado anteriores não satisfatórias ou até traumatizantes são elementos presentes no cotidiano. Mas a superação desses elementos é também comum (o índice de abandono é inferior a 10%, geralmente por agravamento no quadro de alguma patologia, principalmente hipertensão) e observamos na prática semanal uma melhora em certos aspectos (respiração, coordenação motora, atenção, concentração, entre outros), que necessitam de maiores e mais específicas pesquisas.

Guerreiro e Rodrigues (2002) alertam que o desempenho cognitivo dos idosos varia devido a fatores pessoais (nível escolar e intelectual, motivação, conhecimentos prévios sobre o assunto, personalidade, saúde etc.) mas também devido às características do material a ser abordado (riqueza, organização, estrutura etc.) e das condições em que o idoso realizará a tarefa (velocidade e modo de apresentação, ambiente físico etc.).

A proposta de educação musical com idosos deve passar sempre pela consciência de que o processo se dá *com* o idoso e não *para* ele. Não se trata de dar conhecimentos, mas possibilitar condições para que o conhecimento se dê. Não se trata de memorizar conteúdos e repetir nomenclaturas, mas compreender seus significados e ser capaz de criar com eles. Assim, não são apenas habilidades e competências desenvolvidas, mas uma nova atitude, uma nova forma de perceber e agir no mundo, uma proposta de empowerment (“capacitação para o poder” – ou seja, atividades que busquem encorajar os idosos a descobrir talentos e a assumir um papel mais ativo em suas vidas - Guerreiro, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aprender a tocar um instrumento, aprender música é, para o idoso, um processo que vai muito mais além do que o mero prazer pessoal do ato de tocar ou a integração e a convivência produzidas pela prática em conjunto. Modificações neurofisiológicas se fazem presentes e é mais do que necessário e urgente um aprofundamento no campo da Neurociência Cognitiva da Música no que concerne ao aprendizado musical por parte do idoso.

Para aqueles que se dedicam ao ensino de música com idosos, estar a par dos conhecimentos produzidos na área gerontológica e neurocientífica é primordial, pois nenhum processo educacional formal se dá sem que o professor conheça aquele a quem se propõe ensinar e a maneira como esse indivíduo aprende, a fim de melhor proporcionar situações de aprendizagem.

Percepção, atenção, concentração, memória, capacidade de julgamento e planejamento, aceitação de resultados e limitações, imagem corporal, campo sensorio-perceptual e motor, tarefas visuoespaciais e proprioceptivas, plasticidade cerebral – enfim, inúmeros são os temas e as possibilidades de pesquisa nesse caminho.

A educação musical com idosos é recente e o caminho a percorrer bem extenso, mas não há dúvidas de que, seja pela manutenção e intensificação das funções cognitivas, seja pela reorganização plástica cerebral ou pelos aspectos sociais e psicológicos, grande pode ser a contribuição da música para uma velhice bem-sucedida e com qualidade de vida, objetivo de tantos indivíduos atualmente.

“Há um ditado que diz: se eu soubesse como são alegres os netos, eu os teria tido antes. Recentemente começamos a modificar este ditado dizendo: se soubéssemos como são alegres os avós, teríamos começado a lhes ensinar mais cedo. Fazer música é simplesmente bom demais para ser deixado apenas para as crianças.” (Roy Ernst – www.newhorizonsband.com)

NOTAS

- * Especialista em Geriatria e Gerontologia (UnATI-UERJ), licenciada e especialista em Educação Musical (CBM) e em Literatura (UERJ). Professora de musicalização, teoria musical, flauta doce, teclado e violão para idosos na *Escola Municipal de Música Prof. Weberty Bernardino Aniceto*, município de Nilópolis, no Rio de Janeiro. Professora de música da FAETEC/Rio de Janeiro e recriadora musical no Lar Cristão Matilde de Oliveira, no Rio de Janeiro

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHILLES, Elaine. Finding Meaning in Music for All Ages. *Music Educators Journal*, MENC, v.79, n.4, p.21-22, 1992.
- ALTENMÜLLER, Eckart O. How many music centers are in the brain? *Annals of The New York Academy of Sciences*, New York, The New York Academy of Sciences, v. 930, p. 273-280, 2001. PERETZ, I.; ZATORRE, R. (Eds.)
- _____. Acordes na cabeça. *Viver: Mente e Cérebro*, São Paulo, ano 13, n.141, 2004.
- AVANZINI et al. (Eds.) *Annals of The New York Academy of Sciences*. New York: The New York Academy of Sciences, v.999, 2003.
- BALTES, P. B. et al. Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: perspectivas da teoria de curso de vida. In: NERI, A. L. (Org.) *Psicologia do Envelhecimento*. Campinas, SP: Papyrus, 1995. p.195-228
- BANGERT et al. On practice: how the brain connects piano keys and piano sounds. *Annals of The New York Academy of Sciences*. New York, The New York Academy of Sciences, v.930, p. 425-428, 2001. PERETZ, I.; ZATORRE, R. (Eds.)
- BONILLA, Karine N. Encontros musicais com o grupo da amizade: uma experiência em Educação Musical com a terceira idade. In: ENCONTRO ANUAL DA ABEM, 11., 2002, Natal. *Anais...* Natal, RN: Associação Brasileira de Educação Musical, 2002. p.1-7
- BOSWELL, J. Human potential and lifelong learning. *Music Educators Journal*, MENC, v. 79, n.4, p.38-40, 1992.
- BRASIL. Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual "dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências". *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jan.1996.
- BRIGHT, Ruth. *Music therapy and the dementias: improving the quality of life*. Melbourne: MMM Music, 2003.

CLINGMAN, Allen. Adult Education in Music-Making: some choices for Canada. *Music Education: Facing the Future*, Finland, ISME, p.383-385, 1990.

DARROUGH, Galen P. Making Choral Music with older adults. *Music Educators Journal*, MENC, v. 79, n. 4, p. 30-34, 1992.

ERNST, Roy. Music for Life. *Music Educators Journal*, v. 88, n. 1, p.47-51, 2001.

ERNST, Roy; EMMONS, Scott. New Horizons For Senior Adults. *Music Educators Journal*, v. 79, n. 4, p.30-34, 1992.

FERRIGNO, J.C. *Professores jovens e alunos velhos em um processo de co-educação de gerações*. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

FLOWERS, P.; MURPHY, J. Talking about music: interviews with older adults about their music education, preferences, activities and reflections. *Update: Applications of Research in Music Education*, v.20, n. 1, 2001.

FORLENZA, O.V.; CARAMELLI, P. *Neuropsiquiatria Geriátrica*. São Paulo: Atheneu, 2004

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

GUERREIRO, Tânia. Oficina de Memória. Uma proposta de otimização cognitiva para idosos. In: GUERREIRO, T.; CALDAS, C. P. *Memória e demência: (re)conhecimento e cuidado*. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI, 2001. p.9-127

GUERREIRO, T.; RODRIGUES, R. Memória. In: ASSIS, Monica (Org.). *Promoção de saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos*. Rio de Janeiro: CRDE/UnATI/UERJ, 2002.

HANSER, S. B. The future of music education and therapy: programming with older adults in the community. *Music Education: Facing the Future*, Finland, ISME, p.357-360, 1990.

JANATA, P.; GRAFTON, S. T. Swinging in the brain: shared neural substrates for behaviors related to sequencing and music. *Nature Neuroscience*, Nova York, v. 6, n. 7, p.682-687, 2003.

MYERS, David E. Teaching learners of all ages. *Music Educators Journal*, MENC, v. 79, n. 4, p.23-26, 1992.

NERI, Anita Liberalesso. O curso do desenvolvimento intelectual. In: FREITAS, E.V. et al. (Orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p.900-913.

NERI, Anita Liberalesso. Psicologia do Envelhecimento: uma área emergente. In: _____. (Org.) *Psicologia do envelhecimento*. Campinas, SP: Papyrus, 1995. p. 13-40.

NERI, Anita Liberalesso; CACHIONI, Meire. Velhice bem-sucedida e educação. In: NERI, A. L.; DEBERT, G. G. (Orgs.) *Velhice e sociedade*. Campinas, SP: Papirus, 1999. p. 113-178.

ORLOFSKY, D; SMITH, R. Strategies for adult keyboard learners. *Music Educators Journal*, v.83, p.22-26, 1997.

OZANIAN, C. Teaching the older beginner. *Clavier*, v.18, n.3, 1979.

PANTEV, C. et al. Representational cortex in musicians: plastic alterations in response to musical practice. *Annals of The New York Academy of Sciences*, New York, The New York Academy of Sciences, v.930, p. 300-314, 2001. PERETZ, I.; ZATORRE, R. (Eds.)

_____. Music and learning-induced cortical plasticity. *Annals of The New York Academy of Sciences*, New York, The New York Academy of Sciences, v. 999, p. 438-450, 2003. AVANZINI, G. et al. (Eds.)

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida e velhice. In: FREITAS, E.V. et al. (Orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p.79-84.

PASCUAL-LEONE, Alvaro. The brain that plays music and is changed by it. *Annals of The New York Academy of Sciences*, New York, The New York Academy of Sciences, v. 930, p.315-329, 2001. PERETZ, I.; ZATORRE, R. (Eds.)

PERETZ, Isabelle. Brain specialization for music. *The Neuroscientist*, Connecticut, v. 8, n. 4, p. 372-380, 2002.

PERETZ, I.; ZATORRE, R. (Eds.) *Annals of The New York Academy of Sciences*. New York: The New York Academy of Sciences, v. 930, 2001.

PERETZ, Isabelle; ZATORRE, Robert J. Brain organization for music processing. *The Annual Review of Psychology*, v. 56, n. 4, 2005. Disponível em : <<http://psych.annualreviews.org>> Acesso em: 10 out. 2004

PICKLES, V. Music and third age. *Psychology of Music*, v.31, n.4, p.415-423, 2003.

PORTER, Carol. The music making and wellness movement in the 21st century: My interview with Karl Bruhn. *American Music Teacher*, v. 51, n. 2, 2001.

ROWE, John W.; KAHN, Robert L. *Successful aging*. New York: Dell Trade, 1999.

SLOBODA, John. Music and development: introduction. *Annals of The New York Academy of Sciences*, New York, The New York Academy of Sciences, v.999, p.389-391, 2003. Part III. AVANZINI et al. (Eds.)

SOUZA, Sônia Leal de. *Oficina de Música com Idosos: o prazer do conhecimento através de uma abordagem rizomática*. 2002. Monografia (Especialização em Educação Musical) - Conservatório Brasileiro de Música, Rio de Janeiro, 2002.

STANO, Rita de Cássia M.T. Espaço escolar: um tempo de ser-na-velhice. In: KACHAR, Vitória (Org.) *Longevidade: um novo desafio para a educação*. São Paulo: Ortiz, 2001. p.155-168.

URICOECHEA, Ana Sheila. Musicoterapia na terceira idade: uma experiência na aprendizagem musical terapêutica. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 7., 1994, Goiânia. *Anais ... Goiânia: 1994*.

VERAS, Renato. A era dos idosos: desafios contemporâneos. In.: SALDANHA, Assuero; CALDAS, Célia Pereira (Orgs.) *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2.ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p.3-10

VICINI, G. *Envelhecimento, plasticidade do cérebro e saúde*. Disponível em: <www.pucsp.br/portaldoenvelhecimento> Acesso em: 07 nov. 2004.

WIKSTROM, B. M. Older adults and the arts: the importance of a esthetic forms of expression in later life. *J Gerontol Nurs.* v. 30, n. 9, p.30-36, 2004.

ZATORRE, R. J. Music and the brain. *Annals of The New York Academy of Sciences*. New York, The New York Academy of Sciences, v.999, p.4-14, 2003. AVANZINI et al. (Eds.)

ABSTRACT

One of the characteristic of the contemporaneous society, which day by day observes the increase of 60 years old population, turned into the question about factors of a successful aging. The objective of this article is, according to available litterature, to think about the contributions of the Music Education to this kind of aging, mainly about what is related to neurophysiological changes, alerting to the need of more researches about this subject.
KEYWORDS: Aging; Aging Health; Neurophysiology; Neurosciences; Education; Music

Recebido para publicação em: 23/8/2005

Aprovado em: 05/10/2005

Correspondência para:

Sônia Leal de Souza

E-mail: soniageronto@yahoo.com.br



Novas demandas na formação de profissionais em face do envelhecimento da população brasileira
New demands in professional formation in view of the Brazilian populational ageing

Shirley Donizete Prado*

Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso: um modelo de programa adequado às especificidades do envelhecimento. Luciana Branco da Motta. Rio de Janeiro, CRDE-UnATI-UERJ, 2005. (Série Livros Eletrônicos. Programas de Atenção a Idosos). 119 pp.

Luciana Motta é médica e vem atuando no campo da Geriatria e Gerontologia desde os anos 1990, no Núcleo de Atenção ao Idoso do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) e, posteriormente, na Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), ambos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Participou da construção dos projetos assistenciais vinculados a UnATI, que incluem promoção e educação em saúde, ambulatório especializado, atendimento hospitalar e acompanhamento domiciliar. Fazem parte de seu trajeto profissional a participação na formulação do projeto de formação de recursos humanos – o Programa de Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso – e, em seu interior, o Programa de Residência Médica em Geriatria e Gerontologia do HUPE-UERJ desde seu início, em 1997.

A partir dessa experiência, a autora se propõe a discutir as características da formação médica em face do processo de envelhecimento da população brasileira, buscando sistematizar conteúdos e práticas necessários para atender as novas demandas que se colocam. Para tanto, apresenta uma discussão da formação médica na área de saúde do idoso à luz das mudanças propostas para a educação médica pelas novas Diretrizes Cur-

riculares, pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde, da Política Nacional de Saúde do Idoso e da Organização Mundial de Saúde, confrontando-a com as especificidades do processo de envelhecimento e as peculiaridades deste processo no Brasil. Finalmente, a autora apresenta o Programa de Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso, desenvolvido pela equipe do Núcleo de Atenção ao Idoso, como um exemplo que estimula a discussão sobre a possibilidade de se criar espaços de treinamento prático onde a interdisciplinaridade, a integralidade e o cuidado sejam as bases.

O livro está organizado em seis capítulos. O Capítulo 1 trata de discussão acerca da concepção de envelhecimento e traz uma análise demográfica e epidemiológica do envelhecimento populacional e das características da assistência à saúde dos idosos brasileiros. O Capítulo 2 apresenta e discute políticas de atenção ao idoso: as concepções presentes nas formulações da Organização Mundial de Saúde, a Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso, a Política Nacional de Saúde do Idoso, incluindo a atenção ao idoso no Sistema Único de Saúde e o papel do Programa de Saúde da Família. No Capítulo 3 são desenvolvidos os conceitos de geriatria e gerontologia em seus aspectos teóricos e práticos, se reportando às especificidades da formação profissional para a área. O Capítulo 4 corresponde à sistematização da literatura sobre formação de recursos humanos no campo da Geriatria e Gerontologia, para os profissionais médicos, desde a graduação, passando pela educação permanente e continuada e pós-graduação *lato sensu*. No Capítulo 5 apresenta o Programa de Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso desenvolvido pelo NAI, como exemplo de iniciativa que avança em vários pontos salientados na literatura, representando um trabalho conjunto entre todos os componentes da equipe. No Capítulo 6 são apresentadas sugestões para a formação profissional e para pesquisas ulteriores.

É fundamental considerar que há especificidades biológicas, psicológicas, culturais e sociais que envolvem a pessoa idosa. Suas fragilidades, tão acentuadas no mundo urbano e individualizado atual, são de grande complexidade, exigindo de qualquer profissional conhecimentos e saberes particulares, conformando um conjunto que demanda espaço próprio no campo do ensino. E é diante dessa marcante distância entre a formação tradicional e a necessidade de construções inovadoras que a autora de-

envolve suas proposições. As ações referentes ao ensino geronto-geriátrico estão em seus passos iniciais no Brasil e, nesse cenário, conhecer experiências e reflexões sobre essas iniciativas é contribuição da maior relevância.

Gostaríamos de destacar o formato utilizado para veicular o livro: texto eletrônico integral disponível gratuitamente na Internet. A facilidade crescente de acesso a textos completos através da Web é fenômeno deste momento e deve ser explorado ao máximo por autores, editores, pesquisadores e estudantes.

NOTA

- * Nutricionista, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, professora adjunta do Departamento de Nutrição Social e Vice-Diretora do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Recebido para publicação em: 31/10/2005
Correspondência para:
E-mail: shirley_prado@terra.com.br



CARLI, Sandra Maria Marcondes Perito. **Habitação adaptável ao idoso: um método para projetos residências**. 2004. Tese (Doutorado) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo. USP - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Orientador: Ualfrido del Carlo.

Os progressos da medicina têm permitido que cada vez mais pessoas tenham a vida prolongada, acarretando uma profunda mudança no perfil demográfico da sociedade brasileira: pessoas idosas representam, hoje, uma significativa parcela da população. Todavia, mesmo com todo o desenvolvimento tecnológico, dificilmente se poderá acabar com todas as disfunções orgânicas decorrentes do envelhecimento. Com o avançar da idade, o tempo de permanência e uso da habitação tornam-se cada vez mais intensos; ao mesmo tempo, as pessoas mais velhas continuam tendo a necessidade de participar em convívio social a que estão habituadas. Seu isolamento, sob qualquer ótica, é pernicioso, sendo responsável, muitas vezes, por quadros de depressão, desesperança e dependência facilmente verificáveis em núcleos destinados a abrigar idosos. A habitação, nos moldes tradicionais, não considera as alterações funcionais do idoso, o que gera um descompasso no seu uso. As barreiras podem ser inúmeras e variam de acordo com a capacidade funcional de cada indivíduo. Projetos habitacionais geralmente não abordam, de forma sistemática, o uso futuro pelos moradores. A presente pesquisa se desenvolveu no sentido de diagnosticar características de projeto que permitam que a moradia seja adequada a todo o ciclo de vida do homem. Elaborou-se um método de abordagem para tomada de decisões de projeto para planejamento de moradias com características inclusivas. Por meio da visualização global dos aspectos da relação do idoso com a moradia, foram identificadas características de desempenho dos ambientes destinadas a uma arquitetura residencial adaptável ao idoso, a fim de proporcionar aos mais velhos condições de permanecerem em suas moradias, possibilitando que adaptações sejam implementadas, à medida que as necessidades se apresentarem.

RAMÍREZ, Magdalena Hernández. **Condições de vida e saúde de idosos com acidente vascular cerebral.** 2004. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. Orientador: Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

O crescimento do número de idosos e da expectativa de vida tem facilitado o aumento de doenças crônicas não-transmissíveis que, em interação com diversos fatores de risco, desencadeiam o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Esta doença traz graves conseqüências, tais como a perda da capacidade funcional, a dependência e a morte neste grupo da população devido à sua fragilidade. Objetivos: caracterizar o idoso portador de acidente vascular cerebral, avaliar sua capacidade funcional para as atividades da vida diária e descrever o acesso aos serviços de saúde e a rede de apoio para o cuidado familiar. Material e Métodos: a população foi composta por 26 pessoas de 60 anos ou mais, residentes do Estado de Tlaxcala, México internadas em unidades hospitalares de segundo nível da Secretaria de Saúde e selecionadas durante quatro meses. Utilizou-se o instrumento SABE (OPAS) incluindo seis seções relacionadas à situação sociodemográfica, às condições de saúde, à rede social de apoio, ao acesso institucional e à capacidade funcional, adotando para esta última as escalas de atividades básicas e instrumentais da vida diária. O universo para a primeira entrevista correspondeu a 26 idosos, enquanto na segunda participaram 17. A coleta dos dados foi baseada em entrevistas individuais, no domicílio, durante a semana da alta hospitalar e depois de quatro meses. Os dados foram analisados através da estatística descritiva e a aplicação do Teste de Mc Nemar para determinar o nível de significância estatística. Resultados: Os idosos foram vítimas de AVC do subtipo isquêmico em 80,8 por cento e hemorrágico em 19,2 por cento dos casos, 53,8 por cento pertenceram ao sexo masculino e 46,2 por cento ao feminino. A maioria dos homens era casada, enquanto a maior parte das mulheres era viúva ou separada. Quanto ao nível escolar, foi predominantemente primeiro grau incompleto para os homens e analfabetismo para as mulheres. Uma grande parte dos participantes eram originários, residentes e procedentes da área rural de Tlaxcala e possuíam casa própria onde moravam com quatro ou cinco pessoas. Dividiam o terreno com os filhos casados e

suas famílias. Não recebiam pensão e sua renda econômica era escassa, dependendo de doações dos filhos, principalmente para sua manutenção. Eram pessoas sedentárias, um terço deles com histórico de tabagismo e um quarto com alcoolismo, principalmente entre os homens. Cerca de 80 por cento não possuía seguro de saúde particular. Ninguém foi rejeitado quando recorreu ao hospital pela primeira vez com sintomas de AVC. Eram portadores de uma ou mais doenças crônicas, com hipertensão arterial em 70 por cento e Diabetes Mellitus (DM) em 42 por cento dos casos. Cerca de 70 por cento dos participantes apresentavam dificuldades de visão, cerca de 25 por cento mencionavam problemas de audição e a falta de mais de quatro dentes. Mais de 33 por cento tinham sofrido queda pelo menos uma vez nos últimos 12 meses, com maior frequência entre as mulheres. As seqüelas mais importantes diziam respeito à função motora, deglutição e mobilidade. Quase todos estavam usando entre quatro e seis medicamentos, a maioria dos quais tinha sido indicado pelo médico. Mais de 90 por cento estavam parcial ou totalmente dependentes para as atividades da vida diária, precisando de ajuda para sobreviver. As mulheres apresentavam maior dependência que os homens. A maior dificuldade evidenciada nas atividades básicas da vida diária foi a de entrar ou sair do banho e tomar banho. Na segunda entrevista, foi observada uma diferença mínima para melhor, entre os entrevistados, detectando-se a falta de reabilitação e adesão ao tratamento indicado, além da falta de higiene pessoal. O cuidado familiar foi menor na segunda entrevista do que na primeira. Não ocorreu seguimento dos casos de pacientes idosos na comunidade para a prevenção, recuperação e reabilitação do seu problema de saúde. Conclusões: O estudo permitiu identificar as características socioeconômicas e as condições de vida e saúde vinculadas ao AVC, resultado de múltiplos fatores, tais como a falta de capacitação, a falta de reabilitação e o manejo do conflito familiar do problema. Os resultados também revelaram a necessidade de apoiar o paciente e sua família com capacitação e reabilitação, para diminuir não só a mortalidade por AVC, mas também a deficiência e dependência dos idosos, propiciando uma melhor qualidade de vida e retomando os idosos à sociedade.

MENEZES, Tarciana Nobre de. **Estado nutricional, valor energético da alimentação dos idosos de Fortaleza/CE e sua associação com sexo, grupo etário e nível sócio-econômico.** 2004. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, USP - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Orientador: Maria de Fátima Nunes Marucci.

Avaliar o estado nutricional e o valor energético da alimentação dos idosos de Fortaleza e sua associação com sexo, grupo etário e nível socioeconômico. Material e métodos. Este estudo é epidemiológico, do tipo transversal, com coleta de dados primários. As variáveis analisadas foram: índice de massa corporal (IMC), dobra cutânea tricipital (DCT), circunferência muscular do braço (CMB), valor energético da alimentação (VEA) e nível socioeconômico. Para testar as hipóteses foram definidas como variáveis dependentes o estado nutricional e o valor energético total da alimentação; como variáveis independentes o sexo, grupo etário e nível socioeconômico e como variáveis de confusão: anos de estudo e número de residentes no domicílio. Resultados. Foram selecionados 385 domicílios para comporem a amostra deste estudo, nos quais foram entrevistados 483 idosos (68 por cento mulheres). Quanto ao estado nutricional, 67,2 por cento dos idosos foram considerados eutróficos. As mulheres apresentaram maior proporção de eutrofia (35,5 por cento), quando comparadas aos homens (23,4 por cento). Maior parte de idosos apresentou alimentação não adequada em termos energéticos (62,6 por cento dos homens e 67,6 por cento das mulheres). Quanto ao nível socioeconômico, a maior parte dos idosos (58,8 por cento) foi classificada como pertencente às classes D/E. A regressão logística mostrou não haver associação estatisticamente significativamente entre estado nutricional e nível socioeconômico, assim como mostrou haver associação estatisticamente significativa entre valor energético total da alimentação e nível socioeconômico. Conclusões. Os idosos de Fortaleza apresentam estado nutricional vulnerável, visto as prevalências de não eutróficos, e apresentam ainda risco para deficiência nutricional, tendo em vista a promoção de idosos com alimentação não adequada em termos energéticos. O estado nutricional destes idosos não está associado com o nível socioeconômico. O valor energético da alimentação dos idosos de Fortaleza está associado com o nível socioeconômico.

DOMINGUES, Marisa Accioly Rodrigues da Costa. **Mapa mínimo de relações: instrumento gráfico para identificar a rede de suporte social do idoso.** 2004. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, USP - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Orientador: Alice Moreira Derntl.

O envelhecimento da população brasileira está impulsionando o Poder Público a criar alternativas que viabilizem a permanência do idoso na comunidade, otimizando suas capacidades e estimulando, dessa maneira, o exercício de sua cidadania. Para que se efetivem tais alternativas, faz-se necessária a identificação e posterior mobilização das pessoas que compõem sua rede de suporte social. Essa rede pode ser definida, segundo Sluzki, como o conjunto de pessoas que distingue um indivíduo da massa anônima da sociedade, tornando-o singular. Ela é constituída ao longo da vida, passando durante suas diversas fases por inúmeras alterações. Dispomos de alguns instrumentos para identificá-la, sendo um deles um instrumento gráfico, denominado de Mapa Mínimo de Relações. Esse instrumento foi formulado por Sluzki (1997), modificado e adaptado para a utilização com a população idosa por Domingues (2000), passando a denominar-se Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI). Nesta pesquisa, nosso objetivo foi validar consensualmente o MMRI. A metodologia da pesquisa previu a aplicação da técnica Delfos, definida como uma ferramenta de obtenção de consenso. Assim, submetemos o instrumento a dez profissionais denominados juízes, tendo como critério de seleção o reconhecido reconhecimento no tema de estudo. O percentual de consenso definido, seguindo o referendado pela literatura, foi de 70 por cento de opiniões convergentes para cada pergunta relativa ao MMRI, sendo a análise dos resultados efetuada com base na escala de Likert. As notas para cada questão variaram de um (1) a cinco (5), denotando, respectivamente, total discordância da questão à sua total concordância. Os resultados mostraram que, após a segunda aplicação, apenas uma questão não obteve o percentual definido, tendo sido efetuada, apenas para esta, uma terceira questão não obteve o percentual definido, tendo sido efetuada, apenas para esta, uma terceira aplicação. Após essa última aplicação, a partir das notas dadas pelos juízes e dos

ajustes realizados segundo as sugestões recebidas, o instrumento obteve o consenso estabelecido para todas as perguntas, sendo o MMRI considerado validade consensualmente.

KRETER, Ana Cecília de Medeiros. **Avaliação da eficácia e da equidade das aposentadorias no meio rural**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, USP - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. **Orientador** Carlos José Caetano Bacha.

O objetivo desta dissertação é avaliar a eficácia e a equidade do sistema de aposentadorias pagas no meio rural do Brasil na década de 1990. Entende-se por eficácia o cumprimento por parte do poder público dos benefícios estabelecidos no sistema previdenciário e o seu impacto na redução da pobreza e na melhoria das condições de vida da população beneficiada. Já a equidade implica ausência de favorecimento no acesso aos benefícios previdenciários por diferenças de sexo, cor (ou raça) e nível de educação. As aposentadorias pagas no meio rural podem ser divididas pelo seu rendimento, quais sejam, igual a um salário mínimo (proxy da aposentadoria por idade) e maior que um salário mínimo. Os que se enquadram no primeiro grupo são considerados como segurados especiais da previdência rural, pois podem se aposentar sem necessariamente ter contribuído para esta instituição. A Constituição Federal de 1988 e suas modificações dadas pelas Leis no 8.212 e no 8.213 de 1991 instituíram o princípio da universalização e, com ele, ocorreram mudanças significativas no sistema previdenciário. No caso dos trabalhadores rurais, pode-se citar como principais mudanças a criação de um piso mínimo para os benefícios, garantindo o recebimento de pelo menos um salário mínimo, a fixação de idades diferenciadas para o requerimento da aposentadoria por idade (55 anos para as mulheres e 60 anos para os homens), e a igualdade de direitos entre trabalhadores e trabalhadoras rurais, deixando de excluir as mulheres casadas ou com vida marital ao acesso dos benefícios previdenciários. Após estas mudanças, houve grande aumento do número de aposentados no meio rural. A análise tabular dos dados das PNADs, segregando os idosos(as) aposentados(as) pelo seu rendimento de aposentadoria, mostra que a previdência social tem sido eficaz em pagar aos seus beneficiários pelo menos um salário mínimo e que esta renda tem sido utilizada não somente para alimentação e vestuário, mas também para melhoria em seus domicílios. No entanto, a análise tabular e econométrica dos dados das PNADs indicam que houve favorecimento

dos homens em relação às mulheres, dos brancos em relação aos negros (considerados como pardos e pretos) e dos mais escolarizados em relação aos menos escolarizados na obtenção das aposentadorias pagas no meio rural, indicando que a equidade não tem ocorrido na distribuição destas aposentadorias. O trabalho termina sugerindo algumas medidas que possam reverter este quadro, principalmente no acesso à aposentadoria por idade.

COSTA, Regina Célia Dalla. **Modelo metodológico organizacional aplicável a gestão de instituições de longa permanência para idosos**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, USP - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Orientador: Aracy Witt de Pinho Spinola.

O processo de transição demográfica no Brasil, apresenta-se em ritmo acelerado e tem sido acompanhado por transformações sociais que, em diversos países, tem aumentado a demanda por instituições de longa permanência. Essa transição, que aumentou a taxa de institucionalização em outros países, também tem ocorrido no Brasil. Objetivo. O estudo foi realizado com o objetivo de conhecer, analisar e avaliar as práticas administrativas, operacionais e gerenciais dos processos de trabalho nas instituições de longa permanência e elaborar um manual, básico e padronizado, de organização e procedimentos para essas instituições, a fim de servir como instrumento de gestão. Método. Para o desenvolvimento desse estudo, escolheu-se a metodologia de “Estudo de Caso”. Nesse sentido, tomamos como base uma instituição especializada no atendimento ao idoso, localizada no município de Guarulhos-SP, com mais de 30 anos de funcionamento, com a capacidade para abrigar 120 (cento e vinte) residentes (independentes e com incapacidades), com setores especializados de assistência aos idosos (medicina, enfermagem, odontologia, fisioterapia, nutrição e dietética e serviço social). O estudo incluiu as seguintes etapas: a) coleta de dados através de entrevistas com a direção da instituição e com os responsáveis pelos setores da mesma; análise documental da instituição; observação no local, dos processos de trabalho; b) análise e avaliação dos setores abordados; c) apresentação de versão preliminar do modelo à direção; d) discussão do modelo proposto, com a direção, e com os responsáveis de cada setor estudado, a fim de corrigir distorções e adequar à realidade institucional. Resultado. Elaboração do modelo definitivo aplicável à instituição. Conclusão. Apresentação do Manual. A finalidade é servir como ferramenta para a modernização das práticas administrativas, operacionais e gerenciais, aumentando a eficácia da ação dos administradores de instituições geriátricas, quanto às melhores maneiras de aproveitar, ao máximo, todos os recursos que estiverem efetivamente ao seu al-

cance, bem como a capacitação dos funcionários dessas instituições, através da disseminação de técnicas e experiências. Os beneficiários serão as populações idosas, institucionalizadas.

VIEIRA, Débora Faleiros Chioca. **Estudo dos fatores relacionados com a adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo em pacientes idosos**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. **Orientador:** Laércio Joel Franco.

Estima-se que a adesão dos pacientes à farmacoterapia anti-hipertensiva varie entre 50-70por cento. Avaliações do comportamento de adesão ao tratamento são necessárias para um planejamento efetivo e eficiente. Este estudo tem como objetivo analisar a adesão ao tratamento farmacológico em pacientes hipertensos atendidos no Centro de Convivência do Idoso, no município de Franca-SP. Foram entrevistados 100 pacientes, sendo 50 homens e 50 mulheres e foram incluídos apenas os que estavam utilizando medicamentos anti-hipertensivos distribuídos pelo Sistema Único de Saúde do município. Foi utilizada a Escala de Morisky e Green para mensurar a adesão individual ao tratamento farmacológico. Os grupos foram definidos segundo os resultados obtidos nessa escala, através do Critério 1. Foram consideradas variáveis independentes àquelas que poderiam estar relacionadas ao grau de adesão, como: atitude frente à tomada de medicamentos; características sócio-demográficas; hábitos de vida; características de saúde; características dos medicamentos anti-hipertensivos; uso de medicamentos em geral; características do serviço de saúde; características do paciente; nível de informação sobre a doença e o seu tratamento; controle da pressão arterial (controlado e não-controlado). O processamento dos dados foi efetuado pelo programa Epi-Info 2002 e no STATA. As análises foram feitas de acordo com os resultados do Teste de Morisky e Green, segundo as variáveis citadas. Observou-se grande predomínio de baixa escolaridade e baixa renda familiar mensal no grupo estudado. Em relação ao controle da pressão arterial, observou-se que 63por cento dos pacientes estavam controlados. A comparação entre os resultados do Teste de Morisky e Green com os de controle da pressão arterial revelou que não há associação estatística entre eles, com ambos os critérios do TMG. Pelo Critério 1, foram classificados 40por cento dos pacientes como menos aderentes e 60por cento como mais aderentes. Através do Critério 2, foram encontrados os valores de 70por

cento e 30por cento, respectivamente. Em relação à atitude frente à tomada de medicamentos, verificou-se que 35por cento dos pacientes apresentavam atitude negativa e 65por cento, positiva. A comparação dos resultados do TMG, empregando os Critérios 1 e 2 e os grupos com “atitude positiva” e “atitude negativa” evidenciou associação estatisticamente significativa em ambos os critérios. Entretanto, a sensibilidade do teste quando utilizado o Critério 2 foi muito alta (94,3 por cento), com uma especificidade baixa (43,1 por cento), o que pode gerar a identificação de muitos pacientes como falsos positivos. O instrumento para avaliar a atitude do paciente frente à tomada de medicamentos apresentou significância estatística nas comparações entre os “mais aderentes” e “menos aderentes”, quanto às seguintes questões: “Toma o medicamento sempre no mesmo horário”; “Providencia outra caixa antes da que tem em casa acabar”; “Toma os medicamentos mesmo quando a pressão está controlada”; “Deixou de tomar os medicamentos nos últimos 30 dias”. Em relação às possíveis causas da não-adesão, foi associado o fato do paciente ter medo de sofrer queda de pressão arterial após tomar os medicamentos. Além disso, também foram associadas as seguintes questões: “Tem dificuldades para lembrar os horários das tomadas dos medicamentos”; “Toma os medicamentos mesmo quando está se sentindo bem”; “Deixa de tomar comprimidos por conta própria”. Os dados apresentados evidenciam que a adesão ao tratamento farmacológico é um padrão de comportamento individual, que reflete as crenças e medos pessoais, em relação aos danos causados pela doença e vantagens do tratamento medicamentoso. Fator importante, que pode estar relacionado à faixa etária estudada, é o esquecimento das doses e horários dos medicamentos.

RABITO, Estela Iraci. **Estimativa do peso e altura corporal através de medidas antropométricas e bioimpedância elétrica**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. **Orientador:** Júlio Sérgio Marchini. 2004.

A avaliação nutricional e o acompanhamento do estado nutricional dos pacientes de uma instituição são fundamentais para o planejamento e avaliação do serviço nutricional oferecido. Dentre os métodos de avaliação, a antropometria é recomendada por ser fácil, rápida e segura para ser empregada. Dentre os dados mais comuns o peso e a altura costumam fundamentar a avaliação do estado nutricional, e fundamentam os cálculos da terapia nutricional e doses farmacológicas. Visto que, tais medidas são difíceis de serem realizadas em pacientes acamados, e que na literatura, as equações sugeridas para estimativa de altura e peso são baseadas em amostras de idosos. O objetivo deste trabalho foi de verificar a adequação destas fórmulas, e desenvolver equações apropriadas, para a população hospitalizada local. A metodologia utilizada para elaboração das equações preditivas foram a antropometria, dobras cutâneas, circunferências, comprimentos; e bioimpedância. Considerando que as formas de estimativa de peso e altura sugeridas na literatura apresentaram diferença significativa das medidas nesta amostra; e visando facilitar a metodologia de estimativa de peso, foram desenvolvidas quatro equações para peso e duas para altura. As novas equações parecem ser apropriadas, sendo a mais simples delas, para estimativa de peso, a equação: $\text{Peso (kg)} = 0,8956 (\text{circunferência do braço, cm}) + 0,3858 (\text{circunferência abdominal, cm}) + 1,1180 (\text{circunferência da panturrilha, cm}) - 31,759$ ($r = 0,88$ e $p > 0,05$); e $\text{Altura (m)} = 83,8750 - 4,3810 (\text{masculino} = 2 \text{ e feminino} = 1) - 0,0872 (\text{idade, anos}) + 1,0840 (\text{meia envergadura, cm})$, ($r = 0,86$ e $p > 0,05$). Sugerimos que estas equações possam ser utilizadas para estimar peso e altura de pacientes acamados.

SILVA, Maria da Consolação Queiroz da. Programa de assistência à saúde do idoso em Manaus em nível ambulatorial: uma análise crítica. 2004. Dissertação (Mestrado) – ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Orientador: José Luiz Telles de Almeida.

Este estudo tem como propósito analisar o Programa de Atenção à Saúde do Idoso - PASI, em nível ambulatorial, no município de Manaus, com base nas políticas públicas de saúde de atenção ao idoso do Ministério da Saúde do Brasil, por intermédio da visão dos gestores e dos usuários do PASI da Secretaria Municipal de Saúde. A amostra é composta pelos 54 usuários enquadrados nos critérios de inclusão e pelos 8 gestores. Foram utilizadas as entrevistas individuais semi-estruturadas e a pesquisa documental. Os dados foram transcritos na íntegra para um editor de texto recebendo exame minucioso através da técnica análise de conteúdo. Os resultados foram extraídos das entrevistas, perfazendo um conjunto de nove grandes temáticas, sendo cinco dos usuários: conhecimento do PASI, oferta organizada, acessibilidade profissional, autopercepção da assistência e melhoria da assistência e quatro dos gestores: política municipal, funcionamento do PASI, assistência integral e análise dos serviços. O conhecimento do PASI evidenciou programas assistenciais (consultas médicas, enfermagem e serviço social; complemento alimentar e medicamentos), atendimento prioritário, atividades extramuros e desconhecimento do próprio PASI. A oferta organizada destacou-se assistência médica, medicamentos, atividades extramuros e desconhecimento de ofertas. A acessibilidade profissional a equipe compreendeu médicos, enfermeiros, assistentes sociais, laboratoristas, agentes comunitários e dentistas. A autopercepção da assistência prestada destacou-se “bem atendido”. Para melhoria da assistência os idosos anseiam por mais médicos, remédios e complemento alimentar. Na ótica dos gestores, a política municipal referiu-se aos planos de saúde de 1999-2001 e 2002-2003. O funcionamento do PASI foi feito descritivamente. A assistência integral ao idoso é efetuada por programas e estabelecimento de parcerias. A análise dos serviços enfatizou-se programas oferecidos, necessidade de capacitação e falta de infra-estrutura. Os resultados obtidos evidenciaram a importância de pre-

parar-se qualitativa e quantitativamente para os vindouros perfis demográfico e epidemiológico da população, assim como rever ações e serviços atualmente ofertados aos idosos.





UnATI
UERJ

