

Velhice

✦ SAUDÁVEL ✦

múltiplos olhares e múltiplos saberes



Universidade Estadual de Santa Cruz

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

JAQUES WAGNER – GOVERNADOR

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

OSVALDO BARRETO FILHO – SECRETÁRIO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ

ADÉLIA MARIA CARVALHO DE MELO PINHEIRO - REITORA

EVANDRO SENA FREIRE – VICE-REITOR

Diretora da Editus

RITA VIRGINIA ALVES SANTOS ARGOLLO

Conselho Editorial:

Rita Virginia Alves Santos Argollo – Presidente

Andréa de Azevedo Morégula

André Luiz Rosa Ribeiro

Adriana dos Santos Reis Lemos

Dorival de Freitas

Evandro Sena Freire

Francisco Mendes Costa

José Montival Alencar Júnior

Lurdes Bertol Rocha

Maria Laura de Oliveira Gomes

Marileide dos Santos de Oliveira

Raimunda Alves Moreira de Assis

Roseanne Montargil Rocha

Silvia Maria Santos Carvalho

Raimunda Silva d' Alencar
Márcia Valéria Diederiche
(Organizadoras)

Velhice

✦ SAUDÁVEL ✦

múltiplos olhares e múltiplos saberes

Ilhéus - Bahia



Editora da UESC

2014

Copyright ©2014 by RAIMUNDA SILVA D' ALENCAR
MÁRCIA VALÉRIA DIEDERICHE

Direitos desta edição reservados à
EDITUS – EDITORA DA UESC

A reprodução não autorizada desta publicação, por qualquer meio,
seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

Depósito legal na Biblioteca Nacional,
conforme Lei nº 10.994, de 14 de dezembro de 2004.

PROJETO GRÁFICO E CAPA
Álvaro Coelho

REVISÃO
Genebaldo Pinto Ribeiro
Maria Luiza Nora

ILUSTRAÇÕES
 freepik.com

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

V436 Velhice saudável : múltiplos olhares e múltiplos sabe-
res / Raimunda Silva d'Alencar e Márcia Valéria
Diederiche, organizadoras. – Ilhéus, Ba : Editus,
2014.
172 p. : Il.

Inclui referências.

ISBN 978-85-7455-375-7

1. Velhice. 2. Velhice – Aspectos sociais – Brasil.
3. Envelhecimento. 4. Idoso – Condições Sociais.
I. d'Alencar, Raimunda Silva. II. Diederiche, Márcia
Valéria.

CDD 305.26

EDITUS – EDITORA DA UESC
Universidade Estadual de Santa Cruz
Rodovia Jorge Amado, km 16 - 45662-900 - Ilhéus, Bahia, Brasil
Tel.: (73) 3680-5028
www.uesc.br/editora
editus@uesc.br

EDITORA FILIADA À


Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Perfil dos Autores

Alda Britto da Motta, mestra em Ciências Sociais, doutora em Educação, Professora e Pesquisadora da UFBA, Membro de Corpo Editorial de Revistas Científicas no Brasil e no Exterior. Atua principalmente nos temas: velhice, gênero, educação continuada. Tem publicações de livros, capítulos de livros e artigos em periódicos nacionais e internacionais.

Alexandre de Oliveira Alcântara, mestre em Filosofia pela Universidade Federal do Ceará, onde defendeu a dissertação: *O elogio da velhice De Senectute de Marco Túlio Cícero*. Mestre em Direito pela Universidade de Fortaleza, onde defendeu a dissertação: *O direito fundamental à velhice digna: limites e possibilidades de sua efetivação*. Aperfeiçoamento em Direitos Humanos pelo Instituto Interamericano de Direitos Humanos (IIDH, Costa Rica). É Promotor de Justiça do Ministério Público do Estado do Ceará. É professor da Escola Superior do Ministério Público do Estado do Ceará (ESMP). Integrante da Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência (Ampid). Integrante, na condição de Conselheiro Suplente, do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), Brasília, gestão 2010-2012 e 2012-2014. Publicou, em coautoria, o livro *Pessoas idosas no Brasil, abordagens sobre seus direitos*, Edições Inclusivas, Brasília, 2009.

Benedita Edina da Silva Lima Cabral, pós-doutora em Ciências Sociais. Professora Associada da Universidade Federal de Campina Grande (Paraíba). Fundadora e membro do Programa Interdisciplinar de Apoio à Terceira Idade. Autora de artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, capítulos em livros e artigos em anais de eventos. Líder do Grupo de Pesquisas sobre Envelhecimento credenciado pelo CNPq. Parecerista *ad hoc* em periódicos das áreas das ciências humanas e do envelhecimento.

Carmen Maria Andrade, professora aposentada da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Coordena a comissão de implantação do mestrado na Faculdade Palotina de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Mestre em aconselhamento psicopedagógico. Doutora em educação, linha de pesquisa em educação, vida adulta e envelhecimento humano. Formação em Psicanálise pelo Instituto de Psicanálise de São

Paulo, São Paulo. Tem experiência com pesquisas em educação, envelhecimento e casas de repouso na Itália. Atua principalmente nos temas: vida adulta, educação escolar, velhice, qualidade de vida. É sócia fundadora da Associação Brasileira de Universidades Abertas à Terceira Idade. Fundadora do Núcleo Palotino de Estudos do Envelhecimento Humano. Integra a comissão editorial de revistas científicas brasileiras e estrangeiras.

Elisandro Machado, bacharel em Direito, pós-graduado em Segurança Pública e Direitos Humanos pela Faculdade de Direito de Santa Maria, pós-graduado em Gestão Pública Municipal, pela Universidade Federal de Santa Maria. Policial Militar, aluno do Curso Superior em Segurança Pública da Brigada Militar.

Joelma Batista Tebaldi, enfermeira, mestra e doutora em Educação, pesquisadora do Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Universidade Estadual de Santa Cruz. Membro da Comissão Editorial da Revista Memorialidades, da Universidade Estadual de Santa Cruz. Autora de artigos publicados em periódicos nacionais. Vice líder dos grupos de Pesquisa Velhice e Envelhecimento e Os Discursos da Saúde na Velhice, ambos credenciados pelo CNPq.

Karla Maria Damiano Teixeira, graduada em Economia Doméstica pela Universidade Federal de Viçosa, mestra em Economia Familiar pela mesma instituição e doutora em Ecologia Familiar pela Michigan State University, Estados Unidos da América. É professora associada do Departamento de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, Pesquisadora 2 do CNPq e líder do grupo certificado de pesquisa do CNPq “Famílias, Políticas e Gênero”. Suas pesquisas são na área de Economia Familiar, relacionadas à administração de recursos na família, responsabilidade social corporativa, inclusão social, geração de trabalho e renda, mercado de trabalho e envelhecimento.

Márcia Botelho de Oliveira, graduada em Economia Doméstica pela Universidade Federal de Viçosa e mestra em Economia Doméstica pela mesma Instituição. Atualmente é bolsista de apoio técnico (modalidade BAT I) no Departamento de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig). Atua principalmente nos seguintes temas: envelhecimento populacional, gênero e envelhecimento e solidariedade entre gerações. Também se interessa por estudos sobre consumo, cidadania e consumo e educação do consumidor.

Márcia Valéria F. Diederiche, professora adjunta na Universidade Estadual de Santa Cruz, graduada em Ciências Biológicas (Uesc), Especialista em Saúde Pública (Unaerp), Especialista em Perícia Criminalística (Acadepol), Especialista em Genética e Biologia Molecular (Uesc), Especialista em Medicina Legal (Instituto Nacional de Medicina Legal, Coimbra), Especialista em Gestão Estratégica em Segurança Pública (Academia da Polícia Militar/SSP/BA e Uneb), Mestra em Genética e Melhoramento Vegetal pela UFV (Viçosa, MG), Mestra em Biologia Celular pela Universidade de Coimbra. Doutora em Ciências Biomédicas/Genética Forense pela Universidade de Coimbra. Perita Criminalística no Departamento de Polícia Técnica (DPT/SSP/BA). Atua nas áreas das Ciências Biomédicas, Genética (Genética Forense e Genética Humana e Médica), Medicina Legal (identificação pelo dna) e Criminalística. É autora de publicações com os temas: populações brasileiras, genética forense, mtdna, str autossômicos, do cromossoma y e x e snps.

Maria Clara Câmera, psicóloga clínica. Especialista em Educação em Saúde. Atua como Terapeuta de Grupos, inclusive idosos, no Sistema Único de Saúde.

Monique Borba Cerqueira, pesquisadora científica do Instituto de Saúde do Estado de São Paulo. Doutora e pós-doutoranda em Ciências Sociais. Membro da Comissão Editorial da Revista Memorialidades, da Universidade Estadual de Santa Cruz. Autora de artigos publicados em periódicos nacionais e capítulos de livros. Membro de Grupo de Pesquisas do Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Universidade Estadual de Santa Cruz, cadastrado no CNPq.

Neuza Maria da Silva, graduada em Economia Doméstica pela Universidade Federal de Viçosa, mestrado em Educação do Consumidor, e doutorado em Economia da Família e do Consumidor, pela Purdue University, Estados Unidos da América. Atualmente é professora associada do Departamento de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa (UFV) e membro do Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos da UFV. Possui experiência em orientações de pesquisas relacionadas a transferências entre gerações, trabalho após a aposentadoria, educação do consumidor, consumo e qualidade de vida.

Nildo Manoel da Silva Ribeiro, fisioterapeuta, especialista em Neurologia Clínica. Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento. Coordena a Reabilitação Neurológica Adulta do Espaço Vida (Salvador). Coordena a pós-graduação em Reabilitação e o Núcleo de Pesquisas, da Faculdade Social da Bahia. É pesquisador da Universidade Federal de São Paulo. Autor de artigos publicados em periódicos nacionais.

Raimunda Silva d' Alencar, graduada em Filosofia, mestra em Sociologia Rural pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. É professora assistente e pesquisadora do Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Universidade Estadual de Santa Cruz. Autora do Projeto de criação da Universidade Aberta à Terceira Idade da Uesc. Sócia-fundadora e diretora de Ensino da Associação Brasileira de Universidades Abertas à Terceira Idade (Abrunati). Líder dos Grupos de Pesquisas *Velhice e Envelhecimento* e *Os Discursos da Saúde na Velhice*, ambos credenciados pelo CNPq e certificados pela Uesc. É autora de artigos publicados em periódicos nacionais, de livros e capítulos de livros.

Renato Mareto, graduado em Engenharia Civil pela Universidade Federal de Viçosa e especializando em Planejamento, Gestão e Controle de Obras pela Faculdade de Ciência e Tecnologia de Itabuna, Bahia. Atualmente é professor na Rede Cetep de Ensino e engenheiro civil da Valec Engenharia, Construções e Ferrovias S/A. Possui experiência com análises estatísticas quantitativas para pesquisas em ciências sociais.

Rita de Cássia da Silva Oliveira, doutora em Filosofia e Ciências da Educação e pós-doutora em Educação (Santiago de Compostela, Espanha). Gerontóloga pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Professora associada da Universidade Estadual de Ponta Grossa, nos cursos de mestrado e doutorado. Coordenadora da Universidade Aberta e Universidade Continuada para a Terceira Idade na Universidade Estadual de Ponta Grossa. É membro da Latin American Research Network on Ageing (Larna) do Instituto do Envelhecimento da Universidade de Oxford. Pesquisadora Produtividade do CNPq.

Silvana Maria Biascovi de Assis, mestra e doutora em Fisioterapia pela Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. Docente do curso de Fisioterapia e do Programa de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento (Mackenzie, São Paulo)

Vânia Beatriz Merlotti Herédia, mestra em Filosofia e doutora em História das Américas (Gênova). Professora Titular da Universidade de Caxias do Sul (RS). Pós-doutora em História Econômica (Pádua, Itália). Membro da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (RS) e do Instituto Histórico de São Leopoldo (RS). Autora de livros e artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais.

Verônica de Sousa Takashi Saito, especialista em nutrição clínica. Mestra em Microbiologia e Biotecnologia de Microrganismos. Docente da Faculdade de Ilhéus, Ilhéus, Bahia.

Wagner Augusto H. Pompéo, professor de Direito da Faculdade de Direito de Santa Maria, Rio Grande do Sul (Fadisma). Professor articulador do Núcleo Experimental de Webcidadania (NEW) da Fadisma, na área “Cidadania, saúde, bem-estar, segurança e trânsito”, e subárea “As potencialidades políticas de uma Santa Maria em rede: aproximando cidadãos do direito”. Pós-graduado pelo Instituto de Direito RS, Rede de Ensino LFG e Uniderp-ANHANGUERA. Discente do Programa Especial de Graduação para Formação de Professores para o Ensino Profissional e Tecnológico, no eixo de “Direito, gestão e negócios”, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). É Pós-graduando em Gestão Pública pela UFSM. Mestrando na área de concentração “Direitos Emergentes na Sociedade Global”, com ênfase na linha de pesquisa em “Direitos na Sociedade em Rede”, da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Bacharel em Direito, formado pela Faculdade Metodista de Santa Maria (Fames).

SUMÁRIO

[13]

Apresentação

Raimunda Silva d' Alencar
Márcia Valéria Diederich

[19]

O envelhecimento no Século XXI e os desafios das políticas públicas

Vânia B. M. Herédia

[29]

O futuro do envelhecimento no Brasil

Alda Britto da Motta

[45]

Abuso e negligência estatal contra o idoso – breve análise sóciojurídica

Wagner Augusto Hundermarck Pompéo
Elisandro Machado

[59]

O que pode a velhice? – Resignificações contemporâneas do envelhecer

Monique Borba Cerqueira

[75]

Abuso e negligência contra pessoas idosas

Alexandre de Oliveira Alcântara

[87]

Acessibilidade em lugares públicos e privados

Nildo Manoel da Silva Ribeiro
Silvana Maria Blascovi de Assis

[97]

Educação e cultura – o quê, para quê, com quem, onde?

Benedita Edina da S. Lima Cabral

[101]

**Estratégias para a reinvenção da velhice:
a educação e a cultura**

Rita de Cássia da Silva Oliveira

[111]

A saúde na velhice e a assistência em domicílio

Raimunda Silva d' Alencar

Joelma Batista Tebaldi

[127]

**Representações das pessoas idosas: uma
experiência a partir de Santa Maria, RS**

Carmen Maria Andrade

[139]

Cuidados nutricionais na velhice

Verônica de Souza Takashi Saíto

[151]

**Idosos no contexto das transferências
financeiras entre familiares**

Márcia Botelho de Oliveira

Renato Mareto

Neuza Maria da Silva

Karla Maria Damiano Teixeira

[169]

Sobre a inquietante finitude humana

Maria Clara Câmera



Apresentação

Mais de 24 milhões de brasileiros já têm mais de 60 anos e as estimativas assinalam ampliação contínua até 2050, quando alcançará 29% da população ou, simplesmente, 64 milhões de pessoas idosas. Os dados reafirmam que o Brasil não é mais um País só de jovens; os brasileiros nascidos recentemente e os que venham a nascer doravante terão uma expectativa de vida cada vez maior, ensejando longevidade crescente a cada intervalo de cinco ou dez anos; pelo menos é nisso em que se acredita quando se trabalha para melhorar a saúde, a educação e a qualidade de vida. Essa realidade também é aplicável à Bahia, cuja população idosa se aproxima do índice nacional e é o Estado brasileiro com o maior quantitativo de centenários.

Envelhecer é experiência heterogênea e irreversível, ainda que a ciência e a tecnologia possam retardar a sua visibilidade por meses ou anos. Os padrões de envelhecimento e as qualidades da experiência de envelhecer incluem, além do patrimônio genético, circunstâncias histórico-culturais, fatores intelectuais e de personalidade (emoção, intuição, sentimentos), que refletem os condicionamentos individuais e os da própria sociedade.

A expectativa de vida se estende gradativamente, registrando-se atualmente idade média superior a 74 anos para a população brasileira.

Nesta esperança, o envelhecimento se consolida e a sociedade cresce, muda, evolui. Com isso, a igualdade e equidade econômica e social passaram a ser buscadas por todos, inclusive pelo já idoso, que se torna cada vez mais visível e busca a conquista do respeito à sua identidade, social e culturalmente.

Envelhecer bem é um grande desafio e vem merecendo a atenção da Universidade Estadual de Santa Cruz há dezessete anos, que mantém, em sua estrutura, um Núcleo de Pesquisas em Envelhecimento e a Universidade Aberta à Terceira Idade.

A realidade dos mais de 400 municípios que compõem a estrutura administrativa do Estado, sejam eles pequenos, médios ou grandes, embora venha gradativamente sendo alterada, ainda é de uma precariedade singular. Essa precariedade se reflete nas mais diferentes situações, como as moradias, muitas delas sem água encanada, sem esgoto, sem coleta de lixo; no transporte urbano, ineficiente e inadequado; nas ruas sem pavimentação, que impossibilitam transitar sem riscos; na inexistência de espaços urbanos sensíveis às sociabilidades, que permitam ampliar as possibilidades de interação e a transferência de valores e tradição; na falta de equipamentos urbanos comunitários, inclusive para a prática do exercício físico, considerado um dos pilares da saúde; na baixa renda, pela precariedade do trabalho/desqualificação da mão de obra em etapas anteriores da vida, gerando um círculo vicioso para si próprio e para a economia local.

É preciso entender que a renda, oriunda da aposentadoria/benefício, deveria garantir ao idoso uma vida digna, pela contribuição que já ofereceu à sociedade em etapas pretéritas da vida. No entanto, muitos idosos precisam continuar trabalhando para complementar e garantir um padrão mínimo de sobrevivência.

O conceito de envelhecimento ativo, estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é muito mais amplo que, simplesmente, evitar doenças; além de desconstruir a velhice como prejuízo social, deterioração e perdas, propõe criar e aperfeiçoar as oportunidades do meio ambiente, da prevenção e promoção da saúde, do bem-estar, da interação e integração entre as pessoas, da participação, segurança e suporte social, entre outros. As oportunidades precisam ser universalizadas e acessadas por todas as pessoas, garantindo que os espaços criados tenham participação ativa e efetiva dos idosos.

Embora não seja tão fácil como pensa o imaginário social, é igualmente necessário que o Estado redefina o seu papel, requalificando as políticas públicas de assistência básica, especialmente para a população

mais carente, com todos os mecanismos técnicos (unidades básicas, estruturas hospitalares, leitos, medicamentos, assistência domiciliar, para aqueles que precisam, profissionais qualificados), incluindo ação efetiva e constante de promoção e prevenção à saúde para toda a população, independente da sua condição de renda.

O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e melhor para os idosos, inclusive aqueles que são frágeis e fisicamente incapacitados, que requerem cuidados, como também perspectivar aos jovens um planejamento de suas vidas com vistas a uma longevidade em melhor estado de saúde, educação, autonomia e qualidade de vida.

O envelhecimento ativo também exige respeito às leis de cuidado e proteção à pessoa idosa, ainda desconsideradas sistematicamente nas mais diferentes circunstâncias, seja no ambiente intrafamiliar e social, seja nas organizações públicas que têm o dever de cuidar do idoso enquanto cidadão. Um exemplo do desrespeito às leis está no Estatuto do Idoso, Lei 10.741 sancionada há mais de dez anos, mas letra morta flagrante em diferentes situações.

O gritante desse desrespeito é a dificuldade encontrada para o registro de nascimento de idosos que não o têm. As situações, que parecem inusitadas, são reais. As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), que na sua maioria sobrevivem da solidariedade, lutam para manter idosos sem quaisquer documentos, e os processos para obtê-los se arrastam na justiça de vários locais, sem solução. Sem documento civil, o Estado se exime de assegurar-lhes direitos constitucionais e legais, a exemplo da renda, seja de aposentadoria, seja de benefício da prestação continuada.

A promoção da saúde e a prevenção de doenças, que ilustram tantos discursos, o acesso aos serviços curativos, à assistência e orientação educativas constantes, os serviços de saúde mental, o combate ao tabagismo, o estímulo à atividade física e a disponibilidade de equipamentos para que isso ocorra nas cidades e nos bairros onde vivem, a orientação e disponibilidade de alimentos para uma dieta equilibrada, a saúde oral, a redução de obstáculos em casa e nas ruas para evitar quedas e suas consequências, a proteção e o apoio social a idosos fragilizados são alguns dos elementos que fazem parte das propostas do envelhecimento ativo, que também são abordados nos eventos que tratam da problemática.

Assim, para dar conta das diferentes situações que envolvem o envelhecimento humano e consolidar a interação e participação de

profissionais de diversas áreas do conhecimento na construção de uma velhice ativa para brasileiros e baianos, os eventos dos V Seminário de Pesquisas em Envelhecimento, III Simpósio sobre a Doença de Alzheimer e I Congresso Sulbaiano de Aposentados têm como tema central: múltiplos olhares e múltiplos saberes para a construção de uma velhice saudável, e foram realizados sob o patrocínio da Fapesb e da Universidade Estadual de Santa Cruz, através do seu Núcleo de Estudos do Envelhecimento, ligado ao Departamento de Filosofia e Ciências Humanas.

Inscreveram-se, nos referidos eventos, 736 pessoas, e participaram como convidados das discussões em conferência, palestras, mesas, painéis e sessões interativas, mais de 50 pesquisadores de vários estados brasileiros, como Bahia, São Paulo, Ceará, Brasília, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Paraíba, Paraná), envolvendo advogado, antropólogo, arquiteto, cardiologista, educador, enfermeiro, engenheiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, geriatra, musicoterapeuta, neurocientista, neurologista, nutricionista, promotor público, psicólogo, sociólogo, turismólogo, urologista, filiados a universidades públicas e privadas e a institutos de pesquisas, Conselhos Nacional, Estadual e Municipal do Idoso, Previdência Social, Unidades de Saúde, grupos de convivência de idosos das cidades de Ilhéus e Itabuna, empresas privadas de assistência à saúde da pessoa idosa, além de órgãos representativos de aposentados, como a Federação de Aposentados e Pensionistas da Bahia (Feasapeb), Confederação Brasileira de Aposentados (Cobap), Sindicatos de Aposentados e Pensionistas do Sul da Bahia (Sindapeb) e Instituto Movimento Nacional de Servidores Aposentados (Imosap), sediado em Brasília, Distrito Federal.

Esses convidados, além de intensa participação nas discussões em torno de questões que envolvem a velhice e o envelhecimento em todo o Brasil, têm suas produções acadêmicas constituindo uma parte significativa da produção brasileira na área.

A essência expressa nas palavras que norteiam o tema central dos eventos revela a preocupação em discutir os elementos condicionantes e determinantes de um envelhecimento ativo, conforme citado anteriormente, e apresentar propostas e ações concretas que incentivem o autocuidado, ressaltem a importância da implementação de projetos que estabeleçam laços sociais, ambientes interativos, sentimento positivo sobre si mesmo, além de perspectivar a consolidação das políticas públicas já existentes para melhor qualificar a velhice.

O evento temático sobre Alzheimer teve como propósito desmitificar a patologia pelo conhecimento e orientação de profissionais, cuidadores e familiares que trouxeram suas experiências para a mesa de discussão, com vistas a prevenir e minimizar os riscos e danos à saúde e à vida de idosos e de familiares.

Dos vários trabalhos inscritos, em resumo expandido, foram selecionados para apresentação 36 deles, em formato de pôster, avaliados por acadêmicos previamente indicados para tal finalidade, com local especificado e hora marcada, e presença do autor, condição para emissão de certificado. Esses resumos foram publicados em mídia CD, com registro no ISBN: 978-85-7455-325-2, e entregues a cada participante.

As discussões durante o V Seminário de Pesquisas em Envelhecimento, o III Simpósio sobre a Doença de Alzheimer e o I Congresso de Aposentados do Bahia, com total apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb) e da Universidade Estadual de Santa Cruz (Uesc), permitiram aos participantes correlacionar pesquisas nas áreas clínica e social, abrindo possibilidades não apenas para o conhecimento da sociedade, mas para novas abordagens e novas propostas nas áreas geriátrica e gerontológica.

Este livro *Velhice Saudável – múltiplos olhares e múltiplos saberes* tem como propósito divulgar o conjunto de temas debatidos por profissionais de diversas universidades brasileiras reunidos na Universidade Estadual de Santa Cruz durante a realização dos eventos acima elencados, no período de 24 a 26 de julho de 2013.

A todos os que participaram palestrando, apresentando trabalhos, debatendo, queremos agradecer, pelo muito que aprendemos, pelas amizades e laços construídos, pelas ideias e experiências compartilhadas.

Raimunda Silva d'Alencar e Márcia Valéria Diederich



O envelhecimento no Século XXI e os desafios das políticas públicas¹

.....
Vânia B. M. Herédia
.....

Nas últimas décadas, o tema do envelhecimento da população brasileira está em pauta. Os últimos censos demográficos demonstram as mudanças que a população brasileira sofreu nos últimos 60 anos. O objetivo deste estudo é trazer, para análise, as demandas decorrentes do processo de envelhecimento e os desafios que envolvem as políticas públicas, com vistas a refletir sobre os dilemas que o País enfrenta nesta área. Para muitos, o envelhecimento da população é um fenômeno natural com o qual a sociedade deve lidar para garantir que o mesmo aconteça da melhor maneira possível. Atenta a essas questões que envolvem o envelhecimento demográfico mundial, a Organização Mundial de Saúde redigiu um documento, em 2005, alertando os países sobre a necessidade de pensar o envelhecimento da população e adotar uma política de envelhecimento ativo.

.....
¹ Participação da autora no V Seminário de Pesquisas em Envelhecimento, III Simpósio sobre a doença de Alzheimer e I Congresso de Aposentados do Sul da Bahia, realizados no período de 24 a 26 de julho de 2013, pelo Núcleo de Envelhecimento da Universidade Estadual de Santa Cruz, em Ilhéus, Bahia.



Dessa maneira, a análise proposta neste espaço envolve a reflexão sobre os efeitos do envelhecimento populacional e os desafios das políticas públicas.

Envelhecimento populacional e as mudanças sociais

O aumento de idosos velhos, inclusive de centenários na sociedade, é uma constatação. A associação de idosos, sejam eles independentes ou dependentes, e o perfil sociodemográfico dessa população, impõem uma discussão mais efetiva, já que existem impactos dessas mudanças na sociedade, o que implica uma ação mais efetiva dos governos para enfrentar essas demandas.

Nos últimos sessenta anos, a população brasileira modificou de forma visível seu perfil. Essa modificação indica que algumas variáveis, que se mantinham como características do conjunto da população em décadas anteriores, se alteraram e, em consequência, tem-se uma distinta pirâmide etária de brasileiros. Mais mulheres, mais velhos, menos crianças, menos jovens, situações novas num país considerado, até então, jovem, mas que já dispõe de uma população de velhos, inclusive de velhos centenários. Constata-se que a população idosa cresce, e seu crescimento tem acarretado demandas derivadas das necessidades provenientes desse novo perfil.

No Brasil, a população idosa é considerada a partir dos 60 anos ou mais, e nos países desenvolvidos são acrescidos cinco anos a essa idade, julgando que as condições de vida adiantam o envelhecimento nos países em desenvolvimento. O envelhecimento, segundo Nunes (2004, p. 428) está “associado a um processo biológico de declínio das capacidades físicas, relacionado a novas fragilidades psicológicas e comportamentais”.

Essa definição chama a atenção para o fato de que o envelhecimento não se dá apenas no plano biológico, mas que uma combinação de fatores influencia-o, permitindo usar a idade para dividi-la em grupos de idosos jovens e idosos velhos, o que torna a idade uma variável que define diferenças entre os indivíduos e influi na análise dos dados.

Segundo Camarano e Pasinato (2004), a existência da heterogeneidade do grupo populacional considerado idoso e a demanda de políticas de proteção social são diferenciadas por subgrupo/faixa etária.

A heterogeneidade desse segmento pode ser analisada pela: faixa etária dos sessenta anos, dos setenta anos, dos oitenta anos, dos noventa anos e dos cem anos ou mais, pela autonomia e pelos tipos de dependência (vulnerabilidades e fragilidades que afetam os idosos) e pelas condições de vida (saúde, renda, instrução, estilo de vida). Chama a atenção que, enquanto as diferenças entre as faixas etárias não eram altas, constatava-se uma homogeneidade do grupo etário; entretanto, à medida que essas faixas se ampliam, também as diferenças aparecem com mais evidência.

O aumento de anos de vida para os idosos modifica a pirâmide social que, anteriormente, era medida pela faixa etária dos 60 anos ou mais. A inclusão e o detalhamento das faixas etárias até os 100 anos é uma demonstração do aumento da longevidade na sociedade atual.

O envelhecimento populacional, nos países em desenvolvimento, mostra que a sociedade não teve o tempo necessário para preparar-se para o envelhecimento dos seus cidadãos. A falta de preparação reflete que os mais idosos não dispõem dos serviços necessários, das instituições que amparam e asseguram o suprimento de suas dificuldades essenciais, e de famílias preparadas para o entendimento do que significa envelhecer. A rapidez com que a sociedade foi tomada pelo processo não lhe permitiu criar instituições que dessem conta das necessidades que afligem os idosos, o que envolve, inclusive, formação profissional, gestores de políticas públicas e sociais e a dimensão do que implica o processo de envelhecimento.

Para pensar as políticas públicas, é importante demarcar os grupos populacionais e identificar o grau de heterogeneidade, para saber quem precisa e do que precisa. Conhecer as características, as semelhanças e as diferenças de cada grupo é um passo imprescindível para elaborar políticas e estratégias de intervenção, já que propicia identificar os condicionantes e os determinantes das condições de vida e do estado de saúde da população em foco.

As políticas públicas devem tanto responder às demandas dos indivíduos que buscam o envelhecimento ativo como, também, tentar atender às necessidades daqueles em situação de vulnerabilidade trazida pela idade avançada (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 10).

As políticas devem reconhecer a heterogeneidade do segmento idoso e promover programas distintos para ele; oferecer suporte para

os idosos dependentes e frágeis e auxílio para aqueles que deles estão cuidando; promover uma educação para os profissionais que atuam na área, para que entendam o ciclo referente ao envelhecimento.

Entretanto, as políticas públicas reforçam a família como cuidadora dos seus idosos. Segundo Saraceno (2007), as políticas públicas dão por suposto que a família é que deve assumir as responsabilidades do bem-estar de seus membros, supondo que elas nunca falham. Essa autora diz que seu papel crucial é ser a “principal agência de produção do bem-estar” (2007, p. 249).

É importante avaliar que, com o crescimento do número de idosos em idade avançada, quando muitos chegam a essa idade, já perderam os filhos e precisam de suporte fora da família. Esse dado não pode ser menosprezado na agenda das políticas, vez que traz o questionamento de quem será o cuidador.

Será que as políticas familiares não estão direcionadas apenas a alguns grupos etários, como é o caso de apoio aos grupos mais jovens? É necessário criar apoio às famílias dos idosos, uma vez que o aumento dessa população prevê demandas que precisarão ser supridas (LEHR, 1999).

É verdade que o cuidado das famílias para com seus idosos, mantendo-os fora de asilos, deva ser apoiado pelas sociedades; é problemático elogiar este tipo de cuidado familiar como a única e melhor solução (LEHR, 1999, p. 16).

A política familiar negligenciou o idoso por muito tempo, entretanto, o “cuidado em família” de idosos foi uma forma barata que a sociedade encontrou para atender aos mais frágeis e dependentes.

Desde a Assembleia Mundial de Madrid, em 2002, vários avanços ocorreram nas políticas públicas sobre o envelhecimento. O plano de ação, baseado na participação ativa dos idosos, na promoção de um envelhecimento saudável e nas condições favoráveis ao envelhecimento conduziu a princípios que consideram que o envelhecimento populacional não é um processo que, necessariamente, esgota os recursos da sociedade, mas que pode estar integrado e associado a políticas de integração, de trabalho e de seguridade social. Outro dado importante é sobre o envelhecimento saudável, e implica a percepção de que são necessárias políticas que promovam melhorias na saúde em todos os ciclos de vida. Ainda quanto ao envelhecimento favorável, é preciso que as políticas assegurem uma solidariedade entre as gerações, a fim de garantir que as instituições cumpram seu papel. Entretanto, precisa-se continuar nessa direção.

Muito já foi feito, mas tem-se a impressão de que se está num período de espera. As dúvidas diante dessa situação serão devidas à espera de uma ação mais diretiva por parte do Estado, ou das instituições que lidam com as questões relacionadas a esse segmento da população?

Lehr sugere que uma política para o idoso deve atender a três itens:

a) manter e aumentar as competências de idosos a fim de prevenir a dependência e assegurar um envelhecimento saudável; b) estender e melhorar as medidas de reabilitação a fim de re-capacitar o idoso a uma vida independente; e c) resolver problemas do idoso frágil e dependente, resolver o problema do cuidado (1999, p. 32).

Essa autora estimula a pensar cursos de formação de cuidadores e atrelar essa formação a suportes que o Estado possa oferecer àqueles que necessitam de cuidados especiais.

Dessa maneira, as políticas devem reconhecer a heterogeneidade do segmento idoso e promover programas para idosos de forma distinta; oferecer suporte para os idosos dependentes e frágeis e auxílio para aqueles que deles estão cuidando; promover uma educação para os profissionais que atuem na área, para que entendam o ciclo referente ao envelhecimento.

A proposta de uma política de envelhecimento Ativo como solução para o envelhecimento futuro

O envelhecimento da população mundial é uma realidade. A população envelheceu em alguns países de forma muito rápida e, devido a esse processo acelerado, não teve tempo suficiente de preparar-se para o que vem junto com o processo de envelhecimento de uma população.

Segundo Kalache (2012, p. 6), as políticas públicas

não nascem no Estado. Elas nascem no berço da sociedade civil que, a partir das demandas levantadas na vida social, pressiona o Estado para ofertar políticas sociais que atendam às suas necessidades.

No final da década de 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo”, buscando incluir,

além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. A política do envelhecimento ativo envolve políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção das situações de violência familiar e urbana, o acesso a alimentos saudáveis e a redução do consumo de tabaco, entre outros, com vistas a um envelhecimento com mais saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2006).

O envelhecimento ativo é o

processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005, p. 13).

A política do envelhecimento ativo é adequada ao que se espera de uma sociedade que prima pelos cuidados com a vida de seus cidadãos; entretanto, não pode ser mais um discurso. Para realmente se efetivar, a sociedade precisa conhecer seus grupos etários e demarcar as necessidades de cada grupo, assumindo as ações para que sejam efetivadas as diretrizes determinadas pela própria política.

É reconhecida a necessidade de otimizar os recursos disponíveis para investimentos na saúde do idoso, por meio de um planejamento eficiente e pelo estabelecimento de prioridades. A maioria das doenças crônicas que acomete o indivíduo idoso tem, na própria idade, seu principal fator de risco. A presença de uma doença crônica não significa que o idoso não possa gerir sua própria vida e cuidar-se de forma totalmente independente. Desta premissa vem o conceito de capacidade funcional, ou seja, a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma.

Do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso. Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devem objetivar a melhoria da capacidade funcional do idoso ou resgatá-la o máximo possível. A promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional dos indivíduos idosos, no maior tempo possível, são os principais focos da política do idoso propostos pelo Ministério da Saúde, de forma a dar-lhes maior autonomia e independência física e mental.

Giacomin (2012, p. 31) confirma

o caráter intersetorial das políticas públicas necessárias para apoiar as pessoas idosas, especialmente aquelas que não envelheceram de modo independente e que convivem com a incapacidade.

Isso significa que o idoso frágil precisa de serviços que, mesmo previstos em lei, não estão à disposição da população idosa.

Considerações finais

Reconhece-se que houve melhorias na vida dos idosos, nas condições de saúde, no aumento da conscientização de cuidados ao longo dos ciclos vitais. Entretanto, continuam a existir problemas na integração dentro da família, apesar da pressão sobre a mesma para solucionar alguns problemas sociais. A violência tem aparecido como resultado desses conflitos que ocorrem nas relações interpessoais na vida familiar.

A sociedade não conseguiu modificar a visão estigmatizada que existe sobre o idoso, apesar de terem sido tentadas outras percepções, fazendo acreditar que esta seria a melhor idade.

O idoso continua sendo discriminado, segregado, ao invés de a sociedade se preocupar em promover sua integração. Um dos grandes desafios para os mais longevos é o da dependência física, que consiste na necessidade de receber ajuda, de forma concreta, para poder se manter vivo. Esse desafio traz outro que envolve a necessidade de manter a identidade e poder se satisfazer nas relações de troca recíprocas, livremente aceitas e não impostas pela necessidade, sem perder a dignidade.

O problema pode estar na perda da identidade manifestada quando da perda da autonomia. A possibilidade de tomar decisões, mesmo que não consiga realizar aquilo que decide, dá sentido ao destino e à escolha do tipo de vida. Perder esse domínio pode representar a perda da identidade. Muitos idosos entregam esse poder de controle aos outros, quando percebem que estão limitados. Entretanto, a consciência do limite não significa a perda total do que foi a sua vida e do que pode ser a partir da nova condição. O conhecimento das vulnerabilidades pode ajudar as famílias a manterem seus idosos ativos, mesmo que estejam no seu limite funcional mas que, mentalmente, consigam expressar suas vontades.

A caminhada da população envelhecida traz muitas incógnitas, pois as demandas postas precisam de soluções passíveis de ser executadas, e as políticas públicas precisam ser colocadas em prática, a fim de garantir o mínimo de condições dignas aos velhos.

Referências

BALTES, P. de; SMITH, J. New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. **Gerontology**, [s.l.], v. 49, n. 2, p. 123-135, Mar.-Apr. 2003.

BARRETO, S. M.; GIATTI L.; KALACHE, A. Gender inequalities in health among Brazilian older adults. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 16, n. 2, p. 110-117, Aug. 2004,.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da população idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Gabinete do Ministro da Saúde. Portaria n. 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 237-E, 13 dez. 1999. Seção 1. p. 20-24

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. e. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? In: CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

COSTA, M. F. F. L. et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico SUS**, Brasília, DF, v. 9, n. 1, p. 43-50, mar. 2000.

GIACOMIN, K. C. Envelhecimento populacional e os desafios para as políticas públicas. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C.(org.). **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.

HERÉDIA, V. B. M.; CASARA, M. B.; CORTELLETTI, I. A. Impactos da longevidade na família multigeracional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1. p. 7-29, jan.-abr. 2007.

LEHR, Ú. A revolução da longevidade: impactos na sociedade, na família e no indivíduo. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 1999. v. 1.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, jun. 2003.

NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, M. A. (org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60**. Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

ROSA, T. E. C.; BENICIO, M. H. A.; LATORRE, M. R. D. O. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, fev. 2003.

SARACENO, C.; NALDINI, M. **Sociologia della famiglia**. Bologna: Il Mulino, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Contijo. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. **Women**. Ageing and health. Achieving health across the life span. Geneva: [s.n.], 1998.





O futuro do envelhecimento no Brasil¹

.....
Alda Britto da Motta
.....

Realizar uma análise que se projete em direção ao futuro, que procure, de alguma forma, prevê-lo, não deixa de ser um desafio, mas constitui-se, ao mesmo tempo, em exercício de humildade, pela possibilidade da experiência de insucesso relativo, pois todas as previsões e projeções sociais são sempre desbancadas pelo permanente e sempre surpreendente dinamismo da vida social, que vem demonstrando, por exemplo, a inutilidade de boa parte dos passados temores malthusianos de superpopulação. O que encontramos hoje é um grande número de países com baixas taxas de fecundidade, com perigo de não reposição populacional; ou, por outro lado, uma expectativa de crescimento da população idosa para o ano 2020 que já está sendo alcançada.

Uma dificuldade inicial prende-se à própria delimitação do campo de análise: o futuro será, já, daqui a um ano; mas estender-se-á,

.....
¹ Este artigo constitui-se uma versão atualizada do texto “A Constituição do Poder dos Idosos no Século XXI”, publicado in GICO, Vânia; SPINELLI, Antônio; VICENTI, Pedro (org.) *As Ciências Sociais: desafios do milênio*. Natal: EDUFRRN: PPGCS, 2001.



também, pelo tempo afora... Diante disto, inumeráveis mudanças e combinações de eventos figuram como possíveis, especialmente em uma sociedade de acelerado desenvolvimento tecnológico e contraditório esvaziamento de procedimentos de bem-estar social; de mega estruturas econômicas e políticas compensatórias, fracionamentos em estruturas locais e de pequenos grupos; a sociedade da globalização e, ao mesmo tempo, das “tribos”, conforme Maffesoli.

A tarefa de pensar o envelhecimento numa perspectiva de futuro não parece difícil somente para mim. Nem tão recentemente, já escrevia Langevin (1997, p. 40):

O envelhecimento coletivo encontra-se no âmago de uma mutação tão importante e tão rápida, que envelhecer, na aurora do século XXI, constitui-se em uma experiência coletiva cujo perfil ainda se desenha com dificuldade. O processo está bem implantado, mas as imagens culturais do declínio e da decrepitude do fim da vida ainda pesam sobre as mentalidades, embora muitos dos discursos dominantes, que até então propunham marcos classificatórios, tenham se desestabilizado, e estejam em busca de novas racionalidades para reconstruir as normas das relações entre as idades (tradução nossa).

Proponho, então, como recurso, algum exame das condições atuais dos idosos neste momento, como indicadoras de tendências de possível configuração pelo menos em um futuro próximo, lembrando que o ponto de partida de qualquer reflexão sobre a vida social dos idosos será sempre o das relações históricas entre as gerações, situadas em determinados contextos sociais.

Importante pensar-se, inicialmente, sobre a participação social do segmento idoso na sociedade: se os velhos tiveram, realmente, poder e autoridade no passado, como se costuma mitificar, se e quando deixaram de ter, que lugar social tiveram, que movimento de categorias e classes sociais na história propiciou essas mudanças e as relações atuais de que eles participam. Sabe-se que os velhos, pela experiência acumulada e sua condição social de história viva, memória e oralidade, sempre participaram das estruturas de poder das sociedades, mas a diferença em relação à organização social moderna possível é que aquele poder era individualizado, ou restrito a número muito pequeno de pessoas. Hoje os velhos mantêm-se, evidentemente, em suas diferentes posições de classe, mas, ao mesmo tempo, vivem a situação

nova de intenso crescimento populacional e de partilharem uma imagem social e formas de ação enquanto segmento ou grupo geracional. Por isso, no presente e para o futuro, as possibilidades se ampliam e se encaminham em direção ao coletivo. O novo ator social em construção é necessariamente coletivo.

Trata-se, realmente, de uma nova e radical situação, a de poderem ser pensados como coletivo e dinâmico, não mais apenas como avós, individualizados em cada família; ou como “inativos”, individualizados em sua marginalização e carência econômica; nem como asilados, cada um depositado no limbo das instituições de “repouso” e esquecimento, que hoje ganharam uma designação engraçadinha, instituições de longa permanência para idoso (ILPI).

Outra imagem está sendo construída e sobre ela as referências são dinâmicas, direcionadas a um segmento plural, de participantes de grupos e até de movimentos organizados, como o dos aposentados.

Os idosos, na modernidade ocidental, não podem mais ser vistos apenas como coletivos demográficos, simples coortes, como comumente são tratados, ou somente grupos de indivíduos em determinadas situações de classe. Sua atuação, real ou possível, ultrapassa a sua restrita capacidade tradicional como contingente populacional; atinge o enfrentamento de outros grupos de idade por benefícios ou direitos sociais, e vai-se consolidando, à maneira dos movimentos sociais contemporâneos, em um processo de construção de identidade coletiva de idade/geração, gradativamente pluriclassista, para um enfrentamento por direitos junto ao Estado.

Para esta e várias outras ações, os idosos têm-se reunido em grupos, associações e fóruns, por iniciativa própria, por sugestão ou iniciativa de variados profissionais, em programas de âmbito público governamental ou privado empresarial. Os mais bem sucedidos desses grupos, com uma clara definição política, mais próximos desse modelo de movimento social, são os de aposentados e pensionistas. Sua luta, que se circunscrevia, inicialmente, apenas à sua situação de ex-trabalhadores, foi-se ampliando para uma reivindicação por direitos básicos de cidadania para todos os mais velhos. Os resultados, já começamos a ver, com o Estatuto do Idoso e os fóruns estaduais e municipais, constituídos, em grande parte, para garantia de viabilização do Estatuto.

Outros grupos de idosos e idosas, principalmente de idosas “jovens”, se constituíram desde a década de 90 do século passado, e continuam crescendo. Com objetivos referentes à sociabilidade, ao lazer ou à cultura, como clubes da “maior idade”, centros de convivência,

programas e “universidades para a terceira idade”, não se propuseram, inicialmente, a discutir questões de cidadania. Ofereceram algumas formas de lazer organizado, incluindo viagens, encontros festivos de companheirismo, informação cultural, sugestões de oportunidades para fazer o que antes não tinham tido a possibilidade, e até “elaborar um novo projeto de vida” (BRITTO DA MOTTA, 1996, 1999).

Entretanto, o simples fato de frequentar reuniões regulares de pessoas que compõem um segmento social habitualmente disperso e socialmente desprivilegiado, com atividades lúdicas e culturais, desenvolvendo laços de sociabilidade, leva-os a lembrar que estão vivos e capazes de prazer e realização. A se (re)conhecerem. E a poderem pensar sobre cada companheiro(a), à maneira do poeta, “mon semblable, mon frère”. As condições continuadas de atividade e os encontros, de sociabilidade amiga e prazerosa nos grupos, vêm também propiciando o que instituições e agentes de gestão da “terceira idade” (LENOIR, 1979) não previram: uma identidade geracional ou, pelo menos, uma identidade coletiva de idosos que, por essa via, ainda não é de caráter político no sentido estrito do termo, mas pode chegar a ser, como demonstram cenas como a de uma senhora desfilando em festa cívico-popular, na rua, com alegria e vigor e dizendo ao repórter: “Vim mostrar o que o velho pode!”

A experiência do idoso neste século XXI está-se construindo realmente por aí, pela formação dessa identidade coletiva, que possa ir da plena consciência das dificuldades e dos obstáculos que surgem na vida dos mais velhos, até o sentido e esforço de união e luta coletiva na sociedade, até o sentido e esforço de união e luta coletiva por participação mais plena e por seus direitos sociais.

Não é um caminho rápido, nem fácil, inclusive porque esse segmento é, sabidamente, heterogêneo. Constituído pela articulação de identidades sociais de diferentes dinâmicas – sexo/gênero, classes sociais, raças/etnias, hoje até gerações, (os velhos “jovens” e os muito velhos) -- em muitos momentos representam estas localizações sociais, diferentes e até conflitantes interesses. Entretanto, na medida em que os idosos crescem em número e vão sendo considerados, pela sociedade, como um coletivo indesejável, e clara ou sutilmente postos à margem, ao mesmo tempo existem e se reconhecem como coletivo de dinamismo possível, têm o terreno propício para, vivenciando aquela experiência, unidos nessa áspera semelhança, construir uma reação, caminho seguro para tornarem-se atores políticos.

Como expressa Debert (1996, p. 43),

O próprio da criação de um ator político é o estabelecimento de laços simbólicos capazes de forjar uma identidade entre indivíduos que sob uma série de outros aspectos são heterogêneos.

E esses laços já estão existindo, sendo construídos em torno da união contra os desfavores, o preconceito, mas ao mesmo tempo na celebração de estarem vivendo “uma grande experiência”, “um novo tempo”, como vi expressarem participantes de um grupo em momento de entusiasmo. Portanto, um novo ator político está se construindo.

Diante das numerosas, rápidas, e até radicais transformações do presente – científicas, mas também nas relações humanas – que tipo de idoso estamos tendo, neste começo do século XXI, que nos indique o que ele poderá tornar-se mais adiante?

Vejamos como se situam em alguns campos cruciais da vida social.

Para começar, o mercado de trabalho. O velho ainda é, por definição social, o “inativo”, o aposentado, afastado, até por imposição legal, do mercado de trabalho. Se, excepcionalmente, continua nele, seu trabalho ainda é considerado socialmente ilegítimo, porque estará “tomando o lugar dos jovens”.

Socializado, como todos, para pertencer ao mundo do trabalho, com suas horas do dia organizadas em função da jornada de trabalho, numa sociedade em que, há algum tempo atrás, não apresentar carteira de trabalho assinada era sinal de malandragem e motivo até para prisão, toda essa engrenagem é bruscamente desativada com a aposentadoria. Como não sentir-se desamparado e, de alguma forma, desorientado?

É aí que ocorre, em contrapartida, o próprio movimento atual da sociedade inclusiva, do capitalismo global, do desemprego “estrutural” – já que não há emprego para todos, os valores têm que mudar: quanto à participação no mercado de trabalho; quanto às exigências do tipo de trabalhador a pleitear o emprego, ou a aceitar as condições do mercado; e também quanto à avaliação moral dos que não estão “ativos”. A sociedade vai tendo que abandonar a visão do trabalho como valor principal, a maneira do trabalhador manifestar sua própria vida, deixando de ser “a sociedade do trabalho” (MARX apud OFFE, 1989) e tornando-se a sociedade do investimento crescente no lazer. Ao mesmo tempo, as oportunidades de emprego vão-se estreitando também quanto às condições de exercício e recompensa: jornada mais curta e menor salário, trabalho temporário, menos direitos sociais. E o trabalhador adequado será aquele com escolaridade e qualificação cada

vez mais altas e uma série de condições de comportamento ligadas à “inteligência emocional”.

Refletindo sobre essas novas condições da vida social, em trabalho anterior, Britto da Motta (1997, p. 139) concluía:

e para os velhos pode ir ficando até menos difícil, não apenas pela atual demonstração de dinamismo que vêm dando, [...] mas também porque o movimento da sociedade se faz, cada vez mais, no sentido de aproximar e assemelhar segmentos sociais cada vez maiores, daquele modelo de ‘inatividade’ e centralidade no lazer que restou para os idosos que vivem há bem mais tempo como espécie de “sociedade parcial”, ou à parte, que não se define pelo trabalho (grifos do autor e nossa).

Poderia acrescentar, ainda, diante da continuidade de notícias sobre a participação regular dos idosos no mercado de trabalho no Brasil, que também categorialmente o idoso, o aposentado que retorna à produção, ou até a dona de casa que antes não trabalhou remuneradamente e faz sua estreia laboral, aproximam-se do trabalhador desenhado pelo mercado.

Em entrevistas e reportagens sobre oportunidades de emprego para os de mais idade, empregadores continuam a referir as características desejadas e encontradas nos novos/velhos trabalhadores: paciência, experiência, habilidade para se relacionar, empenho em investir na oportunidade de trabalho e até fidelidade ao emprego. Por outro lado, esses empregos são geralmente temporários, com remuneração variável. Então, aproximam-se ou não das prescrições ideais já definidas pelo empregador atual?

Da parte dos idosos, o retorno ou a permanência no mercado de trabalho encerra vários significados: além da evidente melhoria do orçamento doméstico, também a mudança da imagem social de inatividade, até o alcance de realizações não imaginadas. Dois exemplos são modelares:

Dulcinéia, 72 anos:

viúva há 17 anos, mãe de seis filhos, com onze netos e um bisneto. Entrou para um curso de modelo e manequim da terceira idade e acabou cadastrada no banco de dados da escola. Depois de inúmeros desfiles, [...] ela garante que o que também importa muito é a realização pessoal: – ‘Além

de ajudar no orçamento, a gente recupera muitos dos sonhos que acabou deixando para trás’ – diz Dulcinéia, que em um desfile ganha o mesmo que recebe mensalmente da pensão do marido” (TRABALHO...,1998, grifo nosso)

Para o economista aposentado Jacob, 58 anos, além do rendimento do trabalho de figuração e garoto propaganda, “com muitas oportunidades de trabalho e ganhos razoáveis, no entanto importa muito a chance de fazer novos amigos” (TRABALHO..., 1998).

Continua sendo um caso, bem atual, o do jornalista aposentado Luis Arthur Toríbio, 63 anos, que recebe benefício da previdência social, mas continua trabalhando como *freelancer* para empresas de publicidade do Rio de Janeiro.

Continuo trabalhando, porque o que recebo da minha aposentadoria só cobre o aluguel, despesas de condomínio, luz, água, essas despesas de casa e o custo de vida aqui [Rio de Janeiro] é muito caro. Então trabalho para manter o padrão de vida que tinha antes de me aposentar (TRABALHO..., 1998).

explicou, ao declarar que pretende trabalhar durante muito tempo ainda. “Porque preciso e também porque gosto muito do que faço” (VILLELA, 2013, p.1).

Importa assinalar, aliás, que também faz parte desse movimento a capacidade de iniciativa e inovação existencial dessas pessoas, e sua sintonia com o meio social. Por outro lado, algumas das oportunidades e características desse recente crescimento da reincorporação dos idosos representam também meios de realização da exploração do capital sobre esses trabalhadores. Curiosamente – mas ao mesmo tempo, sem surpresa – as expectativas e exigências postas sobre esses velhos/novos trabalhadores se assemelham, também, àquelas esperadas das mulheres trabalhadoras em passado ainda relativamente recente: paciência, docilidade, dedicação, não exigência de contratos ou assinatura em carteira de trabalho, aceitação de salários menores do que os de outros trabalhadores, não sindicalização. Ao mesmo tempo, contabilizam-se outros proveitos para os empregadores, como o fim dos encargos inerentes à vida reprodutiva (o grande “ônus” em relação às mulheres), não pagar vale-transporte, porque este é gratuito depois dos 65, e até contar com a expectativa

de maior rapidez nas filas especiais para idosos nos estabelecimentos bancários. Para viabilizar isso, foram inventados personagens, como os “*office* velhos” (MAINSONAVE, 1998, p. 3).

Este é um campo novo para reflexão, particularmente dos idosos nos seus grupos. De todo modo, se a industrialização capitalista é a maior responsável pelo descrédito dos velhos como trabalhadores, não é de surpreender se, no decorrer da fase pós-industrial, outros ramos de trabalho, outros tipos de qualificação exigidos, houver alguma abertura para eles.

Resta, ainda, outra discussão que é raramente feita: o caso do trabalhador ainda não aposentado, mas que já é definido pelo mercado, e pelos colegas jovens, como “idoso”: certeza de conflito de gerações no trabalho. (GRUN, 1999). São indispensáveis pesquisas sobre esse problema.

A participação do idoso no mercado não se dá apenas pela produção, evidentemente, mas também pelo consumo. E, neste ponto, com suas aposentadorias e pensões, eles estão cada vez mais presentes, cortejados e instados a ser usuários de produtos, serviços e equipamentos “bons para a terceira idade” (BRITTO DA MOTTA, 1998). Este é outro importante campo para uma reflexão coletiva.

Diante desses fatos atuais, que perspectiva haveria para o futuro? Provavelmente nenhuma muito otimista. Os modos de reprodução social vindouros ainda são uma incógnita. Nas famílias, há jovens que não conseguem emprego, adultos plenos perdem os que tinham, há um rateio familiar de recursos para a sobrevivência, e grande parte da manutenção de todos está ocorrendo exatamente pelos rendimentos, ainda quando parques, dos seus velhos aposentados ou pensionistas (BRITTO DA MOTTA, 1998). Ora, se está ocorrendo, cada vez mais uma diminuição do emprego formal, se mantido um quadro dessa natureza, o que é previsível, também haverá menos “benefícios” futuros para socorrer a família. A previdência privada, crescentemente estimulada, estará, finalmente, desempenhando um papel a que sempre se propôs e jamais cumpriu? Haverá apoio governamental sistemático que não apenas ofereça alguma qualificação ou geração de renda para ajudar na sobrevivência, mas tenha um real controle do setor de seguridade social? Que constitua, realmente, um processo de proteção social? Difícil. O que se tem hoje, proposto pelo Estado, no Brasil, é a centralidade na Assistência, mais que na Previdência. Um retrocesso em termos de direitos sociais. Como analisaram Delgado e Villa-Flor (2012, p. 78), trata-se da “contraposição entre direitos do trabalho e direitos assistenciais”.

Aí, como em vários outros aspectos da vida social, a consciência da situação e a vigilância dos idosos como atores sociais (e políticos) têm que ser firmes. Que não apenas as aparentes benesses do Estado e as leis do mercado estejam a reger as suas vidas; que se reúnam em organizações que possam contrapor-se às ações privadas (das empresas) e às políticas públicas que não atendam às suas demandas e necessidades, ou que os prejudiquem. Esse é o caminho possível, mas ainda apenas entrevisto, para o decorrer deste século XXI. Participação efetiva nos Fóruns e Conselhos de Idosos apregoados desde a socialmente pouco eficaz “Política Nacional do Idoso” e em tentativas diferenciadas de funcionamento e fazer valer, em cada ação, o Estatuto do Idoso. Formação de outros grupos (ONG) que definam canais de comunicação e instrumentos de pressão social e política suficientes para resguardar os seus interesses, tendo sempre no horizonte que, no caso brasileiro, que não é somente brasileiro, quase todos os segmentos sociais são, de alguma forma, desprotegidos. Apenas os mais velhos são o objeto menor das políticas sociais, e o maior do exercício de preconceito.

Ao mesmo tempo, essa desproteção tão generalizada de outros segmentos sociais traça o quadro difícil da possível competição, entre todos, pelos recursos porventura existentes. O que já vem sendo apontado e quase estimulado pelas discussões refere-se a uma suposta “iniquidade geracional”, com também supostos privilégios concedidos aos idosos pelo Estatuto do Idoso. Poderá, em contrapartida, essa situação desanimadora contribuir para acelerar o processo, em curso, de formação da identidade coletiva de idosos que vimos referindo?

Outro campo crucial é o espaço social onde, de qualquer forma, há uma razoável abertura. A imagem social dos idosos vem sendo desenhada, de forma mais positiva, exatamente pela referida participação pública ou semipública em grupos, e principalmente nas lutas do movimento dos aposentados. A mídia tem sido fundamental nesse processo de percepção e comunicação social, trazendo-a constantemente à pauta, documentando-a abundantemente, muito bem nas imagens, embora nem sempre no conteúdo dos textos.

Essa nova figura do idoso vem se refazendo também a nível mais individualizado, na esfera privada, quando parentes e amigos mais jovens percebem a transformação vivificadora dos seus velhos, que participam de atividades extra-familiares nesses grupos: mais alegres e esperançosos, e até mais saudáveis. São inúmeros os depoimentos (BRITTO DA MOTTA, 1999):

- “Tenho alegria para viver, satisfação de conversar com as colegas, conhecer pessoas...” (Sr^a E.S., 68 anos).
- “Tenho que vir para as reuniões e deixar tudo pronto em casa. Até que eu gosto. Melhorei do reumatismo, porque comecei a andar, e me desenvolvi bastante” (Sr^a M., 62).
- “Minha mãe mesmo, na minha idade não estaria aqui. Ela diria: ‘não tenho mais idade para isso’ ”(Sr^a H., 59 anos, grifo do autor).
- “Nós estamos avançando dentro da sociedade, mesmo encontrando barreiras impostas pela própria sociedade, como ‘já está velho para determinadas coisas’ ” (Sr. O., 62 anos, grifo do autor).

As idades variam; a grande maioria, nos grupos, é de mulheres, mas o entusiasmo é o mesmo entre os dois sexos, embora mais forte nelas. Afinal, como idosos, vivem, realmente, um tempo novo, porque são considerados, pela primeira vez, um coletivo social de algum dinamismo, e têm a oportunidade de viver a velhice em outro “clima” emocional: lazer, novas informações, outros trabalhos ou atividades de produção... como se, de repente, ganhassem um tempo para refazer a própria vida, à maneira expressada, desejada no conhecido poema de Borges.

Além disso, no atual momento de desemprego crescente, os idosos dispõem, frequentemente, com seus “benefícios” de aposentadorias e pensões, de uma renda mais regular e segura do que muitos dos seus parentes das gerações mais jovens – ou dispõem, até, da única renda na família (BRITTO DA MOTTA, 1998). Evidente que sua posição na família e na comunidade pode tornar-se outra, mais afastada do tratamento preconceituoso que tem sido o tradicional para os velhos nas sociedades capitalistas ocidentais, cuja marginalização social foi construída em função do seu afastamento do mercado de trabalho, pela aposentadoria; embora, também, por esse preconceito, que talvez só o medo da dissolução – física e social – e da morte, pode explicar (BRITTO DA MOTTA, 1994).

Ao mesmo tempo, delinea-se, nesse mesmo espaço de vida, uma nova pressão familiar sobre esses idosos provedores, no sentido de direcioná-los para um tipo de consumo que sua geração não valoriza e que seus rendimentos talvez não comportem, o que tem se tornado motivação para conflito e até ações violentas contra os idosos, por parte da família (BRITTO DA MOTTA, 2009).

Um outro fator novo que se delineia, paralela e não contraditoriamente a esses recentes e prementes exercícios de solidariedade e de conflito entre as gerações, e com a autonomia maior dos mais velhos, é a gradativa perda da centralidade da família nas suas relações sociais. Essa atual família-em-mudança conserva toda a importância afetiva, além das trocas econômicas, mas vai deixando de ser, como expressou Jelin (1994), uma instituição total, firmando-se, cada vez mais, como vínculos familiares. Apesar da exceção relativa dos muito idosos necessitados de acompanhamento de cuidados cotidianos, a revolução em curso, dos idosos, é sobretudo um movimento geracional, partido de fora das relações de parentesco. Um processo liberador e autonomizador.

Um terceiro campo crucial centra-se na força política. Venho falando, como todos, no dinamismo atual dos idosos, e como esse dinamismo, aliado à força que o sentimento coletivo de identificação está construindo, produz uma nova imagem social dos velhos, como grupo social, que é revolucionária. Eles também têm novos direitos sociais, de acordo com a Constituição de 1988, um amplo plano de ação governamental, desde 1996, com a “Política Nacional do Idoso.” E, enfim, desde 2003, um Estatuto do Idoso. Não obstante, ainda estão discriminados socialmente. Persiste um projeto subliminar de preconceito e cerceamento que se constitui em real exercício de violência simbólica (BOURDIEU, 1989) contra os mais velhos. Se não, vejamos alguns casos: além das já conhecidas filas em bancos para receber seus “benefícios”, e do atendimento insuficiente ou inadequado por parte dos serviços de saúde, essas agressões cotidianas são agora cada vez mais ampliadas em ações violentas como o assalto apelidado “saidinha bancária” e os empréstimos consignados fraudulentos (BRITTO DA MOTTA, 2013), além de outros cerceamentos que atingem a “alma”. Entre eles:

Obrigatoriamente afastados do mercado de trabalho aos 70 anos. (aliás, no caso de empregos públicos; nas empresas privadas isso ocorre muito mais cedo). O cidadão (?) pode estar em plena pujança de vida, mas tem que parar. Pode-se argumentar que grande parte não vai até lá. Sim, mas deve haver o direito. O mais comum: através dos disfarces, ou mais claramente, diante da lentidão dos poderes públicos e da inércia da sociedade civil – e, algumas vezes, da desinformação dos próprios interessados – têm o acesso impedido, ou são descartados, da maioria dos empregos, muito antes dessa idade. Empresas privadas declaram, candidamente, e a mídia encampa, que é “Para oxigenar a produção” (FUTURO..., 1994, p. 85).

É inconstitucional, mas ainda assim até recentemente não tinham direito, na prática, a empréstimos bancários ou a compras a prazo, ainda que em um tempo muito curto, de bens mais onerosos, como casas ou carros. Não valiam sequer pelos rendimentos que podiam comprovar – “valendo” pelo presumido tempo de distância da morte que teriam. (Como se não morressem também os jovens). Ao mesmo tempo, continuam cotidianamente postos em ridículo – velho é sempre “engraçado”, “esclerosado”. Ri-se para não punir essas “crianças” feias. Poucos se dirigem a eles, e um número menor ainda têm interesse ou paciência de ouvi-los. Passaram recentemente a valer um pouco mais quando foram instituídos os famigerados empréstimos consignados, para os quais são repetidamente assediados, além de serem atingidos frequentemente por fraudes, como seguros e empréstimos forjados sobre os seus proventos.

A nova imagem do idoso mais dinâmico, participante de grupos e provedor da família coexiste, de maneira ambígua, com esses estranhos fatos sociais. Sua força política atual ainda é potencial ou pontual, às vezes intermitente, embora exista e tenha sido forjada por eles. Originou-se e se sustenta no movimento dos aposentados, que teve o seu clímax na multirreferida luta pelos 147% da Previdência. Não me canso de assinalar aquele momento como um divisor de águas na imagem social e política dos idosos (BRITTO DA MOTTA, 1994, 1996), quando a imprensa (RANGEL, 1992) registrou, com destaque, que a vanguarda política do país, naquele momento, era constituída pelos aposentados.

Outras lutas foram menores, ou não tão bem sucedidas. Contudo, ficou a ideia, generalizada, de que os velhos, quando organizados, não são lentos nem conformistas e agem também de acordo com essa imagem nova. Assim é que, em momento posterior àquele citado, quando eram discutidos os aumentos diferenciados do salário mínimo e dos “benefícios” dos aposentados, novamente a imprensa assinalou:

Uma decisão política. Quem ganha salário mínimo é desorganizado, não reclama. Já os 15 milhões de aposentados fazem muito barulho. Logo, aposentados recebem um reajuste bem mais alto (RODRIGUES, 1996, p. 30).

Entretanto, no caso da reforma da Previdência Social, eles entraram na luta, mas esta tem sido muito mais difícil. Já se difundiu, no âmbito dos discursos mais específicos sobre a questão, a figura da “bomba” que representa a longevidade dos idosos no custo social da reprodução.

Como, também em artigos na imprensa e em debates em programas nacionais de televisão. Fincou-se, na maioria das vezes, a discussão na perspectiva, sempre bombástica, do simples cálculo atuarial, raramente atingindo-se a complexidade da situação, formada por outros elementos importantes como as dívidas não pagas e os desfalques sobre esse bem público, o próprio desvio de recursos estatais para outras finalidades e, não por último, a arrasadora consequência da escassez e descenso do número de empregos, uma queda no volume das contribuições, causada pelo “simples” fato da existência de contingente cada vez menor de empregados no mercado de trabalho formal. O que não tem, evidentemente, a ver apenas com a questão demográfica, mas com o movimento da economia: o desenvolvimento tecnológico poupador de mão de obra, as crises e os mecanismos gerais da globalização capitalista.

Que perspectiva poderão ter, nesse quadro, os idosos, como movimento social, inclusive, agora diante não apenas das alternativas de enfrentamento ou negociação com o Estado, (tanto o Executivo como o Legislativo), mas também diante das poderosas “leis” do mercado?

Resta-lhes, só posso repetir, a união e o mesmo tipo de procedimento de ajustes repetidos, de estratégias de ensaio e erro que já estão postos para a sociedade como um todo, diante das referidas transformações de um mundo cada vez com menos empregos, ou escassos empregos plenos, e precários orçamentos domésticos; a família voltando a abrigar ou apoiar diretamente os seus membros adultos (BRITTO DA MOTTA, 1998, 1999). Como ainda não se sabe como viver no mundo do não-trabalho, será uma luta de cada momento, como já está sendo para os trabalhadores na ativa atuais, de fusão de ajustes de situação, de acordo com o modo de desenvolvimento das atuais instituições na era incerta da globalização.

E aí se retoma a questão da solidariedade entre as gerações, que sempre foi fundamental no desenvolvimento da vida social. Atualmente problemática na sua expressão pública, voltando a crescer, consequentemente, no domínio privado, da vida familiar, – mas não devendo esta, como já ameaçam as políticas atuais, ser o recurso único, processo que tenta a reprivatização dos velhos (DEBERT, 1996).

O poder de reação dos idosos poderá exercer-se, de alguma forma, enquanto se unam como segmento ou categoria social, como movimento social, em luta sintonizada com a dos grandes movimentos atuais por mudanças estruturais que abranjam a todos, pelo direito de cidadania e igualdade social com os outros segmentos; mas também pelo direito à diferença – das outras gerações – com suas demandas específicas.

Referências

- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: DIFEL, 1989.
- _____. **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.
- BRITTO DA MOTTA, A. Os velhos baianos (e a “música” é cada vez mais nova). **Bahia Análise e Dados**, Salvador, v. 6, n. 1, jun. 1996.
- _____. **Palavras e convivência**. Idosos, hoje. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, n. 1, 1997.
- _____. Revisitando a família do idoso. In: REUNIÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 20., 1998. [Atas...?] Vitória, [s.n., [1998?]].
- _____. Chegando pra idade. In: LINS DE BARROS, Myriam Moraes (org). **Velhice ou terceira idade?** (Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.
- _____. **Não tá morto quem peleia**: a pedagogia inesperada nos grupos de idosos. Salvador, 1999. Tese (Doutorado em Educação)– Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, 1999.
- _____. Violência contra as mulheres idosas: questão feminista ou questão de gênero? Trabalho apresentado no congresso de 2009 da LASA (Associação de Estudos Latino-Americanos). Rio de Janeiro, Brasil, junho 2009.
- _____. Violências específicas aos idosos. *Sinais Sociais*, v. 8, n. 22, 2013, Rio de Janeiro, p. 63-85.
- DEBERT, G. G. As representações (estereótipos) do papel do idoso na sociedade atual. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL “ENVELHECIMENTO POPULACIONAL”, 1., 1996. **Anais...** Brasília, DF: MPAS, 1996.
- DELGADO, J.; VILLA-FLOR, C. S. Políticas sociais para idosos: algumas reflexões a partir do enfoque de gênero. **Mediações**, Londrina, v. 17, n. 2, p. 73-91, jul.-dez. 2012.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FUTURO programado. Empresas promovem cursos para estimular a aposentadoria e oxigenar a produtividade. **Veja**, Rio de Janeiro, ed. 1359, ano 27, n. 39, p. 34-85, 28 set. 1994.

GRÜN, R. Conflitos de geração e competição no mundo do trabalho. **Cadernos Pagú**, Campinas, n. 13, p. 63-107, 1999.

JELIN, E. Las famílias en América Latina. In: ISIS INTERNACIONAL, 1994. [Atas?...] Santiago, Chile: [s.n.], 1994. p. 36-79.

LANGEVIN, A. Le vieillissement comme processus. **Revue Française des Affaires Sociales**, Oct. 1997.

LENOIR, R. L'invention du troisième age: constitution du champ des agents de gestion de la vieillesse. **Actes de la Recherche en Sciences Sociales**, Paris, v. 1/2, n. 26/27, p. 60-110, mai.-avril 1979.

_____. Objeto sociológico e problema social. In : CHAMPAGNE, P.; LENOIR, R.; MERLLIÉ, D.; PINTO, L. **Iniciação à prática sociológica**. Petrópolis: Vozes, 1998.

MAISONAVE, Fabiano. Aposentadoria baixa cria o “office” velho. **Folha de São Paulo**, São Paulo, n. 25.231, p. 3, 2 mai. 1998. Folha Trainee. Especial.

MAFFESOLI, M. **O tempo das tribos** (O declínio do individualismo nas sociedades de massa). Rio de Janeiro : Forense, 1987.

NOTICIÁRIO. **Tribuna da Bahia**, Salvador, 3 jul. 1998.

OFFE, C. **Trabalho e sociedade**: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

TRABALHO que recomeça depois dos 60”. **O Globo**, Rio de Janeiro, 26 abr. 1998.

RANGEL, Renata. A batalha dos velhinhos: aposentados ocupam vanguarda social. **Folha de São Paulo**, São Paulo, ano 71, n. 22.950, p. 8, 2 fev. 1992. Caderno 1.

RODRIGUES, F. Insensível. **Tribuna da Bahia**, Salvador, 1º maio 1996.

VILLELA, Flávio. **IBGE**: 27% dos idosos brasileiros trabalhavam em 2012, Brasília, DF: EBC, 2013. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/noticias/brasil/2013/11/ibge-27-dos-idosos-brasileiros-trabalhavam-em-2012>>. Acesso em: 26 dez. 2013.



Abuso e negligência estatal contra o idoso breve análise sociojurídica

.....
Wagner Augusto Hundertmarck Pompéo
Elisandro Machado
.....

A população idosa tem aumentado significativamente nos últimos anos em nosso País. Tal afirmativa decorre da análise dos dados disponibilizados pelos atuais censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Já no ano de 2009, o número de idosos constituía 11,3% da população brasileira, tendo esse número aumentado para 12,1% em 2011. Apesar disso, têm sido tímidas as iniciativas do poder público no sentido de proteger esses cidadãos, que sabidamente estão em uma situação de vulnerabilidade.

E não é só no papel de garantidor que o estado falha. Muitas vezes, além de não protegê-los, o poder público acaba por lesar direitos fundamentais dessas pessoas, atuando abusivamente por meio da administração direta e indireta. É fato que muitos dos órgãos e entes da administração pública não estão preparados para atender, com o especial tratamento devido, às pessoas com sessenta anos ou mais. Neste



sentido, o presente artigo pretende chamar a atenção para o tema da negligência – e por vezes abuso – por parte do estado em face dos idosos. Pretende-se alcançar o desiderato por meio de análise dialética de dados oficiais referentes à vitimização na terceira idade, bem como da apresentação de reportagens veiculadas em meios eletrônicos.

Importante ressaltar que, devido às limitações metodológicas, a perspectiva filosófica não terá papel fundamental no presente trabalho, sendo apresentados alguns aspectos sociais e jurídicos relacionados ao tema em questão. Assim, em um primeiro momento, apresentaremos alguns conceitos caros ao tema, definindo termos como abuso e negligência, apresentando tipos de abusos mais frequentes, bem como algumas causas e fatores de risco para o abuso. A seguir, são apresentados alguns aspectos jurídicos da proteção ao idoso, dando especial atenção à (falta de) proteção real a ser fornecida pelos entes estatais. Por fim, apresentaremos algumas sugestões simples para minimizar os danos sociais a que está sujeito este segmento tão importante da sociedade.

Devido principalmente à falta de atenção dada ao tema, são escassos os materiais de pesquisa, principalmente no que concerne à vitimização na terceira idade. Assim, a base das informações apresentadas são os dados disponibilizados no *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), bem como informações apresentadas pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e, ainda, artigos em geral, sendo que todos constam da revisão bibliográfica. A técnica de pesquisa utilizada para este trabalho é a bibliográfica, atuando-se por meio de uma revisão da literatura atinente ao tema em questão.

Por fim, cumpre informar que os dados apresentados no presente trabalho foram objeto de explanação por parte de um de seus autores – Wagner Augusto Hundertmarck Pompeo – durante o V Seminário de Pesquisas em Envelhecimento, III Simpósio sobre a Doença de Alzheimer, e I Congresso Sulbaiano de Aposentados, eventos ocorridos entre os dias 24, 25 e 26 de julho de 2013, na Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus, Bahia.

Considerações acerca do perfil do idoso brasileiro: da situação especial de vulnerabilidade

Em nosso País, assim como em vários outros, há um aumento significativo na expectativa de vida. De acordo com os dados disponibilizados na *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições*

de vida da população brasileira, do ano de 2010, o crescimento da população idosa¹, no Brasil, tem sido consistente, sendo que o número de pessoas com sessenta anos ou mais passou de 9,1% para 11,3% da população do País entre os anos de 1999 e 2009 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010)’, e no ano de 2011, o número de idosos passou a representar 12,1% (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2012).

Sendo assim, tal parcela da população já soma mais de 23,5 milhões de pessoas, diminuindo, em consequência, o número absoluto da população jovem, tendência esta que tem sido uma constante nas últimas décadas (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2012). Importante referir que o número de pessoas com oitenta anos ou mais, também chamadas de população “mais idosa”, passou a representar 1,7% da população total brasileira no ano de 2011, razão pela qual ganha maior importância o tema tratado.

Analizando as tendências demográficas apresentadas na Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílio 2011, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) tece as seguintes considerações, relativamente às condições de vida da população idosa brasileira:

O envelhecimento populacional é, hoje, um fenômeno mundial. É resultado das taxas elevadas de crescimento, dada a alta fecundidade prevalente no passado, comparativamente à atual, e a redução da mortalidade nas idades avançadas. Isso se traduz no aumento do número absoluto e relativo de idosos, no tempo vivido por eles, no envelhecimento de certos segmentos populacionais, como a população economicamente ativa (PEA), no envelhecimento das famílias – crescimento do número de famílias nas quais existe pelo menos um idoso – e em mudanças nos arranjos familiares (2012, p. 1).

Outro aspecto a ser observado é que as mulheres constituem a maioria, cerca de 55,8%, sendo que 64,1% dos idosos ocupavam a posição de pessoa de referência no domicílio na época da entrevista. Ademais, a escolaridade dos idosos brasileiros é ainda considerada baixa: 30,7% tinham menos de um ano de instrução. Por fim, pouco menos

.....
1 A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a população idosa como aquela a partir dos 60 anos de idade, mas faz uma distinção quanto ao país de residência dos idosos. Este limite é válido para os países em desenvolvimento, subindo para 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002).



de 12,0% viviam com renda domiciliar per capita de até 1/2 salário mínimo e cerca de 66% já se encontravam aposentados quando da pesquisa (PLANO NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIO, 2011).

Esses dados demonstram, sem sombra de dúvida, que a atenção a ser dispensada às pessoas da terceira idade deve ser um dos objetivos das políticas públicas, seja pela representatividade desse segmento social, seja pela situação especial em que os idosos se encontram. Infelizmente, como se verá adiante, o poder público não tem dado a necessária atenção ao tema, já que é grande o número de vítimas de abuso ou negligência entre os idosos.

Aqui convém, para melhor análise do tema em questão, apresentar alguns conceitos dos termos que serão utilizados ao longo do texto. Um dos significados da palavra abuso, de acordo com o dicionário Michaelis, é prática contrária às leis e aos bons usos e costumes. Já negligência seria a falta de diligência, descuido, desleixo, desatenção, menosprezo. Em se tratando de proteção às pessoas da terceira idade, é possível afirmar que qualquer ato ou omissão, seja único ou repetido, que ocorre em um contexto em que há uma expectativa de confiança, e que causa danos ou perturbações à pessoa idosa, pode ser considerado abuso.

São diversos os tipos de abuso a que eles são submetidos, entre eles: (1) abuso físico: uso da força física, que pode resultar em ferimentos corporais, dor física, ou incapacidade. Tal tipo de abuso ocorre, inclusive, para “punir” o idoso por condutas consideradas inadequadas por garantes; (2) abuso sexual: contato sexual não consensual, de qualquer tipo; (3) abuso emocional ou psicológico: medidas que possam infligir angústia, dor, ou aflição aos idosos; (4) exploração material ou financeira: uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedades ou bens do idoso.

É comum também que os idosos sejam vítimas de abandono, negligência, ou autonegligência. O abandono ocorre por diversos motivos, se consumando quando ocorre um afastamento abrupto de um idoso por parte de um indivíduo que tinha sua custódia física, ou que tinha assumido a responsabilidade de lhe fornecer cuidados, também chamados de garantes.

Já a negligência, conforme anteriormente conceituado, nada mais é do que uma omissão, uma recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com o idoso. Por fim, ocorre a autonegligência no momento em que o próprio idoso passa a demonstrar comportamentos que atentem contra sua própria saúde ou segurança, desde que decorrentes de incapacidade mental e falta de compreensão de suas decisões. Convém destacar que o assunto tratado aqui é muito delicado, já que certas vítimas sentem-se temerosas de denunciar os

abusos e as negligências por elas sofridos, inclusive por vergonha.

É importante citar alguns fatores para entender o porquê de certos crimes contra idosos permanecerem na chamada “cifra negra”, não sendo levados ao conhecimento do poder público: receio de perder a pessoa que está cuidando delas, mesmo ocorrendo certos abusos; medo de ficar só e ser obrigado a ir para uma instituição de amparo (asilo), com consequente perda de privacidade e de relações familiares; temor de que ocorram recriminações e/ou represálias por parte do abusador; vergonha da exposição pública e receio da possível intervenção exterior; falta de confiança no sentido de que alguém vá acreditar que o abuso efetivamente ocorreu; proteção aos abusadores, que muitas vezes são seus próprios descendentes.

Percebemos, ao analisar os dados e conceitos acima explicitados, que está mais do que na hora de discutirmos qual o papel que o poder público deve desempenhar na promoção dos direitos do idoso, estabelecendo medidas para diminuição deste problema. Podemos afirmar, sem sombra de dúvidas, que o tema tem especial relevância. Neste momento, convém adentrar com maior ênfase nas questões atinentes aos abusos a que estão submetidos os idosos.

Abuso e maus tratos contra o idoso: um problema socialmente congênito

A Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 230, assegura proteção íntegra às pessoas idosas, proteção esta que é dever da família, da sociedade e do Estado². Com o objetivo de ratificar o posicionamento constitucionalmente adotado pelo nosso País, tentando dar efetividade à proteção constitucionalmente assegurada, foi promulgada a Lei n.º 10.741/2003, que *Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências*. No entanto, conforme é possível perceber, tal lei ainda não foi tornada efetiva em sua totalidade, a exemplo de outras leis recentes.

A referida norma assegura proteção prioritária aos idosos em diversos campos, inclusive no que se refere à execução de políticas sociais públicas, bem como *atendimento imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população* (BRASIL,

2 Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. [...] (BRASIL, 2013)



2003). Portanto, a legislação existente no País é suficientemente abrangente para prover proteção contra os abusos cometidos em desfavor dos idosos. Logo, o problema não está na inexistência de leis, mas sim no seu descumprimento deliberado por parte, inclusive, do poder público.

Conforme visto anteriormente, são diversas as formas de violência sofridas pelo idoso, seja violência psicológica – preconceito que sofre da sociedade, baixas aposentadorias, falta de leitos nos hospitais etc., – seja violência física ou, ainda, financeira, já que alguns são vítimas de golpes, muitas vezes cometidos por pessoas da própria família. As mulheres idosas constituem a parcela mais significativa dentre as vítimas, em razão, principalmente, da “histórica marginalização à qual este gênero está submetido” (BRASIL, [21--], p. 1).

Em trabalho realizado pelo Observatório Nacional do Idoso, as autoras apresentam uma classificação para maus tratos e violência contra os idosos:

Um dos grandes desafios para os estudos sobre os maus tratos, não apenas especificamente em relação aos idosos, reside na definição das categorias e tipologias que designem as suas várias nuances. Minayo (2004) classifica os maus tratos e a violência contra os idosos em:

1. Maus-tratos físicos: uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-lo, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte.
2. Maus-tratos psicológicos: agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social.
3. Abuso financeiro ou material: exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais.
4. Abuso sexual: refere-se ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero relacional, utilizando pessoas idosas. Visam obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.
5. Negligência: recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. Geralmente, se manifesta associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para os que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade.
6. Abandono: ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem

socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção.

7. Autoabandono ou autonegligência: conduta de uma pessoa idosa que ameace a sua própria saúde ou segurança, com recusa ou fracasso de prover a si próprio o cuidado adequado (MINAYO apud PASINATO; MACHADO; CAMARINO, [21--], p. 1).

Para analisar a veracidade das afirmações trazidas, cumpre trazer dados de pesquisa realizada no ano de 2011, pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, trabalho este que consistiu em sistematizar alguns dados de atendimento, tratamento e acompanhamento de denúncias de violação aos direitos humanos dos idosos. Tal pesquisa demonstrou que as violações mais ocorrentes, entre janeiro e outubro daquele ano (cerca de 6.630 registros), foram negligência (38,28%), violência psicológica (29,21%), abuso financeiro e econômico/violência patrimonial (15,55) e a violência física (15,2%), sendo que a maioria esmagadora das violações (90%) ocorreu em âmbito doméstico ou familiar, sendo praticadas por familiares em mais de 80% das vezes (FERREIRA, 2011).

Assim, em que pese seja considerado um fenômeno recente, a violência contra o idoso já atinge parcela significativa da população, a julgar pelo elevado número de denúncias ocorridas no ano de 2011. Conforme afirmado anteriormente, efetivamente há

subnotificações de casos de violência, que se reflete em distorções estatísticas, dificultando a detecção e compreensão de muitas situações fáticas, em prejuízo da adoção de providências adequadas, tanto por parte do poder público, quanto dos próprios familiares eventualmente desconhecedores da violência perpetrada (BRASIL, 2003, p. 2).

A ocorrência de tais abusos constitui uma grave violação dos direitos humanos e demonstra a incapacidade de um país em garantir um mínimo de dignidade aos seus cidadãos.

Minorar os problemas acima relatados, porém, não é uma questão simples. A população acima dos sessenta anos constitui um grupo muito heterogêneo, já que se enquadram nessa categoria mais de 23 milhões de pessoas, com idades que vão dos sessenta aos cem anos, de diferentes classes sociais, culturas, com predomínio das mulheres. A TABELA a seguir demonstra, sucintamente, a situação do idoso nos últimos anos (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2012):

TABELA – Proporção de idosos por sexo segundo categorias Brasil

	1992			2011		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Idosos	45,1	54,9	100,0	44,1	55,9	100,0
60 a 79 anos	90,4	88,2	89,2	87,4	85,2	86,2
80 anos ou mais	9,6	11,8	10,8	12,6	14,8	13,8
Sem rendimento	3,0	26,8	16,1	3,7	13,4	9,1
PEA pura	23,2	9,6	15,7	16,4	6,7	11,0
PEA aposentada	23,7	4,5	13,1	18,1	5,7	11,2
Aposentado puro	49,2	39,8	44,0	57,2	52,6	54,6
Aposentados	72,8	44,3	57,2	75,3	58,3	65,8
Não estão na PEA e nem aposentados	4,0	46,1	27,1	6,7	33,8	21,9
Chefes ou cônjuges	91,9	83,6	86,1	92,6	87,9	89,3

Fonte: IGE/PNAD de 1992 e 2011.

O Brasil, portanto, como candidato a se tornar uma nação plenamente desenvolvida, deve estabelecer medidas claras e eficazes ao combate dos problemas diuturnamente enfrentados pelos idosos. As ditas medidas, que devem ter caráter local, devem focar focando principalmente na tutela de idosos em situação de vulnerabilidade, e se ocupar em viabilizar mecanismos que lhes permitam acessibilidade. Como um todo conjugado, essas e outras tão valorosas iniciativas devem ser replicadas, não sendo crível que a sociedade civil contemporânea permita passivamente que o abuso e os maus-tratos praticados por alguns se constituam como um problema social e congênito de todos.

Para que isso ocorra, entretanto, é necessário analisar e conhecer os aspectos jurídicos que acusam a ineficiência estatal em promover a tutela de idosos em situação de vulnerabilidade, tarefa de que se ocupará o capítulo subsequente do presente trabalho.

Tratamento jurídico dos delitos perpetrados contra os idosos

A esperança de vida mais do que dobrou, do início do século XX, quando era de 33 anos de idade, para o início do século XXI, quando já passava dos 72 anos de idade. Seguindo nesse ritmo, em poucos anos nosso País vai experimentar uma expectativa de vida de mais de 80 anos, idade esta que corresponde à expectativa de vida de países

de primeiro mundo. Objetivando “regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos”, foi promulgada, no ano de 2003, a desrespeitada Lei 10.741 – Estatuto do Idoso.

Tal norma, além de ratificar a garantia constitucional de proteção à saúde física e mental do idoso, bem como atribuir à família, à comunidade, à sociedade e ao Poder Público a responsabilidade pela promoção e proteção dos direitos do idoso, também estabelece, em seu art. 3º, algumas garantias de prioridade para esse segmento social. Programaticamente, a norma estabelece, em seu art. 4º, que

nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei (BRASIL, 2003, p. 1).

No entanto, passados mais de dez anos da promulgação da referida norma, percebe-se que poucas medidas efetivamente têm sido tomadas no sentido de assegurar o seu cumprimento. Diversos dispositivos da Lei estabelecem que o poder público tenha responsabilidade pela proteção ao idoso, caso seus familiares não possuam condições econômicas de prover o seu sustento.

Direito a acesso ao Sistema Único de Saúde, à dignidade, acesso a medicamentos de uso continuado, acesso à educação que respeite a peculiar condição de idoso, participação em eventos culturais, direito à assistência social, garantia de abrigo em entidades de longa permanência para idosos, gratuidade de transporte para os maiores de 65 (sessenta e cinco) anos são alguns dos direitos legalmente assegurados aos idosos.

A lei ainda estabelece uma política de atendimento ao idoso, cuja responsabilidade é compartilhada entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, estabelecendo baliza para a atuação das entidades de longa permanência para idosos. Por fim, a lei estabelece alguns crimes, para tutelar a especial condição do idoso, mas estabelece penas relativamente brandas para os criminosos.

Logo, em que pese haja legislação tutelando o idoso, o poder público é ineficiente em tornar efetivas as medidas legalmente definidas. Diariamente, nos jornais, há notícias de pessoas da terceira idade que são vítimas dos mais diversos crimes, ou mesmo de tratamento inadequado pelo poder público. Basta ir a uma fila de supermercado, de banco, ou tomar um ônibus, para verificarmos que até as determinações

mais simples da lei são desrespeitadas. E o idoso, constrangido, na maioria das vezes nem reclama do fato de sua fila para sacar a aposentadoria ser maior do que a dos demais correntistas “sem privilégios”.

Portanto, mais do que alterar a dinâmica das relações interpessoais, o fato de a expectativa de vida do brasileiro estar aumentando deve modificar também a forma como o poder público edita e coordena suas políticas públicas, se traduzindo em um grande desafio para os gestores e administradores públicos contemporâneos. O natural (?) processo de perdas físicas, sociais, mentais e – por que não dizer – econômicas é um processo vivenciado diuturnamente pelos idosos, que os coloca em uma situação de vulnerabilidade. É neste momento que o poder público deve intervir, estabelecendo políticas efetivas para redução do impacto social nocivo que costuma vir com o avanço da idade.

Considerações finais

O Brasil tem experimentado, nas últimas décadas, importantes mudanças no perfil social e, principalmente, na estrutura etária da população em geral, com aumento da expectativa de vida e consequente envelhecimento populacional. São inúmeros os fatores que podem ser considerados como causas desse fenômeno. Em especial podemos citar o avanço tecnológico que possibilitou o desenvolvimento de remédios que combatem muitas enfermidades e, além disso, a cultura da promoção de um envelhecimento saudável, que tem ampliado o número de pessoas que praticam esportes e que cultivam hábitos saudáveis.

No entanto, parcela significativa dos serviços públicos ainda não se adequou ao novo perfil da sociedade, deixando de atender com especial atenção às pessoas da terceira idade. Podemos observar que tanto a Constituição Federal de 1988 quanto as normas infraconstitucionais – em especial o Estatuto do Idoso – traçam diretrizes para a atuação dos diversos segmentos, seja família, estado, ou sociedade, no tratamento dos idosos. Neste sentido, a presente pesquisa, por meio do método de estudo bibliográfico, pretendeu chamar a atenção para a vulnerabilidade e vitimização dos cidadãos acima dos sessenta anos, e a ineficiência estatal em prover as demandas do público da terceira idade.

É claro que iniciativas tímidas têm sido tomadas, mas estas ainda não surtiram o efeito desejado. Neste sentido, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República elaborou um *Plano de ação para enfrentamento da violência contra a pessoa idosa*,

objetivando, principalmente, efetivar os direitos garantidos pelo Estatuto do Idoso. No entanto, as medidas estabelecidas na legislação em vigor, bem como nas diretrizes, propostas e planos de ação para enfrentamento de violência contra o idoso devem ser mais do que simples propostas, mas sim medidas efetivas que objetivam diminuir este grave problema social.

Vimos, durante o trabalho, que quando vítimas de maus-tratos praticados pelos familiares, os idosos temem denunciar, em virtude da sua fragilidade física e emocional, por medo de sofrer represálias, ou por alimentarem sentimento de afeto em relação aos abusadores. Portanto, é de fundamental importância que o poder público assuma sua responsabilidade no sentido de garantir os direitos destes cidadãos, como verdadeira garantia de preservação dos direitos humanos.



Referências

BRASIL. Constituição Federal. **Presidência da República**. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, [20--]. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 20 nov. 2013.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Presidência da República**. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, [2003]. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm> Acesso em: 6 nov. 2013.

DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA. **Plano de ação para enfrentamento da violência contra a pessoa idosa**. Brasília, DF, [21--]. Disponível em <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/11.pdf>. Acesso em: 12 set. 2013.

FERREIRA, Pedro. Disque direitos humanos, um instrumento em defesa da cidadania. **Revista dos Direitos da Pessoa Idosa: o compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/3cndpi/doc/Revista_DireitosPessoa_Idosa.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. 2000. (Estudos & Pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, 9.). Rio de Janeiro: IBGE, 2002 [Disponível em; <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2013.

_____. **Síntese dos Indicadores Sociais**. Uma análise das condições de vida da população brasileira. 2010. (Estudos & Pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, 27.). Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por amostras de domicílios**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2009/default_tab.shtm>. Acesso em: 18 nov. 2013.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS. **Tendências demográficas mostradas pela PNAD 2011**. (Cadernos do Ipea, 157.). Brasília, DF: Ipea, 2012. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/121011_comunicadoipea157.pdf>. Acesso em: 10 set. 2013.

MINAYO, M. C. de S. **Violência contra idosos**: relevância para um velho problema. [S.l., [21--]]. Disponível em:

<<http://br.monografias.com/trabalhos2/violencia-contra-idosos/violencia-contra-idosos.shtml>>. Acesso em: 9 out. 2013.

PASINATO, M. T; MACHADO, L.; CAMARANO, A. A. Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo exploratório das informações dos serviços de denúncia. **Observatório Nacional do Idoso**, Brasília, DF, [21--] Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/17.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2013.





O que pode a velhice? Ressignificações contemporâneas do envelhecer¹

Monique Borba Cerqueira

Os principais conteúdos sobre a velhice e o envelhecimento estão dados. Atualmente, são muitas as consequências, recomendações, políticas e propostas em jogo. Todo esse conteúdo está amplamente disponível. Assim, não tenho o propósito de repetir tais considerações e delineamentos que situam o envelhecer e seus processos, uma vez que os temas são acessíveis e já foram demasiadamente explorados. Mais que isso, meu objetivo nesse artigo é provocar algumas inquietações. Acho também que o melhor que os pesquisadores do envelhecimento podem fazer hoje é questionar os fundamentos das políticas, das visões de mundo e dos conceitos que estão por trás desse acelerado processo de resignificação da velhice.

¹ Participação da autora na mesa sobre *A reinvenção da velhice e os novos comportamentos*, durante o V Seminário de Pesquisas em Envelhecimento, III Simpósio sobre a Doença de Alzheimer e I Congresso de Aposentados do Sul da Bahia, realizados no período de 24 a 26 de julho de 2013, pelo Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Uesc.



Comento e problematizo, neste artigo, a ressignificação da velhice no contexto da vida contemporânea, a partir do cenário atual, como um caminho de mão dupla, considerando a possibilidade da emergência de realidades contra hegemônicas pautadas na valorização da vida e, por outro lado, discutindo as consequências perversas que afetam as novas lógicas do envelhecer no contexto atual.

I

Os velhos não estão mais trancados em quartos escuros nem escondidos em suas casas com pouquíssima visibilidade social, como ocorria no passado. O momento é outro. O velho está na cena social. Mais que isso, ele está no meio de uma batalha discursiva, porque muitas são as vozes que dizem o que é envelhecer. Os ecos deste debate vão mais longe: enunciam, informam, atestam livremente sobre o que é envelhecer bem, ensinam como manter a saúde na velhice, por que se manter ativo, o que o velho deve consumir e como se manter jovem. Trata-se de mensagens afirmativas que não somente opinam, mas dizem o que é envelhecer e como ser velho.

Trata-se, aqui, de um desafio inicial, porque a profusão de interesses focados na velhice atualmente é capaz de evidenciar pelo menos dois movimentos que se atravessam; no primeiro, o envelhecer surge enquanto uma experiência múltipla e pontuada por uma imensa diversidade; e numa segunda perspectiva insere-se uma imensa produção de molduras culturais e institucionais sobre a velhice e o envelhecer que vêm se tornando objeto de inúmeras tentativas de padronização — envelhecimento ativo, envelhecimento saudável etc.

Na arena do envelhecer, assim como na lógica social, os indivíduos atuam em seus coletivos, compartilhando valores, comportamentos e atitudes, uma vez que estão imersos na dinâmica das relações sociais, mas nunca de forma homogênea e previsível. Ainda que busquem, cada vez mais, sociabilidade, como é o caso dos segmentos mais longevos, as pessoas não respondem automaticamente como robôs às máximas sociais que tentam enquadrá-las, embora não deixem de ser influenciadas por elas. Isto reforça a necessidade de estarmos alertas aos maniqueísmos simplistas que, eventualmente, tomam de assalto as análises e visões sobre a velhice e os processos do envelhecer. Na perspectiva das ciências humanas, envelhecimento e velhice traduzem, por excelência, movimentos de diversidade e multiplicidade que não permitem definições em molduras fechadas nem afirmações

taxativas. Realidades múltiplas informam o quanto as dinâmicas do envelhecer desautorizam as visões restritas e massivas sobre os velhos e a velhice (CERQUEIRA, 2011).

Há também o perigo de cairmos na armadilha de essencializar a velhice. Quando dizemos que ser velho é isso ou aquilo, esquecemos que ser velho é uma condição, uma circunstância, uma situação conjuntural experimentada num determinado ponto da nossa trajetória de vida. O único fator essencial a ser sublinhado é que não é possível “ser” velho sem ter passado pela infância e pela idade adulta. A velhice carrega esse somatório experiencial de fases da vida, onde se condensam experiências humanas complexas nem sempre valorizadas na nossa sociedade. Sob essa perspectiva, o verbo “ser” poderia ser substituído pelo verbo “estar”. Estar velho pode significar hoje a construção de um projeto concreto, com visão de futuro, circunstanciado pelo mundo real e pela síntese de experiências que informam a vida de uma pessoa na maturidade. É importante também chamar a atenção para o fato de que, nesta perspectiva, não tem lugar a identificação do envelhecer com os aspectos mais austeros do comportamento humano ou as flutuações do ser “próprias da velhice”, até porque amarguras, frustrações, rejeições e toda espécie de desgraças temos desde criança. Não necessariamente a passagem do tempo nos torna mais rígidos.

Atualmente, a velhice permite mais escolhas sociais e de consumo, embora seja preciso levar em conta que o perfil socioeconômico e de escolaridade dos velhos brasileiros ainda seja extremamente limitado e distante do minimamente necessário. Mas, ainda assim, observamos o quanto entre os maiores de 60 anos, especialmente os das camadas médias da população, tem havido mudança de hábitos, atitudes e mais fascínio pela vida do que outrora. A nossa lente para examinar os fenômenos recentes que envolvem as transformações do envelhecer é multifacetada, mas isto decorre da exigência do objeto em questão: rico, diverso e altamente variável. Este é o lado interessante, mas que, evidentemente, não é único quanto às aceleradas mudanças que atingem a população que envelhece.

II

Nós vivemos em uma sociedade que desqualifica a vida. Nem o corpo nem a vida são valorizados. O que é valorizado é a imagem de um corpo padrão que se expressa numa desmesurada valorização daquilo que se convencionou chamar beleza e juventude.

As pessoas se assumem fracassadas, burras, traídas, mas dificilmente velhas. Envelhecer transformou-se numa vergonha e numa im-

possibilidade para muitos. Uma percepção rápida do universo social contemporâneo nos mostra a existência de forte persuasão para que as pessoas pertençam a apenas duas categorias: os jovens e os rejuvenescidos. Aos mínimos sinais do tempo, as pessoas já se preocupam freneticamente em rejuvenescer. Nesse sentido, a ressignificação da velhice como processo de remodelagem social teve um alto preço.

Mas se o processo natural de envelhecer é negado, o que fazer com a minha velhice? Eu vou estar sempre me opondo a mim mesma e fazendo da minha idade um tabu a ser escondido? Vou ter que, permanentemente, me aproximar da imagem jovial como padrão corporal e de conduta? Vou ter que viver para o mundo dos cosméticos, da reparação estética e das cirurgias plásticas?

Quais são as potencialidades da velhice? Spinoza, um filósofo marginal do século XVII, que morreu aos 45 anos, fez uma pergunta que nos interessa: o que pode o corpo? Sentir, pensar, criar, desejar? Não. O corpo pode muito mais... Spinoza concluiu que ninguém sabe o que pode o corpo. O corpo é pura virtualidade. O corpo pode dançar, correr, experimentar sensações que nunca tivemos, inventando novas alegrias, milagres num movimento de contínua superação (KASPER, 2009).

Voltando à questão inicial, eu pergunto: o que pode a velhice? Ou, melhor, dizendo: como podemos tomar posse da nossa potência de envelhecer? Certamente, uma expressão da vontade precisa se fazer soberana, além do reconhecimento de que o corpo é “um sábio desconhecido” (NIETZSCHE, 1977, p. 51).

Fauja Singh é um indiano de 102 anos². É também o maratonista mais velho do mundo³. Um exame de densidade óssea revelou que sua perna direita é similar a de um homem de 25 anos.

Fauja correu recentemente a maratona de Londres com sua longa barba branca e seu turbante amarelo.

Fauja Singh é um caso isolado? Não. Trata-se da manifestação de uma singularidade. Fauja é um exemplo do que pode o corpo, não apenas o corpo físico, mas a complexidade de forças que atravessam o corpo orgânico como expressão de sua exuberância e potência de vida. Evidentemente que

.....
2 Fauja tinha dois anos quando a família notou que ele não conseguia andar. Era fraco para suportar o peso do corpo. Engatinhava aos quatro anos, aos cinco anos começou a andar mancando. Apenas com 10 anos de idade passou a andar normalmente. Somente aos 85 anos começou a correr e aos 89 anos participou da primeira maratona. Disponível em: <http://espn.go.com/espn/story/_/page/Fauja-Singh/fauja-singh-runner>. Acesso em: 4 jul. 2013.

3 Disponível em: <http://espn.go.com/espn/story/_/page/Fauja-Singh/fauja-singh-runner>. Acesso em: 4 jul. 2013.



para uma sociedade que desqualifica a vida e o corpo, este fato é apenas digno de nota para entrar para o livro Guinness dos Recordes, que não ocorreu ⁴.

O que eu estou querendo dizer é que se o mundo contemporâneo valorizasse a vida, a transição demográfica não seria tratada a partir desse tom alarmista e massificante utilizado pelos governos e organismos internacionais. Não haveria essa histeria persecutória em relação à ameaça de uma explosão populacional que levaria a sociedade a uma convulsão econômica e social devido ao aumento da população que envelhece. Até porque as políticas estariam afinadas e prontas para atender aos interesses da vida. Nessa perspectiva, não estaríamos falando na resignificação da velhice, mas da resignificação das políticas para melhor atender à velhice.

Percebam que todas as políticas ligadas à velhice e ao envelhecimento valorizam a qualidade de vida, mas não discutem o que é vida, porque a singularidade da vida é um objeto perturbador. Então, perguntar o que é vida nunca faz sentido, mesmo que a ciência, desde a época clássica até a produção das novas tecnologias contemporâneas, tenha atravessado a problemática da vida em algum momento (GOULD, 1997). A vida tem sido uma interpretação altamente variável e manipulável, conforme o enfoque ético e político que lhe é atribuído.

A resignificação da velhice, numa cultura complexa como a contemporânea, enseja uma série de mutações e inconstâncias que repercutem

4 Em 1911, data de nascimento de Fauja Singh, não existiam registros de nascimento na Índia, motivo pelo qual o livro Guinness não reconheceu que Fauja Singh tenha sido, aos cem anos, o primeiro homem a completar uma maratona.

abruptamente sobre a sociedade. Vejamos o recente caso da velhice no Japão e suas implicações culturais, políticas e econômicas na sociedade. No Japão, as pessoas com mais de 60 anos correspondem a $\frac{1}{4}$ da população, ou seja, a 32 milhões de pessoas. O ministro das Finanças japonês declarou, no início de 2013, que “os idosos deveriam morrer rapidamente”, ou melhor, deveriam “se apressar em morrer” para aliviar o pagamento das contas de saúde do Estado⁵.

O Japão, uma sociedade onde tradicionalmente os idosos sempre foram respeitados e prestigiados, apresentou, em 2007, um número recorde de suicídios: morreram 5.293 pessoas com mais de 60 anos. No Japão de hoje, jovens e idosos frequentam salas de bate-papo para formar grupos e escolher as melhores e mais rápidas técnicas para o suicídio coletivo⁶.

Investigações sobre o suicídio no Japão mostram que, como a sociedade japonesa valoriza muito o grupo e a vida coletiva, no momento em que os idosos precisam de um tratamento de saúde muito caro, não é raro que eles se suicidem para não onerar o Estado; outros se suicidam quando precisam arcar com as despesas de um asilo, para não onerar a família. E essa postura é bem tolerada pela sociedade japonesa, onde o suicídio é historicamente reconhecido como um ato que simboliza bravura.

Não resta dúvida de quanto o processo contemporâneo de resignificação da velhice pode ter consequências perversas. O respeito à velhice, consagrado como tradição do povo japonês, mostra-se abalado pelos novos valores do Japão moderno. A grande longevidade, uma conquista do País, tornou-se um estorvo, uma ameaça para o Estado. Isso mostra a dificuldade que o mundo atual apresenta frente às soluções que ele mesmo cria. Antes de ser uma conquista da biomedicina nas últimas décadas, a incrível longevidade japonesa já era considerada um fenômeno notável, o que, hoje, é uma meta para todo o planeta.

Estamos imersos nas contradições de um mundo submetido ao poder da racionalidade econômica e da ciência, onde o discurso pela longevidade, como demonstra o relato anterior, não implica incluir ou oferecer, de fato, qualidade de vida. Estamos falando de uma sociedade onde a vida não está acima dos demais interesses, por isso é que não lhe interessa compreendê-la na sua amplitude, exuberância e singularidade. A vida é devastada e isso se expressa em fenômenos sociais e políticos que produzem seres humanos cada vez mais patológicos, encarcerados no drama de

.....
5 Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2013/01/ministro-do-japao-diz-que-idosos-doentes-deveriam-morrer-rapido.html>>. Acesso em: 7 jun. 2013.

6 Disponível em: <<http://www.ipcdigital.com/br/Noticias/Japao/Aumentam-casos-de-suicidio-entre-jovens-e-idosos>>. Acesso em: 8 jul. 2013.

si mesmos e encurralados nos atuais limites civilizatórios.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) informou que a depressão será a doença mais comum do mundo a partir de 2030. Será também a doença que mais gerará custos econômicos e sociais para os governos, devido aos gastos com o tratamento dirigido às populações e às perdas na produção. A OMS acrescenta, ainda, que tudo isso será pior nos países pobres, onde se registra o maior número de casos⁷.

Ou seja, em breve o envelhecimento poderá deixar de ser enfatizado como “problema” pelas agências internacionais e suas políticas de enquadramento social darão centralidade a uma população mundial de doentes mentais, leia-se, todos nós, pelas consequências da depressão.

A nossa sociedade reflete os próprios descompassos, o que pode ser sintetizado na forma pela qual se esquece de pensar o que é a vida, qual o significado de cada jornada humana, pessoal e coletiva. Ao invés disso, temos aderido à ideia de que os indivíduos devem se tornar integralmente responsáveis pelo seu destino, por seu fracasso ou sucesso. Nessa perspectiva, é preciso superar limites, vencer barreiras e adversários, demonstrando sempre uma máxima eficiência. É o “culto à performance”, como lembra o sociólogo francês Alain Ehrenberg, que analisa brilhantemente a depressão do ponto de vista sociológico. Segundo o autor, saímos de uma sociedade disciplinar⁸ para uma sociedade da autonomia, altamente normativa e que mexe profundamente com nossas expectativas. Somos medidos pela nossa capacidade de ter autonomia, o que pode constituir um tipo de pressão insuportável, levando milhões de pessoas a um modo de sofrimento psíquico denominado depressão – um mal-estar e, ao mesmo tempo, uma patologia da insuficiência contemporânea (EHRENBURG, 2010).

III

É preciso assinalar um ponto de inflexão ao tratarmos as várias possibilidades de ressignificação dos processos sociais. A relação corpo / envelhecimento pode ser ressignificada em qualquer sociedade ou comunidade, seja em termos de negatividade e prejuízos, ou de positividade e valorização.

Vou dar um exemplo de como a velhice pode ser positivada, ou seja, ressignificada, em oposição à perspectiva totalizante que minimiza a vida e o envelhecer. Vou falar sobre um fenômeno que ocorre, ao

.....
⁷ Disponível em <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,oms-depressao-sera-doenca-mais-comum-do-mundo-em-2030,428526,0.htm>>. Acesso em: 2 jul. 2013.

⁸ Segundo Ehrenberg, a experiência de vivermos uma sociedade de autonomia não significa que deixamos de ser disciplinares, mas que a disciplina se instalou na autonomia.



longo de décadas, nas escolas de samba do Rio de Janeiro, entre mulheres das classes populares e que lhes confere um lugar de tradição, sabedoria e prestígio na velhice (CAVALCANTI, 2011).

A partir dos 40 anos de idade já é possível entrar para ala das baianas numa escola de samba carioca. Trata-se de uma ala obrigatória no carnaval do Rio de Janeiro, integrada apenas por membros da comunidade. As baianas, ao falarem das suas experiências, mencionam o peso da idade, tratam-se por velhas ou velhinhas, sem qualquer dificuldade no reconhecimento da própria idade, que pode ultrapassar os 80 anos. Sua roupa pesa 15 kilos. As baianas são enterradas com a própria fantasia (CAVALCANTI, 2011). Ser baiana significa ocupar um lugar altamente simbólico no carnaval e nas comunidades pobres, cujo impacto provoca uma reviravolta na representação do envelhecimento. As baianas têm um papel político preservado, são consultadas pelas escolas de samba sobre as principais decisões da agremiação. Mas também são procuradas por adolescentes e moradores que precisam dos seus conselhos. As baianas são reverenciadas pelo poder de envolver as pessoas com as melhores comidas, temperos e acolhimento da comunidade (CAVALCANTI, 2011).

As baianas executam uma coreografia que consiste em girar. Giram durante o desfile em torno do próprio corpo, todas no mesmo sentido. Não é raro que jovens desavisadas, ao tentar rodar com elas nos ensaios, obtenham lesões na bacia e nos quadris. Nesse sentido, as baianas também respondem à nossa pergunta inicial: o que pode o corpo?

Sabemos que atualmente os valores e as imagens dominantes na velhice têm relação direta com o contexto social, histórico e econômico, cujo discurso tem exigido produtividade e adequação a uma vida saudável como requisito de pertencimento social. Mais que isso, sabemos que as nossas crenças e valores em relação à velhice estão em completa mutação e movimento, o que abre espaço para diferentes ressignificações que nos exigem maior responsabilidade na afirmação de nossas escolhas e liberdade, em que pesem as orientações dominantes vigentes. O grande desafio é pensar o envelhecimento como modo de vida singular e insubmisso aos modelos hegemônicos (TÓTORA, 2008).

IV

Vivemos sob o crivo dos progressos da biomedicina e da ambição de que se encontre o antídoto definitivo para o envelhecimento e, quem sabe, até para a imortalidade. A tecnologia exerce forte influên-

cia e fascínio sobre as sociedades, e a condição humana, provocando uma absoluta dificuldade de compreendermos o que está mudando no cotidiano e quais as consequências das supostas maravilhas da ciência.

Uma pesquisa americana, realizada em 2007 sobre valores, estilos de vida e motivação de consumo, definiu a “geração sem idade”, formada por nascidos entre 1946 e 1964, aqueles que não encaram a velhice como restrição, mas como continuação da meia-idade (CA-SOTTI; CAMPOS, 2011). Essa geração traz novas opiniões, atitudes e comportamentos e parecem ver a vida de modo diferente. A pergunta é se esses seriam os novos velhos.

No Brasil, o escritor Walcyr Carrasco escreveu um artigo⁹, na Revista Época, com o mesmo título dado ao movimento “sem idade” nos Estados Unidos, “Novos Velhos”. A seguir, apresento e discuto três trechos alternados da narrativa de Carrasco.

Quando eu era criança, considerava-se velho um homem de 60 anos. Velho só, não. Velhíssimo. Lembro meus avós de cabelos brancos, gestos cautelosos. Tinham essa idade. Ou até menos. Hoje, surgiu uma geração de ‘novos velhos’. Não estou falando da baboseira de “melhor idade” e do lixo ideológico do politicamente correto, que tenta maquiagem a realidade com palavras delicadas. Há alguns anos, um ator nessa faixa etária jamais seria galã de novela. Se restringiria ao papel de pai, tio, avô. Mas galã? Atualmente, o ator Antônio Fagundes, de 62, é disputado pelos autores. (Eu, que também escrevo novelas, sou testemunha disso.) No ano passado, em *Insensato coração*, fez par com a bela Camila Pitanga. José Mayer, de 63, acaba de atuar em *Fina estampa*. Tony Ramos, de 64, será um dos protagonistas de *Guerra dos sexos*, ao lado de Irene Ravache, de 67. Natália do Vale, presença constante nas novelas, está com 58. Suzana Vieira tem 68. Todos protagonizam histórias de amor, são aplaudidos pelo público e lideram as audiências. Às vezes, como no caso da própria Suzana Vieira, revelam também a vida pessoal, sem medo de mostrar que podem amar e ser amados, com a mesma intensidade dos jovens (grifos do autor)¹⁰.

.....
9 Disponível em :<<http://revistaepoca.globo.com/vida/walcyr-carrasco/noticia/2012/03/novos-velhos.html>>. Acesso em: 4 jul. 2013.

10 *Ibidem*.

O autor chama a atenção no seu texto lúdico e entusiasta, para o estreitamento, a diminuição de fronteiras entre idades, o que leva a velhice a rejuvenescer. Carrasco identifica, na atual performance dos artistas globais na faixa dos sessenta anos, que o movimento em direção a uma ressignificação da velhice é experimentado de uma perspectiva espetacular, positiva, sem preconceitos ou dificuldades. Vale lembrar que estamos falando da classe artística, endeusada graças à popularidade conquistada nas novelas e reconhecida pelos altos índices de audiência confirmados pelo IBOPE. Os artistas *novos velhos* são, sem dúvida, um indicador, o espelho social utilizado pelos telespectadores que querem se sentir jovens, e mais, desejados por mulheres jovens, assim como acontece com o personagem do ator Antônio Fagundes. Além de pertencerem ao panteon da fama, todas essas estrelas têm uma coisa em comum: são proibidas a mortais como nós. Os artistas *novos velhos* são mostrados na telinha com todos os recursos do *photo shop*, ferramenta digital que retoca imagens, suprimindo as imperfeições daqueles que já são irretocáveis pela sua fama na tv. No sentido de fazer aterrissar o entusiasmo de Carrasco com o *novo velho* global, também devemos lembrar que fama, prestígio e dinheiro são alguns dos ingredientes que *ressignificam* qualquer mal-estar social, incluindo-se os preconceitos contra a velhice. Não há dúvida de que se há um modelo perfeito e irreal de terceira idade, este será exibido e vivido pela velhice global que nos ensina muito sobre os padrões atuais do envelhecer.

Na sequência, Walcyr Carrasco continua seu relato sobre a sua experiência como *novo velho*.

Fiz 60 no fim do ano passado. Absolutamente aterrorizado. 'Vou me aposentar emocionalmente', pensei. Aconteceu o contrário. Entrei numa fase que lembra minha adolescência. Tenho vontade de fazer mil coisas. Comecei a malhar todo dia. Quero voltar a pintar. Voltei a ler os clássicos e cozinho sempre. Vejo as novelas de meus colegas e todas as séries americanas de TV que consigo. Mais surpreendente, as pessoas não se comportam comigo como se eu fosse um idoso. Boa parte dos meus amigos tem metade da minha idade. Os que permanecem, do passado, são tão animados quanto eu. Meu colega de colegial Eduardo, divorciado e com um filho adulto, apaixonou-se novamente. Ela? Tem a idade dele e continua tão linda como na nossa



adolescência. Sim, esta é uma outra característica dos novos velhos: reencontram-se depois de décadas, e iniciam relacionamentos. Já vi vários amigos, do passado, que nunca namoraram antes, se apaixonarem agora (grifo do autor)¹¹.

Outro ponto importante, colocado pelo autor, é uma certa hiperatividade que perpassa a vida dos *jovens velhos*, marcada por uma ação intensiva sobre o mundo e pelas mudanças em relação às formas de experimentar o próprio corpo.

Atualmente, o corpo dá centralidade às preocupações com o envelhecer, que já não parece guardar qualquer afinidade com a interioridade do ser e o movimento de introspecção; o constructo corporal busca muito mais o olhar do outro do que a relação com o outro. Trata-se de nos conduzirmos pelas inescapáveis searas da beleza, do prazer e bem-estar no espaço social.

Do ponto de vista do corpo, um dos maiores desejos embutidos na sociedade atual é ser jovem. Se a obsolescência do corpo já não permitir fazê-lo com perfeição, sempre haverá alguma forma de rejuvenescer, adotando-se uma vida ativa, mantendo-se a saúde e a boa forma. Mas quando ser jovem é a meta da nossa existência, ser velho passa a ser uma representação cada vez mais negativa. O envelhecimento natural passa a ser vergonhoso, embaraçoso, inadequado, símbolo de morte social. Não há lugar para a velhice assumida, aquela que não vive o desespero de vigiar cada detalhe do próprio corpo, na tentativa de rejuvenescer. Nessa direção, o clamor pelo bem viver e pela qualidade de vida significa uma recusa a envelhecer.

Com as fronteiras entre juventude e envelhecimento ficando cada vez mais invisíveis, há consequências importantes. Nesse sentido, é quase como se a solução para a transição demográfica passasse pelo *boom* da indústria de cosméticos, pelas cirurgias plásticas e pelos comportamentos joviais. O rejuvenescimento torna-se, então, a mola mestra da vida ativa e uma espécie de vacina obrigatória contra o envelhecimento.

É assim que o envelhecimento ativo passa a ser um projeto de celebração do rejuvenescimento que induz a uma imagem da velhice associada à produtividade e a uma visão homogeneizante do envelhecer.

Na sequência, Walcyrr Carrasco alude o tema da saúde e das práticas corporais:

.....
¹¹ Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/vida/walcyrr-carrasco/noticia/2012/03/novos-velhos.html>>. Acesso em: 4 jul. 2013.

A medicina também ajuda. Digo por mim mesmo. Há anos faço um tratamento ortomolecular com o doutor Eduardo Gomes de Azevedo, que exerce uma ‘pré-geriatria’. Ou seja, antecipa tratamentos para curar os males da velhice. Tomo muitas pílulas por dia. Tantas que para engoli-las poderia usar uma pá. Nas refeições, costumo avisar a quem não me conhece:

– Desculpe, mas não sou um paciente terminal. Isso é para ficar bem.

Fiz 60 anos e pensei que me aposentaria emocionalmente. Aconteceu o contrário: uma nova adolescência.

Em geral, me olham de um jeito muito desconfiado. Lecitina de soja, clorofila, cápsulas de ômega 3, mando ver. Há produtos variados contra o envelhecimento. O mais venerado de todos é o hormônio do crescimento (GH). Ele engana o corpo, que aumenta o metabolismo, cria massa muscular. Quando surgiu, há alguns anos, não se conhecia a dose ideal. Fez crescer o nariz, as orelhas e a ponta dos dedos de alguns pioneiros no uso. É tomado em doses altas por quem quer um corpo tipo armário. Muitos médicos o usam como reposição hormonal, em doses mínimas, diárias. Eu tomo. Há pessoas famosas que fazem o mesmo. Meus cabelos não deixaram de ser brancos por causa do GH. Isso aconteceu, mas devido à tintura que Mário Nunes, meu cabeleireiro, me aplica mensalmente. Sinto mais disposição, sem dúvida. Viagra e produtos do gênero também são importantes, mas não vou falar deles. É muito íntimo. Só vamos reconhecer que ajudam a superar alguns dos momentos mais traumatizantes da velhice.

Reconheço: para ser um ‘novo velho’ é preciso vaidade. Mas não só. Também não são só os remédios. O segredo é encarar a vida de maneira positiva. Antes, chegar à terceira idade era sinônimo de aposentadoria. Avôs e avós descobriram os valores da velhice. Como os astros e estrelas nas novelas de TV, também podem se apaixonar, reinventar o cotidiano e entrar numa gloriosa etapa da existência. Afinal, a vida está só começando¹².

Velhos jovens, novos velhos e todos aqueles que se aproximam ou já ultrapassaram os sessenta anos nos centros urbanos procuram

.....
¹² Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/vida/walcyrr-carrasco/noticia/2012/03/novos-velhos.html>>. Acesso em: 4 jul. 2013.

reinventar a vida e a própria aparência num processo de determinação de si em relação ao mundo e à satisfação consigo. Esse processo pode também moldar a anatomia, reinventar os limites biológicos e estéticos, arbitrando-se a ascensão ou submissão individual do sujeito que envelhece.

Não há dúvida de que o *novo velho* revela sua afinidade com uma série de processos contemporâneos, como o endeusamento da ciência, a insuportabilidade do sofrimento e da dor, inclusive da dor social de ser considerado apenas velho. Remodelam-se as experiências contemporâneas do corpo expressas na figura do *novo velho*, fonte emblemática de sucesso, com alta velocidade de reprodução. Acima de tudo, é importante notar que o *novo velho* é a produção do desejável, viabilizado pela conspiração do mercado com um ethos civilizatório que não se limita a ressignificar a velhice, mas toda a vida contemporânea.

V

Considerando o processo de torção social e de costumes ocorrido no contexto do envelhecer, como pensar o ideário do envelhecimento e as constantes recomendações por uma vida saudável e ativa, a partir das afirmações do discurso médico de que depois dos cinquenta, viveremos ainda mais quarenta anos?

É importante registrar que o envelhecimento ativo não é um programa ou uma diretriz, é uma política de âmbito internacional promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), agência de saúde subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU), que visa atingir milhões de pessoas em todo o mundo. Não precisamos lembrar a ascendência que a OMS possui nos vários países. No Brasil, ela está amplamente presente nas políticas adotadas pelo Ministério da Saúde.

O envelhecimento ativo é “excelente” quando se trata de diminuir o gasto social com a saúde, é ótimo no incremento da economia, conservando os idosos mais tempo nos seus postos de trabalho, ao criar um imenso mercado de consumo para a terceira idade.

Nos últimos 100 anos, a expectativa de vida foi duplicada. O mundo celebra o prolongamento da vida. Deseja-se viver mais, postergando-se ao máximo o envelhecimento. A literatura fala sobre a explosão demográfica causada pelo envelhecimento e dos riscos que esse fenômeno trará ao conjunto da sociedade. Nessa perspectiva, parece que a transição demográfica é interpretada como uma epidemia do envelhecimento. E o que é uma epidemia? A incidência, em curto período de tempo, de

grande número de casos de uma doença, algo que oferece riscos e exige soluções imediatas. Essa tem sido a forma como os governos e o planeta têm encarado o envelhecimento no mundo.

Quando a ONU menciona o envelhecimento populacional como um dos maiores desafios do século XXI, evidencia-se a força do quantitativo populacional que envelhece como uma ameaça política potencial. Existe o temor de que as demandas sociais dos segmentos mais longevos se multipliquem e redefinam interesses econômicos e sociais no mundo inteiro.

Paralelamente, o discurso da OMS fundamenta-se nas conquistas da biomedicina, porque sem o discurso científico não há como justificar as decisões políticas que atingem os imensos contingentes populacionais que envelhecem na atualidade.

Considerações finais

No cenário atual, a vida divide espaço com os achados da engenharia genética, nanotecnologia, robótica e inteligência artificial e outros tantos conteúdos extraordinários. O discurso da perfeição e da superação tecnológica afeta todos os planos da vida humana e parece anunciar modos de existência espetacularmente novos, inéditos, imersos em positividade e prazer. O envelhecimento acompanha as transformações tecnológicas e assiste o ser humano se tornar cada vez mais obsoleto, diante da descoberta de todas as suas peças de reposição. Em busca da saúde perfeita, na fantasia pós-humana, o humano se transforma em um limite a ser ultrapassado, sendo cada vez mais objeto de normatizações para que se adeque aos novos padrões socialmente estabelecidos.

Se, por um lado, o envelhecimento é uma grande conquista social, por outro lado a sociedade vive um fenômeno de massa, amplamente reproduzido pelo aparato midiático que revela a insuportabilidade do envelhecer, baseado-se no resgate da juventude e do rejuvenescimento como valores que distinguem a sociedade atual.

A exigência do aprimoramento moral e corporal como símbolos do envelhecimento contemporâneo evidencia que experimentamos um processo de resignificação da velhice atravessado por polimorfismos, normativos e erráticos, que fogem aos padrões históricos e que se expressam como um fenômeno jamais visto na civilização.

Referências

CASOTTI, L.; CAMPOS, R. Consumo da beleza e envelhecimento: histórias de pesquisa e de tempo. In: GOLDENBERG, Miriam. **Corpo, envelhecimento e felicidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

CAVALCANTI, M. L. V. de C. Baianas e velha guarda: corpo e envelhecimento no carnaval carioca. In: GOLDENBERG, M. **Corpo, envelhecimento e felicidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

CERQUEIRA, M. B. et al. Envelheço na cidade: sobre cotidianos do envelhecer na região central de São Paulo. In: TRENCH, B. (org.). **Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011.

EHRENBERG, A. **O culto da performance**. Da aventura empreendedora à depressão nervosa. São Paulo: Ideias & Letras, 2010.

GOULD, S. J. O que é a vida? In: MURPHY, M. P.; O`NEILL, Luke A. J. **O que é a vida 50 anos depois**. São Paulo: Unesp, 1997.

KASPER, K. M. Experimentar, devir, contagiar: o que pode um corpo? **Pro-Posições**, Campinas, v. 20, n. 3, p. 199-213, set.-dez. 2009.

NIETZSCHE, F. W. **Assim falou Zaratustra**. Tradução Mário da Silva. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1977.

TÓTORA, S. Apontamentos para uma ética do envelhecimento. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-38, jun. 2008.



Abuso e negligência contra pessoas idosas¹

.....
Alexandre de Oliveira Alcântara
.....

Nos últimos 20 anos, o Brasil registrou mais de 2 milhões de mortes por causas externas, e 82% delas foram de homens. Enquanto nos anos 1980 os acidentes de trânsito eram a principal causa externa de óbitos masculinos, na década de 1990 os homicídios assumiram a liderança. Entre 1980 e 2000, a taxa de mortalidade por homicídios, para ambos os sexos, no Brasil, aumentou 130%. Esses terríveis números são revelados por Mir (2004) e mostram a letalidade da “guerra civil brasileira”. Nesse contexto, é óbvio que os idosos são violados em seu direito fundamental à vida, principalmente por constituírem um grupo social mais vulnerável.

Em pesquisa sobre violência contra idosos no Brasil, promovida pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, Minayo (2005, p. 14) confirma que

.....
¹ Participação do autor na mesa que discutiu o tema, no V Seminário de Pesquisas em Envelhecimento, III Simpósio sobre a Doença de Alzheimer e I Congresso de Aposentados do Sul da Bahia, no período de 24 a 26 de julho de 2013, pelo Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Universidade Estadual de Santa Cruz, em Ilhéus, Bahia.



a natureza das violências que a população idosa sofre coincide com a violência social que a sociedade brasileira vive e produz nas suas relações e introjeta na sua cultura.

A violência contra idosos se manifesta em três dimensões: a) estrutural, aquela que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas manifestações de pobreza, miséria e discriminação; b) interpessoal, nas formas de comunicação e de interação cotidiana; e c) Institucional, na aplicação ou omissão na gestão das políticas sociais e pelas instituições de assistência.

O estudo parte de uma tipologia internacional para designar as várias formas de violência mais praticadas contra a população idosa. Essa classificação (tipologia) é oficialmente aceita pelo governo brasileiro, conforme demonstra o documento Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde (2001):

a) Abuso físico, maus tratos físicos ou violência física: são expressões que se referem ao uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte.

b) Abuso psicológico, violência psicológica ou maus tratos psicológicos: correspondem a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social.

c) Abuso sexual, violência sexual: são termos que se referem ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou hétero-relacional, utilizando pessoas idosas. Esses abusos visam a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

d) Abandono é uma forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção.

e) Negligência refere-se à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. A negligência é uma das formas de violência contra os idosos mais presentes no país.

f) Abuso financeiro e econômico consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar.

g) Autonegligência diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados a si mesma.

É pertinente trazer um resumo dessa violência, principalmente no que diz respeito aos atentados à vida dos idosos. No período de 1991 a 1998, as violências e os acidentes representaram 3,5% das causas de óbitos de idosos. Em 2000, morreram 13.436 idosos por acidentes e violências no País, significando, por dia, 37 óbitos, dos quais 8.884 (66,12%) foram de homens e 4.552 (33,88%) de mulheres. A violência no trânsito é a que mais mata pessoas idosas no Brasil, segundo a pesquisa: no trânsito, os idosos no Brasil passam por uma combinação de desvantagens; dificuldades de movimentos, próprias da idade, se somam a muita falta de respeito e mesmo a violências impingidas por motoristas e as negligências do poder público.

A segunda grande causa de morte violenta são as quedas. Em 2000, elas corresponderam a 8,9 dessas mortes. Segundo a autora da pesquisa, nas residências, onde vivem mais de 95% dos idosos, para se evitar quedas é preciso que as famílias: cuidem de colocar dispositivos em banheiros, nos pisos e ao lado do leito, tenham a preocupação de melhorar a iluminação desses ambientes, retirem tapetes ou os mantenham de forma segura. Essas simples medidas poderiam evitar ou reduzir boa parte das ocorrências de quedas.

Há uma grande reclamação entre os idosos em relação aos arranques desferidos por motoristas de transportes coletivos que não esperam que eles se acomodem nos assentos.

A pesquisa demonstra que essas duas causas (trânsito e quedas) fazem um ponto de confluência entre violências e acidentes, pois as quedas podem ser atribuídas a vários fatores: fragilidade física, uso de medicamentos que costumam provocar algum tipo de alteração no equilíbrio, na visão, ou estão associados à presença de enfermidades, como osteoporose.

Também costumam, entretanto, ser fruto da omissão e de negligências dos que deveriam prestar assistência, nas casas, nas comunidades em que vivem. A terceira maior causa externa de mortes violentas

tas entre os idosos é a ocorrência de homicídios, que segue o padrão brasileiro dos outros grupos de idade, quando observado a partir da perspectiva de gênero: morrem mais homens do que mulheres. A pesquisa também aponta que é elevada a taxa de suicídio, muito mais significativa do que a da média da população brasileira. Enquanto para o Brasil, em todas as idades, as taxas foram de 3,5/100.000, em 1991, e de 4,00/100.000 em 2000, para o grupo acima de 60 anos elas são de 6,87/100.000, em 1991, e sobem para 7,49/100.000, em 2000. O estudo conclui que os números levantados são apenas a ponta do iceberg, pois retratam tão somente os casos registrados nos serviços de saúde e nos órgãos de segurança pública.

Como se vê, no Brasil, a violência contra a vida do idoso é um fato, e para haver uma mudança dessa realidade, é necessária a participação de todos. Do Estado, mediante políticas públicas direcionadas para a proteção do idoso, como, por exemplo, a promoção de educação para o trânsito em todos os níveis do ensino; incluir conteúdo de cuidado com idoso nas escolas de formação de motoristas; da sociedade civil organizada, através de campanhas educativas sobre a condição e os direitos dos idosos; da família, por intermédio de mais afeto e de responsabilidade com seus idosos.

Sobre a questão da violência contra o idoso, vale ressaltar um dos objetivos do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, da ONU: eliminação de todas as formas de abandono, abuso e violência contra idosos.

A violência contra o idoso também foi um dos 47 temas da 1a Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (1aCNDPI), e foram aprovadas 18 deliberações sobre a questão, das quais é aqui apontada: incentivar a elaboração e implementação dos planos de enfrentamento da violência contra a pessoa idosa nos estados e municípios. O dia 15 de junho é considerado o dia mundial contra maus-tratos a idosos.

Por fim, gostaria de ressaltar que para enfrentar essa complexa questão social, um possível caminho a ser trilhado é a plena efetivação de um **sistema de garantias**. Podemos defini-lo como o conjunto de órgãos públicos responsáveis pela efetivação dos direitos. Previsto na Constituição Federal e nas Leis Ordinárias, esse sistema é composto pelas seguintes instituições/órgãos: Conselhos do Idoso, SOS Idoso (Disque 100), Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Vigilância em Saúde, Poder Judiciário, Defensoria Pública, Ministério Público e Polícia Civil.

Ressalte-se que esse elenco é exemplificativo, e podemos nele incluir outras instituições, como as universidades, que têm muito a

contribuir com a reflexão, a produção do conhecimento, apontando estratégias de ação para enfrentamos todos os tipos de violências. Por fim, toda a sociedade civil deve perceber a importância e participar da efetivação desse sistema de garantias. Acredita-se que a eficiência desse Sistema de Garantias é condição *sine qua non* para a efetividade dos direitos da pessoa idosa, protegendo todos os seus direitos previstos em nosso ordenamento jurídico.

Cidadania, direitos e representação das pessoas idosas

Os direitos políticos são fundamentais em um Estado Democrático de Direito, pois é pelo exercício desses direitos que os cidadãos interferem nos rumos do Estado e, conseqüentemente, na qualidade de suas próprias vidas. A Constituição traça as diretrizes dos direitos políticos a partir de seu art.14. Estabelece que a soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com igual valor para todos. Essa soberania será exercida mediante plebiscito, referendo e iniciativa popular. Estabelece também as regras do alistamento eleitoral e do direito ao voto. Diz a Carta Magna que o voto é facultativo para os maiores de setenta anos.

Nesse capítulo, salientaremos que a Constituição trata das condições de elegibilidade e inelegibilidade, cassação de direitos políticos e, por fim, fixa normas gerais em relação aos partidos políticos. No que diz respeito ao voto facultativo para os maiores de setenta anos, Ramos (2002, p. 97) entende que tal disposição é contrária aos interesses dos idosos:

Não parece ter sido pertinente, diante de uma sociedade que marginaliza os velhos, a Constituição de 1988 ter garantido a faculdade de o idoso votar a partir dos setenta anos, à medida que essa previsão, ao invés de contribuir para a efetiva participação destes no processo político, pode estimular justamente a sua apatia.

Dallari (2003) entende diferente, que o legislador constituinte partiu do pressuposto de que muitas pessoas nessa idade se encontrarão fisicamente debilitadas, e, assim, ficam dispensadas de passar pelas intempéries de um dia de eleição e deslocar-se às urnas. É uma forma de respeito à sua condição de pessoa idosa.

A opinião de Ramos (2002) parece estar em melhor consonância com o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, da ONU

(2002), pois é um de seus objetivos: participação de idosos nos processos de tomada de decisões em todos os níveis.

A propósito da participação política das minorias no Brasil, Lopes (2006) acentua que diversas minorias brasileiras têm esse direito limitado por motivos discriminatórios, apesar da Carta Política de 1988 garantir a todos o direito fundamental à igualdade, e exemplifica duas situações discriminatórias envolvendo idosos. Pela pertinência e relevância dos exemplos que mostram, claramente, a visão preconceituosa da instância máxima da Justiça Eleitoral em nosso País em relação aos idosos, analisadas a seguir.

Uma delas trata de situação polêmica levantada quando, no § 6º do art. 8º da Resolução TSE n.º 21.538, de 14 de outubro de 2003, determinou-se o cancelamento do título de eleitor das pessoas maiores de oitenta anos que não tivessem votado por três eleições consecutivas, com base no argumento da presunção de estarem mortas. Essa disposição não apenas violava a norma constitucional que garante o exercício do voto facultativo aos eleitores maiores de 70 anos (art. 14, § 1º, II, 'b'), mas refletia uma política claramente preconceituosa, e até ofensiva, contra os idosos. Neste caso, o Tribunal Superior Eleitoral teve que recuar e suprimir acertadamente a norma discriminatória da citada Resolução.

Outra diz respeito à Resolução TSE 21.920, de 19 de setembro de 2004, que estabeleceu algumas normas eximindo de sanção no caso do descumprimento do “[...] alistamento eleitoral e o voto dos cidadãos portadores de deficiências, cuja natureza e situação impossibilitem ou tornem extremamente oneroso o exercício de suas obrigações eleitorais”. Embora não se possa negar o aspecto positivo da preocupação da Justiça Eleitoral com um grupo minoritário da sociedade brasileira, duas considerações devem ser feitas: a) paralelamente à isenção de sanções para os portadores de deficiência que descumpram com a obrigação de alistar-se ou de votar, deveriam também ser tomadas providências para garantir que todos os locais de alistamento e votação cumprissem minimamente com o estabelecido no §2º do Art. 227, da Constituição Federal, que determina a adaptação de logradouros e prédios de uso público e de veículos de transporte coletivo, para o acesso das pessoas portadoras de deficiência; b) a mencionada Resolução inclui, *a priori*, as pessoas maiores de setenta anos no grupo dos portadores de deficiências refletindo, novamente, a errada concepção de idade avançada como relacionada a alguma incapacidade.

As duas resoluções do Tribunal Superior Eleitoral (TSE) expri-

mem uma violência institucional contra a pessoa idosa e um desrespeito à própria Constituição Federal. Como criar uma presunção de morte pelo fato de o idoso não ter votado por três eleições consecutivas? Ora, o voto, nesse caso, não é uma faculdade? E confundir velhice com deficiência também reflete um preconceito do órgão máximo eleitoral brasileiro.

Estes singelos exemplos ilustram e demonstram que a efetivação da cidadania da pessoa idosa, com a consequente garantia de seus direitos, requer um IDOSO ativo e altivo, que exerça a sua cidadania, e não fique a esperar pelo Estado, pelos políticos, pela previdência etc. Os direitos são conquistas, e no Brasil não basta constar na Constituição e nas Leis, é preciso muito trabalho e suor para que saiam da letra fria dos textos legais.

O contingente de aproximadamente vinte e três milhões de idosos precisa compreender suas possibilidades políticas e intervir com mais altivez em seu próprio destino.

A previdência que queremos

A Carta Política de 1988, ao tratar da Ordem Social, criou a Seguridade Social, que compreende um conjunto integrado de ações, de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (art. 194).

Existem três regimes previdenciários: O Regime Geral da Previdência Social (RGPS), previsto na Constituição Federal (art. 201) e regulamentado pelas Leis nº8.212/91 e 8.213/91, o qual se aplica a todos os trabalhadores da iniciativa privada, portanto, à grande massa de trabalhadores; o Regime Próprio dos Servidores Públicos, previsto no art. 40 da Constituição Federal; e o Regime de Previdência Complementar, previsto no art. 202 da Constituição Federal e regulamentado pela Lei Complementar nº109/01. Serão tecidas algumas considerações sobre o primeiro dos regimes, por ser aquele que abrange a maior parte dos idosos brasileiros, mais precisamente em relação à aposentadoria por idade.

O art. 201 da Lei Maior prescreve: a previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados os critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei, a: I - cobertura dos

eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada; O § 70, inciso I e II do mesmo artigo da Constituição, dispõe: é assegurada aposentadoria no regime geral de previdência social, nos termos da lei, obedecidas as seguintes condições: I - 35 (trinta e cinco) anos de contribuição, se homem, e 30 (trinta) anos de contribuição, se mulher; II - 65 (sessenta e cinco) anos de idade, se homem, e 60 (sessenta) anos de idade, se mulher, reduzido em 5 (cinco) anos o limite para os trabalhadores rurais de ambos os sexos e para os que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, nestes incluídos o produtor rural, o garimpeiro e o pescador artesanal.

Apesar de ser um assunto que interessa a todos os brasileiros, a questão previdenciária é pouco discutida e parece que não há transparência, por parte do Estado, no debate e enfrentamento desse tema. Ouve-se diariamente falar sobre o déficit orçamentário da previdência. Chegamos ao absurdo de cobrar contribuição previdenciária de servidores aposentados (Emenda Constitucional n.41/03), e, por outro lado, também se escutam vozes discordantes sobre a versão deficitária apresentada pelo Governo.

O então deputado estadual do Rio Grande do Sul, Jair Soares [20--], no artigo *O que penso sobre a Reforma da Previdência*, diz:

Não há déficit na Previdência Social. O Regime Geral da Previdência apurou superávit de R\$36 bilhões entre os anos de 2000, 2001 e 2002. Ademais, é oportuno lembrar que os problemas financeiros da Previdência não são causados pelo servidor público, tampouco pelo trabalhador privado.

Essas causas estão ligadas a: 1) ausência de contribuição patronal, de responsabilidade dos governos da União, Estados, Municípios e Distrito Federal; 2) desvio de finalidade dos recursos com complexo previdenciário-assistencial, utilizados para financiamento de programas governamentais, fora da área específica; 3) persistente e crescente volume de inadimplência de empresas contribuintes para a Previdência Social, perfazendo tal item R\$ 180 bilhões em 31.12.2002, fora a sonegação, cujos valores ficam próximos do R\$ 1 trilhão; 4) ausência de estudos demográficos, matemáticos, estatísticos e atuariais indispensáveis à definição de um novo modelo previdenciário para o país; 5) estagnação da atividade econômica nos últimos cinco anos pelo menos, o que tem aumentado o desemprego (a maior taxa dos últimos dez anos), desfalcando a Previdência Social de receitas originadas sobre a

taxação da folha de pagamento. Com isso, tem se estimulado a atividade informal na economia, em que não há formalização das relações laborais. Informações oficiais dão conta da existência de 40,2 milhões de trabalhadores nestas condições; 6) dívidas do setor público com a Previdência Social.

Salgado (2001, p. 37) também é enfático em mostrar o caráter contraditório e injusto da Previdência Social no Brasil:

A Previdência Social, até hoje, tem a característica de resistir em universalizar benefícios. E é, sem dúvida, o segmento etário idoso, mais particularmente o idoso aposentado, a maior vítima dessa perversidade, desse sistema previdenciário.

Os burocratas ou, melhor, “os burrocratas” da nossa Previdência Social, foram extraordinariamente “ingênuos” quando organizaram essa previdência. Aliás, imbuídos da ideia da *benesse*, imaginaram assim: o velho brasileiro vive pouco, portanto vai se aposentar e, com certeza, vai sobreviver 5, 6 anos com a aposentadoria. Hoje, os idosos e os aposentados estão se recusando a morrer no tempo previsto, e a Previdência Social faz da rubrica de pagamento dos aposentados o verdadeiro vilão da Previdência Social. E não permite, de maneira nenhuma, melhorar esta condição de rendimento. Por outro lado, é um sistema previdenciário absolutamente contraditório, que chega a perdoar dívidas vultosas de empresas ou de pessoas importantes, e do próprio governo que, segundo consta, é o que tem o maior número de inadimplências com a própria Previdência Social.

Apesar dessas contraposições bem arrazoadas do deputado gaúcho e do estudioso do envelhecimento, realmente a questão previdenciária é uma preocupação, mesmo nos países do chamado *Welfare State* (Estado de Bem-Estar Social). Guimarães (2006, p. 24) alerta para o problema:

O envelhecimento tem diversos impactos. Um deles, o mais notável no Brasil, é o impacto da Seguridade Social. O Banco Mundial (World Bank) prevê que, entre 2020 e 2025, todos, eu disse *todos*, os programas de aposentadoria do mundo estarão enfrentando enormes dificuldades, já que o número de pessoas recebendo aposentadoria será muito grande e cada vez maior, e os recursos para esses programas não crescerão no mesmo ritmo.

Giddens (2001, p. 128) faz uma análise no mesmo sentido:

uma vez que as instituições e os serviços comumente agrupados sob a rubrica do *welfare state* são tão numerosas, vou me limitar aqui a comentários sobre a seguridade social. A que o Estado do investimento social visaria em relação a seus sistemas de seguridade social? Tomemos duas áreas básicas: provisão para a velhice e para o desemprego. Com relação à velhice, uma perspectiva radical sugeriria escapar dos limites em que o debate sobre o pagamento de aposentadorias é geralmente desenvolvido. A maioria das sociedades industrializadas tem populações em processo de envelhecimento, e este é um grande problema, diz-se, por causa da bomba-relógio das aposentadorias. Os compromissos com aposentadoria de alguns países, como a Itália, a Alemanha e o Japão, estão muito acima do que pode ser fornecido, mesmo admitindo-se um razoável crescimento econômico. Se outras sociedades, como a britânica, evitaram essa dificuldade, em certa medida, é porque reduziram ativamente seus compromissos estatais com aposentadorias².

Ora, se há preocupação com a Previdência Social nos países ricos, é mais do que hora de haver uma séria reflexão, no Brasil, sobre o assunto, reflexão essa que deve envolver todos os setores da sociedade – Governo, trabalhadores, empresários, estudiosos, e a universidade tem aqui um papel de grande relevo a fim de desmitificar todos os discursos em todo da falência da Previdência Pública no Brasil.

Existe a necessidade de se melhorar os benefícios dos aposentados brasileiros, pois, como já alhures registrado, citando Minayo (2005, p. 30), “no Brasil, apenas 25% dos idosos aposentados vivem com três salários mínimos ou mais, portanto, a maioria é pobre e mesmo miserável”.

Do mesmo modo essencial, e de fundamental importância, é a manutenção da previdência social como patrimônio do povo brasileiro. Como dizia uma frase nas comemorações pela passagem dos 70 anos da Previdência Social no Brasil: “*A Previdência Social não é de um partido, não é de um governo, é da sociedade, é patrimônio do povo brasileiro*”.

.....
2 Na Grã-Bretanha as aposentadorias são indexadas aos preços médios, não aos salários médios.

Referências

BRASIL.Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988: obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antonio Luiz de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Livia Céspedes. 35 ed. São Paulo: Saraiva, 2013. (Coleção Saraiva de Legislação).

_____. **Estatuto do Idoso**. Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Gráfica do Senado Federal, 2013.

DALLARI, D. de A. Deficiente e idoso: o direito de ser pessoa. In: _____. **Pessoa idosa e pessoa portadora de deficiência**: da dignidade necessária. Vitória: CEAf, 2003. v. 1. (Coleção Averso ao Direito).

GIDDENS, A. **A terceira via**: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social democracia. Tradução Maria Luiza X. de A. Borges. 4 ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

GUIMARÃES, R. M. A situação e as perspectivas do envelhecimento populacional no mundo. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE GERONTOLOGIA SOCIAL 2006. **Anais...** São Paulo: Sesc, 2006.

LOPES, A. M. D'A. A participação política das minorias no estado democrático brasileiro. In: LIMA, M. M. B.; P. A. de M. A. (org.). **Democracia, Direito e Política**: estudos internacionais em homenagem a Friedrich Muller. Florianópolis: Conceito Editorial, 2006.

MINAYO, M. C. **O avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. 2 ed. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

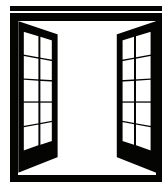
MIR, L. **Guerra civil**: estado e trauma. São Paulo: Geração Editorial, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento**. 2002. Tradução Arlene Santos. [S.l.: s.n., [21--]].

RAMOS, P. R. B. **Fundamentos constitucionais do direito à velhice**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2002.

SALGADO, A. M. O segmento idoso e as políticas: o papel das instituições. Revista **Kairós**, São Paulo, v. 4, p. 33-54, 2001.

SOARES, J. **O que penso sobre a reforma da Previdência**. Porto Alegre: Assembleia Legislativa, [20--].



Acessibilidade em lugares públicos e privados

Nildo Manoel da Silva Ribeiro
Silvana Maria Blascovi de Assis

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o termo deficiência foi definido como perda ou anormalidade de estruturas ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. As deficiências podem ser temporárias ou permanentes, progressivas ou estáveis, intermitentes ou contínuas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

O Decreto Federal n.º 3298/99 classifica como deficiência permanente aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e incapacidade como uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais, para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida (BRASIL, 2013).



Acessibilidade é fundamental para que todos os indivíduos possam desempenhar suas atividades. Os itens que compõem a acessibilidade, nos seus mais diversos níveis, podem ser chamados de facilitadores. Com isso, o indivíduo tem a possibilidade de executar o que deseja, ou o que lhe é determinado em alguma circunstância.

O sucesso da atividade vai depender do quanto se está preparado para executar, mas essa é uma questão pessoal e não arquitetônica.

A falta de acessibilidade em determinados locais e serviços leva as pessoas com deficiência a apresentar, muitas vezes, perturbações de estima e comportamento. Em muitos casos, observa-se segregação social, diminuição das atividades de lazer, integração com familiares, amigos, e possibilidade de realizar atividades, independente do auxílio de terceiros (RIBEIRO, 2007).

No entanto, existem normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência física ou com mobilidade reduzida, como determinam a Lei Nº 10.098 (BRASIL, 2000) e a Norma 9050/2004 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

As barreiras arquitetônicas mais encontradas são: degraus, escadas, corrimãos, banheiros, dimensões de portas e transporte urbano. A adequação dos ambientes inclui os bens públicos e privados de utilidade pública, como shoppings, cinemas, teatros, clubes, praças, praias, estações e calçadas, que devem atender às diferentes necessidades especiais peculiares a cada tipo de deficiência (RIBEIRO, 2007).

A partir da acessibilidade aos ambientes é que se estabelecem relações, sendo possível uma maior interação e, com isso, um maior crescimento pessoal. É nesse ponto que se destacam as condições de acessibilidade para um melhor convívio social e de lazer para os deficientes físicos (SANTOS, 2006).

Existe, na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, a presença de uma classificação de fatores ambientais que possibilita a identificação de barreiras e facilitadores ambientais para a capacidade e o desempenho de ações e tarefas na vida diária (OMS, 2003).

A CIF constitui-se em valioso instrumento na pesquisa em incapacidade, em todas as suas dimensões – deficiência no nível do corpo e partes do corpo, no nível da pessoa com limitações de atividade e no nível social de restrições à participação. Fornece um modelo conceitual e a classificação necessária para instrumentos que avaliam o ambiente social e físico (OMS, 2003).

O conceito de deficiência não pode ser confundido com o de incapacidade, palavra que é uma tradução, também histórica, do termo “*handicap*”. O conceito de incapacidade denota um estado negativo de funcionamento da pessoa, resultante do ambiente humano e físico inadequado ou inacessível, e não um tipo de condição (OMS, 2003)

Configura-se, assim, a situação de desvantagem imposta às pessoas com deficiência através daqueles fatores ambientais que não constituem barreiras para as pessoas sem deficiência (OMS, 2003).

A CIF, proposta em âmbito internacional pela OMS, apresenta a deficiência como alterações nas funções fisiológicas dos sistemas orgânicos. As estruturas do corpo, por sua vez, são as partes anatômicas. As deficiências podem ser parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indicam necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deve ser considerado doente (OMS, 2003).

A possibilidade de mobilidade constitui um dos capítulos da CIF, dentro do domínio do componente atividade e participação. Quanto maior a possibilidade de locomoção no meio em que vive, maior será a integração indivíduo – sociedade sendo mais favorável o chamado “componente da saúde” do sujeito. Os fatores ambientais têm um impacto sobre todos os componentes da funcionalidade e da incapacidade, e estão organizados de forma sequencial, do ambiente mais imediato do indivíduo até o ambiente geral (OMS, 2003).

Um ponto importante da CIF é a presença de uma classificação de fatores ambientais que possibilita a identificação de barreiras e os facilitadores ambientais para a capacidade e desempenho de ações e tarefas na vida diária. Com este esquema de classificação, que pode ser utilizado seja em uma base individual ou para coleta de dados de uma população ampla, é possível criar instrumentos que avaliam ambientes em termos do seu nível de facilitação, ou criação de barreiras para diferentes tipos e níveis de incapacidade.

Os fatores contextuais englobam os fatores ambientais que, por sua vez, colocam que existe uma influência externa sobre a funcionalidade e sobre a incapacidade. Traz a presença de um impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal. E ressaltam, como aspectos positivos, os facilitadores, e como aspectos negativos, as barreiras.

Sendo assim, a CIF assinala que a incapacidade é caracterizada como resultado de uma relação complexa entre a condição de saúde do indivíduo e os fatores pessoais, com os fatores externos que representam as circunstâncias nas quais o indivíduo vive. De acordo com

o ambiente, o impacto pode ser diferente sobre o mesmo indivíduo com uma determinada condição de saúde. O ambiente com barreiras ou sem facilitadores vai restringir o desempenho do indivíduo; outros ambientes mais facilitados podem melhorar esse desempenho. A sociedade pode limitar o desempenho de um indivíduo criando barreiras ou não fornecendo facilitadores.

Através dessa classificação lança-se uma luz sobre a performance de cada indivíduo, retirando a responsabilidade apenas daquele que executa uma ação. O desempenho depende de uma interação direta com o ambiente.

Mais enfático é o que é denominado saúde, pois depende de componentes mais globais do que muitas vezes faz supor o conceito. Saúde não é apenas ausência de doença, mas uma visão global de aspectos, e inclui, de forma significativa, o desempenho do indivíduo no ambiente. Então, pensar em acessibilidade não é apenas uma questão de pensar no direito de ir e vir, é pensar em saúde.

Acessibilidade, que já é um direito de todos, agora alcança uma dimensão maior quando pensamos que a saúde do indivíduo também tem a acessibilidade como um dos pilares importantes.

Não somente os profissionais diretamente ligados ao assunto devem pensar em acessibilidade. De uma forma geral, todos devem ter uma visão crítica, e com conhecimento do que trata a lei sobre esse tema tão valioso. Deixar de considerar que acessibilidade se resume a uma rampa, que barreira é só arquitetônica, e que existe apenas dificuldade para deficiente físico.

A barreira atitudinal muitas vezes pode ser mais cruel que a barreira física, e muitos resolvem viver nos seus círculos conhecidos e reduzidos, pois sabem que quando se expõem em lugares mais amplos suas “diferenças” chamam atenção.

Pensa-se que toda responsabilidade é do governo, quando o simples fato de não estacionar em vaga para pessoas com déficit de mobilidade pode ser um grande gesto. Não estacionar em passeios, em lugares que possuem rampas. Pode-se conversar com os responsáveis pelos estabelecimentos sobre a acessibilidade do local. Deve-se alertar os vizinhos, os alunos, os colegas de trabalho para o tema que, hoje, é de outra pessoa, mas que mesmo temporariamente pode afetar seu círculo mais pessoal.

A acessibilidade é importante para a participação ativa da pessoa com deficiência na sociedade, desde o envolvimento com o lazer até o trabalho. A concepção de que essas pessoas devem ficar em casa deve

ser abandonada, e isso se fortalece principalmente pela participação entre os diversos ambientes. Para isso, portanto, é necessário que se possa chegar com segurança e autonomia nos lugares.

A acessibilidade é uma questão central na qualidade de vida. Considera-se que é uma questão ampla e dependente da percepção individual, mas a falta de acesso a diversos setores da sociedade pode interferir na satisfação pessoal e no direito à cidadania.

A proteção dos direitos dos cidadãos, educação, saúde, trabalho, lazer, segurança e previdência social, está resguardada pela Constituição Brasileira promulgada em 1988 (Art. 6º). A eliminação de barreiras de acesso nas ruas, as edificações e o transporte também foram merecedores de atenção na elaboração da Carta Magna, e a igualdade das “pessoas portadoras de deficiência”, pelo menos perante a lei, ficou garantida como possibilidade de integração destas pessoas na cidade, permitindo sua circulação e o atendimento de suas necessidades especiais (SAETA, 1999).

O Brasil passou por profundas mudanças relacionadas às políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência nos últimos dez anos. A Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), responsável pela articulação das políticas públicas para as pessoas portadoras de deficiência, estruturou o Programa de Remoção de Barreiras ao Portador de Deficiência, voltado para a remoção de barreiras arquitetônicas, destacando-se, nesta ação, o projeto Cidade para Todos. Além desse programa, outras prioridades da CORDE são a formulação e a integração, em âmbito nacional, de políticas voltadas para a promoção dos direitos dos portadores de deficiência (LIMA, 2006).

A regulamentação da Lei n.º 10.048, de 2000, pelo Decreto de n.º 5296/2004 foi um grande avanço para as pessoas com mobilidade reduzida e para a sociedade. Ter um meio ambiente acessível é um direito de todos, assim, a luta dos movimentos de base realmente vem demonstrando o papel do cidadão atuante, informado, e a importância da organização para a conquista dos direitos individuais, sociais e difusos (MENDONÇA, 2006).

Quando se ressalta a legislação, a eliminação de barreiras arquitetônicas é traduzida como acessibilidade, favorecendo que as pessoas com mobilidade reduzida possam ter um melhor desempenho para atingir os seus objetivos (OLIVEIRA, 2000).

Porém, algumas das principais dificuldades para a implantação e implementação de políticas eficazes, democráticas e inclusivas são a

fragmentação e a dicotomia de atuação das diferentes esferas administrativas e setoriais e de outras instâncias que podem vir a ter papel estratégico na formulação e execução de uma Política Nacional. Sabe-se que ainda existe violação da legislação, algumas vezes por desconhecimento e, muitas outras, por omissão e falta de respeito aos direitos humanos (LIMA, 2006).

As barreiras ambientais ou arquitetônicas são definidas como impedimentos físicos que impossibilitam os indivíduos de funcionar de maneira ideal em seus arredores, e incluem riscos quanto à segurança, problemas de acesso e dificuldade com o modelo da casa ou local de trabalho, ou seja, o antônimo de acessibilidade. Como reflexo da importância da acessibilidade ambiental, símbolos reconhecidos internacionalmente identificam construções acessíveis aos indivíduos com incapacidades físicas e devem ser utilizados para tornar conhecidos os ambientes que lhes permitem uma adequada acessibilidade (O'SULLIVAN, [21--?]).

Os espaços nos quais se procura reduzir as barreiras para esse grupo social são os mais diversos: residência, ruas, meios de transporte, mobiliário urbano, escolas, empresas, áreas de lazer, e mesmo a internet.

A mobilidade urbana é um pressuposto para a redução das desigualdades sociais, da violência, e da pobreza nas cidades, isso porque, em grande medida, as diversas formas como se manifestam guardam relação direta com a segregação espacial e a falta de acesso aos serviços públicos.

A acessibilidade beneficia todo o conjunto da sociedade, ainda que soluções específicas sejam necessárias para a equiparação de oportunidades das pessoas com deficiência, ou com mobilidade reduzida, que se encontram em desvantagem na fruição dos benefícios do processo de urbanização e na garantia do direito de ir e vir.

Segundo a Lei n.º 10.098/2000, barreiras podem ser definidas como qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento e a circulação com segurança das pessoas, podendo ser classificadas em:

- Barreiras arquitetônicas urbanísticas: são as existentes nas vias e nos espaços públicos referentes às obras de urbanização, tais como pavimentação, saneamento, encanamento para esgotos, distribuição de energia elétrica, iluminação pública, abastecimento e distribuição de água; ao

paisagismo, os que materializam as indicações do planejamento urbanístico; ao mobiliário urbano, que é o conjunto de objetos existentes nos espaços públicos, tais como semáforos, postes de sinalização, cabines telefônicas, fontes públicas, lixeiras, toldos, marquises, quiosques.

- Barreiras arquitetônicas na edificação: referem-se às existentes no interior dos edifícios públicos e privados, que podem ser de acesso (rampas e portas); circulação interna (corredores, rampas, escadas, corrimão, elevadores); sanitários e equipamentos (bebedouros, telefones, maçanetas, interruptores).
- Barreiras arquitetônicas nos transportes: são as existentes no interior dos meios de transporte (degraus, torniquete, espaço do corredor, espaço entre os assentos).

As barreiras descritas interferem na acessibilidade, ou seja, na possibilidade e condição de alcance com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por parte da pessoa com deficiência física ou mobilidade reduzida. Elas podem surgir ou ser provocadas pelo descaso, pela falta de cumprimento ou total desobediência às leis vigentes.

O mais econômico e coerente seria combatê-las, evitando que projetos que não obedecessem aos critérios ou exigências mínimas das leis e normas fossem aprovados.

A partir da acessibilidade aos ambientes é que se estabelecem relações, sendo possível uma maior interação e, com isso, um maior crescimento pessoal. Os objetos que nos cercam nos auxiliam em nossas ações. É nesse ponto que se destacam as condições de acessibilidade para um melhor convívio social e de lazer para as pessoas com mobilidade reduzida (SANTOS, 2006).

A integração social do indivíduo com deficiência é um grande desafio, e tem sido amplamente discutido. Movimentos nesta direção foram desencadeados a partir da década de 80, mas precisamente no ano de 1981, eleito o ano internacional da pessoa portadora de deficiência, o qual se tornou um verdadeiro marco na luta social das pessoas com deficiência em defesa de seus direitos, buscando mostrar que a pessoa não é a deficiência (SAETA, 1999).

É fundamental que a acessibilidade seja interpretada como elemento indispensável para a inclusão social de todas as pessoas nos diferentes espaços da vida pública ou privada. E aqui não pode ser

ignorada ou esquecida sua dupla faceta: interna e externa. No âmbito interno, ser acessível aos outros e ao mundo implica respeito recíproco à singularidade de cada pessoa e a pluralidade de condições e situações de vida que determinam a diversidade.

No âmbito externo, a acessibilidade ao espaço social e público define-se pelas facilidades físicas, materiais, e de participação ativa nas mais variadas instâncias do trânsito existencial, direta ou indiretamente, isto é, pessoalmente ou contando-se com a mediação de recursos humanos, técnicos ou tecnológicos (MAZZOTA, 2006).

Conviver implica presença de duas ou mais pessoas, logo não depende apenas da vontade individual. Pode-se considerar a inclusão como base da vida social, da convivência das pessoas, ligada às condições básicas de acessibilidade (MAZZOTA, 2006).

Desde a mais simples medida para rebaixamento de guias nas calçadas das cidades, até a mais profunda e abrangente ação socioeducativa voltada para a construção de sujeitos e cidadãos críticos, solidários e responsáveis deixam de ser concretizadas, muitas vezes, pela invisibilidade das pessoas e grupos com maiores necessidades e que têm sido, quando muito, identificados como minorias (MAZZOTA, 2006).

O preconceito com as pessoas com deficiência configura-se como um mecanismo de negação social, uma vez que suas diferenças são ressaltadas como uma falta, carência, ou impossibilidade. A condição das pessoas com deficiência é um terreno fértil para o preconceito em razão de um distanciamento em relação aos padrões físicos e/ou intelectuais que se definem em função do que se considera ausência, falta ou impossibilidade (SILVA, 2006).

Considera-se de fundamental importância o fortalecimento de ações que derrubem barreiras físicas e atitudinais de modo a garantir a acessibilidade de todos aos bens e serviços sociais e culturais (MAZZOTA, 2006).

As diferenças existem em todos, de várias formas. Essas diferenças não devem ser motivo de exclusão, e empecilho ao desenvolvimento de potencialidades. Pensar grande, com determinação, com vontade de diminuir as barreiras que nos separam, pensar e desejar que todos possam desempenhar, com autonomia, o que sentirem vontade.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS E TÉCNICAS (ABNT). **ABNT / NBR 9050**. Acessibilidade a edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos. 2. ed. São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.mg.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/sicorde/principal/asp>>. Acesso em 5 dez. 2013.

BRASIL Decreto Federal n.º 3298/99. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Presidência da República**. Casa Civil. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, 1999. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto/d3298.htm>>. Acesso em: 5 dez. 2013.

_____. Lei n.º 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Presidência da República**. Casa Civil. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm>. Acesso em: 5 dez. 2013.

LIMA, N. M. A. Avanços e conquistas na área da acessibilidade no Brasil. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, 1. 2006. **Caderno de textos...** Brasília, DF: [s.n.], 2006. p. 85-87.

MENDONÇA, J. M. B. Direitos humanos, cidadania e acessibilidade. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, 1. 2006. **Caderno de textos...** Brasília, DF: [s.n.], 2006. p. 110 -111.

MAZZOTA, M. J. S. Acessibilidade e a indignação por sua falta. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, 1. 2006. **Caderno de textos...** Brasília, DF: [s.n.], 2006. p. 30-32.

OLIVEIRA, R. A. Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. **Análise Psicológica**, Lisboa, v.18, n 4, p. 437- 453, nov. 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CIF**: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003. (Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais (org), Cássia Maria Buchalla (Coord. da Tradução)).

O'SULLIVAN, S. B. et al. Fisioterapia: avaliação e tratamento. Avaliação ambiental. 4. ed. São Paulo: Ed Manole, [21--?].

RIBEIRO, N. M. S. et al. Análise do ambiente de lazer para portadores de deficiência física com alteração na locomoção, na cidade de Salvador. **Diálogos Possíveis**, Salvador, v. 6, n. 1, p. 235-242, jan-jun. 2007.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Edusp, 2006.

SAETA, B. R. P. O contexto social e a deficiência. **Psicologia: Teoria e prática**, n. 1, v. 1, p. 51-55, 1999. Semestral.

SILVA, L. M. O estranhamento causado pela deficiência: preconceito e experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 33, p. 424-434, set.-dez. 2006.



Educação e cultura – o quê, para quê, com quem, onde?

.....
Benedita Edina da S. Lima Cabral
.....

O instigante tema proposto pela coordenadora do evento para nossa mesa-redonda é um desafio bem conhecido de todos os que se dedicam às questões relativas ao envelhecimento humano e a inesgotável capacidade de aprender. Sabemos da centralidade da cultura na formação das sociedades, a qual é sustentada em valores, normas, padrões, representações sociais, artefatos e tudo mais que produzimos para tornar a vida possível.

Também sabemos a importância da educação para transformar sonhos e ideias em realizações que qualificam a vida social e capacitar os indivíduos para as mais variadas atividades. Ao mesmo tempo, a educação é a principal aliada para nos fazer pessoas melhores em todos os aspectos da convivência em sociedade.

Portanto, podemos afirmar que a educação é uma necessidade real, não apenas um desejo ou um sonho de pessoas de todas as idades. Ademais, é a principal mediadora do aperfeiçoamento das relações sociais, estando presente no ideário da democracia e nas formas



mais elevadas de organização social. As sociedades mais antigas tiveram seus processos pedagógicos estabelecidos e normas específicas de transmissão de conhecimentos e aprimoramento das formas de pensar em busca de soluções para os problemas postos pela realidade. Entretanto, a educação formal, tal como conhecemos atualmente, é uma invenção da Modernidade, e produziu o modelo escolar do qual somos herdeiros. Pesquisadores e pensadores reconhecidos elaboraram conhecimentos fundamentais para compreendermos o longo processo histórico que deu origem à educação.

Entretanto, o que discutimos aqui está relacionado a uma questão bem ampla, pois ultrapassa uma perspectiva fundamental da formação dos indivíduos para debruçar-se sobre o processo permanente da educação continuada, que deve ser do interesse de todos e, principalmente, dos mais velhos, daqueles que, independentemente da educação formal que obtiveram, necessitam acompanhar as mudanças e inovações constantes na sociedade. Então, participar dos programas educacionais poderá fazer a diferença na vida de cada um e de todos ao mesmo tempo.

Assim, podemos constatar que, através da educação, os idosos redescobrem o que já conhecem e ampliam seus horizontes, adicionando novos conhecimentos, novas práticas, despertando competências que podem desenvolver em benefício próprio e dos demais.

Para os professores, é um desafio respeitar e adequar os processos pedagógicos para esse público, agregando, em seu fazer pedagógico, o afeto, a consideração e a solidariedade como vetores para favorecer a aprendizagem e colaborar na melhoria da autoestima dos estudantes.

Segundo os estudiosos desse tema, os programas devem ser elaborados em parceria com os alunos idosos, ressaltando-se os princípios da educação permanente em busca de uma atitude proativa para os estudos, além de valorização da troca de experiências como aprimoramento e a livre circulação de informações entre os participantes da sala de aula.

Numa visão positiva que entende a “velhice como oportunidade”, a aula deve ser um lugar de encontro e interação social e deve alimentar uma sociabilidade motivadora para o crescimento da capacidade de aprendizagem. Assim, incentivando-se a vontade de aprender, se estabelecem bases importantes da ação pedagógica.

Por outro lado, os programas educacionais para a “terceira idade” devem levantar características específicas que incluem as peculiaridades, as experiências acumuladas e a capacidade para decidir quando,

como e o quê desejam aprender (CACHIONI, 2003).

Ainda não temos dados completos e levantamentos estatísticos amplos sobre nosso tema, mas alguns resultados divulgados nos censos do IBGE demonstram que a parcela da população brasileira menos escolarizada é justamente a de mais idade. É importante ressaltar que a pesquisa SESC/Fundação Perseu Abramo – Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativa na terceira idade, São Paulo, 2007, orientada pela Dra. Anita Neri (2007), apontou, em seus resultados, que somente 2% de idosos participam das propostas educacionais, ao mesmo tempo em que constatou que 21% dos entrevistados nunca foram à escola, e desejam se alfabetizar ou continuar o ensino formal, o que sugere, para nós, uma importante tarefa a ser realizada, ou seja, criar mais possibilidades de educação para os idosos.

Para concluir,

O tema proposto está longe de ser esgotado. Argumentos a favor não precisam ser demonstrados e, como afirmado por Delors (1996, p. 54), “Educação, é um tesouro a descobrir”, e só podemos ratificar algumas ideias presentes no debate e bastante conhecidas por todos.

É importante e necessário promover educação para adultos e idosos, independente das grandes políticas educacionais do passado e do presente voltadas para toda a sociedade.

A educação é meio compensatório para idosos que não tiveram acesso à educação ou ainda são analfabetos.

A contribuição da educação para o desenvolvimento das competências, da independência, e para a participação social é indiscutível, e reconhecida a necessidade fundamental da vida em sociedade, além de ser essencial para assegurar a qualidade de vida em todas as fases da vida, inclusive na velhice.

É urgente capacitar recursos humanos para a nova e crescente realidade, na qual o número de idosos aumenta constantemente e eles buscam melhoria e inserção social.

Deve ser compromisso de todos os que exercem o magistério ficar atentos à educação para idosos; a educação sobre o envelhecimento humano e a importância dos conhecimentos servem para vencer preconceitos geracionais ainda presentes em toda sociedade.

Referências

CABRAL, B. E. S. L. **Recriar laços**: idosos e grupos de convivência nas classes populares paraibanas. 2002 Tese (Doutorado)– Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

_____ et al. Universidade e questões geracionais: educar para o envelhecimento na sociedade e na família. In: OLIVEIRA, R. C. S.; D'ALENCAR, R. S. (org.). **As experiências de universidades abertas em um Brasil que envelhece**. Curitiba: Editora CRV, 2011.

CACHIONI, M. **Quem educa idosos?** Um estudo sobre professores de universidades da 3ª idade. Campinas: Editora Alinea, 2003.

DELORS, J. **Educação, um tesouro a descobrir**. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o séc. XXI. Lisboa: Edições ASA, 1996.

NERI, A. L. **Idosos no Brasil**: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Sesc: Editora Fundação Perseu Abramo, 2007.



Estratégias para a reinvenção da velhice: a educação e a cultura¹

.....
Rita de Cássia da Silva Oliveira
.....

A educação e a cultura ... algumas reflexões!

Quando se fala em educação, muitas pessoas reduzem-na, equivocadamente, à educação formal atribuída à escola, desconsiderando outros espaços e práticas educacionais. A sociedade brasileira apresenta uma desigualdade social que traz também um descompasso educacional, embora a educação seja um direito de todos os cidadãos, registrado como preceito constitucional, que nega qualquer distinção ou preconceito.

A representação do idoso no contexto atual não é nada otimista, atribuindo a esta faixa etária mais limitações, estereótipos negativos e incapacidades do que perspectivas e projeções otimistas para o futuro.

.....
¹ Texto base da intervenção da autora na mesa que discutiu o tema *Educação e Cultura: o que, para que, com quem, onde?* no V Seminário de Pesquisas em Envelhecimento, III Simpósio sobre a Doença de Alzheimer e I Congresso de Aposentados do Sul da Bahia, realizados pelo Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Uesc em Ilhéus, Bahia, no período de 24 a 26 de julho de 2013

Atualmente, na sociedade capitalista, o conhecimento torna-se a principal força econômica de produção, o qual passa a ser o instrumento de cada indivíduo na garantia de inserção no mercado de trabalho, em busca de melhor qualidade de vida (OLIVEIRA, 2012, p. 34).

A educação ao longo da vida é, tanto na teoria quanto na prática, uma realidade que precisa ser respeitada e efetivada. Entretanto, neste contexto, o idoso é relegado a um quadro pouco animador, porque são limitadas as iniciativas educacionais oferecidas, sob a justificativa da incapacidade de aprender, de criar ou de inovar, não se levando em conta que é por meio da educação que o homem adquire conhecimentos e se instrumentaliza em busca da emancipação política e, em decorrência, da emancipação humana.

A educação é processo que caracteriza cada sociedade, fundamentada em concepções de homem, de mundo, ideais e objetivos que variam no espaço e no tempo. As perspectivas e possibilidades necessitam de educação ao longo da vida, pois é ao longo da vida que se aprende e se desenvolve.

A educação apresenta uma natureza contraditória, se de um lado reforça a conservação da sociedade, com suas características, hierarquia de poder, por outro lado, busca a superação e ruptura pela conscientização, crítica, visando a emancipação humana.

A existência humana, em toda a sua plenitude, remete-se à educação, que é um processo e um fato social. Vieira Pinto (2010) afirma ainda que pela educação o homem constitui a si próprio; é um processo de formação humana, trabalho, conscientização de si mesmo e do mundo. A educação é um fenômeno cultural e, ao mesmo tempo em que produz, também cabe à educação a transmissão da cultura de uma geração a outra.

Não somente os conhecimentos, experiências, usos, crenças, valores etc. a transmitir ao indivíduo, mas também os métodos utilizados pela totalidade social para exercer a ação educativa são parte do fundo cultural da comunidade e dependem do grau de seu desenvolvimento. Em outras palavras, a educação é a transmissão integrada da cultura em todos os seus aspectos, segundo os moldes e pelos meios que a própria cultura existente possibilita. O método pedagógico é função da cultura existente. O saber é o conjunto de dados da cultura que se têm tornado social-

mente conscientes e que a sociedade é capaz de expressar pela linguagem (PINTO, 2010, p. 33).

Considerando o homem um ser inconcluso, inacabado, que se desenvolve ao longo da vida, a educação deve ser um processo permanente. Além disso, não pode ser baseada em uma concepção ingênua, em que o educando é um ser passivo, sem qualquer conhecimento e experiência, apenas receptor de valores e conhecimentos que lhe são transmitidos.

Enquanto prática social, a educação media a transmissão da herança cultural acumulada pela sociedade, tem sua intencionalidade e finalidade, contemplando o homem em sua totalidade. Possui um papel político fundamental, pois possibilita a troca de experiências e saberes com uma concepção democrática, cuja essência é a transformação, superando a mera transmissão de informações, instrumentalizando, crítica e criativamente, os indivíduos para a inovação da realidade (PICONEZ, 2009).

Afinal, afirma Oliveira (2012, p. 34)

[...] a realidade reclama novos espaços educativos baseados em novas políticas públicas que possibilitem ao idoso condições mais dignas de vida, exigindo não apenas mais reflexão sobre a constante mudança e envelhecimento da população, mas também aliar a uma ação mais ampla em relação à condição humana.

Assim, entende-se a relevância da educação como processo que oportuniza mudanças individuais e sociais, refletindo a necessária condição de libertação, de mudanças e de conquista da autonomia na terceira idade.

É indispensável o despertar de mais atenção e investimentos do Estado e da sociedade civil para minimizar a precariedade de vida dos idosos. A terceira idade, no Brasil, não constitui um fato econômico sério, e, assim, não atrai maiores investimentos no setor. Essa situação, pela educação, deve ser revertida (OLIVEIRA et al., 2011, p.16).

Ao mesmo tempo em que a educação reflete as necessidades, os interesses, e caracteriza uma sociedade, também sofre influências da mesma, pelo caráter ideológico que, enquanto processo, reflete e resume a totalidade cultural, transmite e produz cultura (PINTO, 2010).

Pode-se considerar que cultura e educação são processos integrados, pois buscam a conservação e a renovação da sociedade. É na manutenção que se manifesta a dinamicidade e, nesta, a preservação e a estabilidade. A internalização da cultura pelos indivíduos garante que o passado se perpetue, mas possibilita também que se renove e se modifique. O homem cria e produz cultura, mas ao mesmo tempo sofre sua influência.

A cultura é considerada um processo por meio do qual o homem dá sentido a si e a todas as coisas que o cercam, à natureza e às pessoas com as quais estabelece relações de convivência.

O indivíduo, ao longo da vida, está inserido em diferentes grupos sociais, compartilhando constantemente experiências, saberes, e recebendo e produzindo conhecimentos, crenças, hábitos, valores, modos de vida em comum, dando à cultura um caráter simbólico, aprendida e transmitida de geração a geração. A educação é relevante e eficiente na transmissão da cultura. É justamente no mundo de significados, símbolos, representação social, pensamentos, modos de vida, valores construídos, juízos morais, éticos e religiosos, que a identidade dos indivíduos é construída, assim como o sentimento de pertença e de inclusão no sistema sociocultural.

O idoso, como indivíduo social, busca o reconhecimento de sua identidade pela sua história, por seu pertencimento, por sua vivência, seja com seus iguais (cor, gênero, idade, crenças), pelo princípio da igualdade, seja com seus diferentes. Há algumas décadas era considerado improdutivo, ideia revestida de preconceitos e estigmas negativos, era desvalorizado como indivíduo e desacreditado como potencial de investimento. Entretanto, esta visão tem sofrido mudanças e outro paradigma de velhice tem sido desenhado, focando-o como ator social, protagonista, ativo e participativo. E a educação vem tendo um papel importante nessa mudança, tornando-se primordial para garantir a autonomia na velhice, apresentando-se em diferentes modalidades: formal, não formal e informal.

É na educação não formal que o idoso encontra uma diversidade de oportunidades e espaços para usufruir da cidadania em sua plenitude. Caracteriza-se como um espaço de aprendizagem social, com diferentes metodologias, com flexibilidade curricular, não se enquadrando em espaços escolares regulares.

A educação não formal, como afirma Gohn (2006), em uma perspectiva política, possibilita o desenvolvimento das potencialidades, exercício de práticas comunitárias e sociais, aprendizagem que favo-

rece uma leitura de mundo, transmissão de informações e a formação política, social e cultural. Esta modalidade valoriza a cultura individual e coletiva pelas possibilidades de compartilhamento de experiências, ações, relações intergeracionais e inter-raciais, superando estigmas e estereótipos negativos construídos pela sociedade. Voltada para a integração na diversidade cultural e para a superação da exclusão, busca o desenvolvimento socioeconômico, cultural e também afetivo. Toda a ação educacional subentende intenções, nem sempre explícitas mas que orientam o tipo de homem que se espera para aquela sociedade em dado momento histórico. O diálogo é uma estratégia eficiente na educação do idoso, deve ser preciso aprender a leitura do mundo, a reflexão, a conscientização de si e do mundo do seu entorno, o empoderamento para uma maior participação e melhoria na qualidade de vida.

Desta maneira, as atitudes, os comportamentos, valores, conhecimentos são impregnados de cultura, nela são criados e nela se mantêm. Todo conteúdo, pessoal ou social, exerce e recebe influência do novo panorama demográfico, no qual o fenômeno do envelhecimento apresenta-se acelerado e a longevidade ampliada. Esta realidade reclama por um redimensionamento das perspectivas de vida, mas ainda registra um descompasso dos recursos sociais, das famílias, das comunidades, das instituições, das políticas públicas, da educação e da cultura frente ao contingente de idosos.

Como afirma Both (2001, p. 10),

[...] as representações culturais e as posições sociais, concedem, em última análise, formas à personalidade, restringindo ou ampliando as relações de poder. Na falta de direção e disposições não ocorrem as realidades psicológicas. As possibilidades da vida não emergem somente pela boa vontade de cada um, mas em proposições e disposições determinadas pela cultura. Somente discursos duros e consistentes e estratégias persistentes e bem postas podem provocar novas convicções e mudanças radicais na concepção e na moral em torno dos mais velhos.

O paradigma dominante da velhice, associado a uma representação negativa e deficitária, aos poucos é revisado. As pesquisas contribuem de forma significativa para desconstruir uma percepção negativa da velhice, ainda presente, e cristalizada, na sociedade.

É ainda Both (2001, p.12) quem afirma:

A verdade sobre o ser humano não reside nas gavetas. Ela perambula nas ruas e nas casas e é forjada em estudos e proposições conquistadas e amplamente sedimentadas. Um paradigma constituinte e constituidor de identidades multiculturais e de rompimentos nas relações produzidas em representações deficitárias da velhice não é dádiva, mas fruto de árduas negociações.

A cultura e a educação, sem dúvida, ampliam as possibilidades de desenvolvimento da pessoa idosa, afastando os contornos negativos da sua identidade, ressaltando as limitações e, em contrapartida, apresenta alternativas e estratégias para a superação, entre as quais a educação.

Não é difícil avaliar o quanto a educação tem por fazer junto a todas as instituições e junto a todos os espaços de formação cultural e científica para dizer sobre a necessidade de conhecer o conhecido e sobretudo desvelar o desconhecido sobre a velhice em todas as suas idades e em todos os seus potenciais e limites (BOTH, 2001, p. 13).

Refletir sobre o processo diferenciado de envelhecer e sobre o velho exige uma interlocução de diferentes ciências para um entendimento da complexidade que este fenômeno encerra. E é nesta interlocução entre ambiente, cultura e diversidade de saberes que será possível promover e orientar ações de uma educação gerontológica, de uma educação para a vida, de uma educação permanente.

A educação permanente tem como uma de suas vertentes a animação sociocultural (ASC), isto porque

A preocupação básica que orienta o desdobramento da educação permanente e desenvolvimento cultural não se refere à contínua maturação humana, mas ao desenvolvimento socioeconômico e cultural (PAIVA, 1985, p. 48).

A animação sociocultural é uma área de intervenção educativa que objetiva o desenvolvimento humano nos níveis social, cultural e esportivo (TRINDADE, 2010). Trabalhada em grupos, em espaços não formais, com base no compartilhamento de experiências, de saberes, valoriza a cultura, incluindo valores e crenças. A ASC se efetiva através de cursos, projetos, programas, casas asilares, universidades abertas

para a terceira idade, orfanatos, instituições para menores infratores, dentre outros espaços. Possibilita trabalhar com pessoas que se encontram marginalizadas (ou menosprezadas) na sociedade. Os princípios que a norteiam são o respeito e a valorização das experiências e dos saberes dos participantes. As diferentes manifestações culturais, como música, teatro, dramatização, cinema, círculos de cultura, mesa redonda, cursos, palestras, encontros, reuniões, integram as metodologias dessa modalidade.

Considerando que os sujeitos são estimulados a se transformar em atores sociais, a ACS contribui para o empoderamento, tanto individual quanto social, com mais autonomia e independência para que participem ativamente da sociedade na qual estão inseridos.

É de Paulo Freire (1986) a afirmação de que o empoderamento possibilita a transformação cultural dos sujeitos, mas esta só ocorre por meio da educação, que é um ato político. O conhecimento, a leitura crítica de si mesmo e do mundo e a participação são elementos necessários para o empoderamento, para a superação de desequilíbrios sociais.

O idoso, cada vez mais, reclama por maior respeito, valorização pessoal, por maior participação social, seja por meio de associações, de conselhos, de voluntariado em diferentes instituições, pelo controle de sua própria vida e de seu próprio desenvolvimento. Os idosos empoderados representam a contribuição da educação fundamentada na prática social, consciente e com base em uma concepção crítica.

“Os mais velhos e as instituições ainda têm muito o que fazer para romper com a solidão de não poderem ter a sociedade como parceira de seus sonhos” (BOTH, 2001, p. 19).

Para finalizar ou o recomeço de mais reflexões?

O envelhecimento e a velhice são temas atualmente em evidência e de grande interesse nas pesquisas científicas. As produções voltadas para esta temática cada vez mais se intensificam.

Repensar a velhice, estereotipada negativamente, que ainda permeia a sociedade brasileira, deve constituir um desafio para todos os cidadãos. Para que a mudança ocorra, deve acontecer o rompimento da visão preconceituosa e a promoção de mecanismos que favoreçam a superação.

A educação e a cultura possibilitam instrumentalização de saberes e de técnicas para os indivíduos, o sentimento de pertencimento à sociedade, ao mesmo tempo em que favorece a inserção e participação social.

A mudança cultural, na construção de outro conceito de velhice mais compatível com o idoso que hoje emerge, ativo, participativo, com autonomia e empoderado, vem negar e substituir a visão estereotipada e cruel fortalecida pela sociedade capitalista, que exclui, marginaliza e deprecia o idoso. Não é tarefa fácil e nem será rapidamente atingida, mas envolve toda uma sociedade, e os indivíduos de todas as idades, inclusive e principalmente os idosos, em uma mudança cultural gradativa e necessária.

As alterações culturais ocorrem a partir do momento em que os idosos passam a recusar a visão pejorativa que a população apresenta acerca da velhice e começam a se mostrar como verdadeiros atores sociais, capazes de mobilizar a sociedade, na busca de reconhecimento social, cultural, político e econômico (OLIVEIRA et al, 2013, p. 19).

O contingente de idosos cada vez se amplia e, na medida em que os idosos mantenham uma visão mais crítica de si mesmos e do mundo em que vivem, instrumentalizados pelos conhecimentos, no exercício de sua cidadania e empoderados, buscarão mobilizar-se para reequilibrar as desigualdades e injustiças a que ainda são submetidos, preconizando e ajudando a construir uma “nova velhice”.

Referências

BOTH, A. **Educação gerontológica: posições e proposições**. São Cristovão: Rechim, 2001.

FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e ousadia: cotidiano do professor**. São Paulo: Paz e Terra, 1986.

FURTER, P. **Educação e vida**. Petrópolis: Vozes, 1975.

GOHN, M.G. Educação não formal na pedagogia social. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA SOCIAL, 1., 2006. **Anais...** São Paulo: USP, 2006. p. 26-28.

OLIVEIRA, R. de C.; SCORTEGANA, P. A.; OLIVEIRA, F. S. Universidade Aberta para a Terceira Idade: o protagonismo da pessoa idosa no espaço educativo no município de Ponta Grossa-PR. In: OLIVEIRA, R. de C.; D'ALENCAR, R. S. (org.) **As experiências de universidades abertas em um Brasil que envelhece**. Curitiba: CRV, 2011.

OLIVEIRA, R. de C.; SCORTEGAGNA, P. A.; OLIVEIRA, F. S. **O envelhecimento e a velhice: teorias, demografia e a política**. Curitiba: CRV, 2012.

_____. Pedagogia social: possibilidade de empoderamento para o idoso. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA SOCIAL, 3., 2010. **Anais...** São Paulo: Associação Brasileira de Educadores Sociais (ABES), 2010. p. 1-15.

_____. Empoderamento e educação: pressupostos para uma velhice bem sucedida. In: CURY, M; OLIVEIRA, R.C.; COENGA, R. *As interfaces da velhice na pós modernidade: avanços e desafios na conquista da qualidade de vida*. Cascavel: EDUNIOESTE, 2013. cap.1. p. 11-28.

PAIVA, V. Educação permanente: ideologia educativa ou necessidade econômico-social? In: PAIVA, V. RATTNER, H. Educação permanente e capitalismo tardio. São Paulo: Cortez, 1985.

PICONEZ, S. **Educação escolar de jovens e adultos**. São Paulo: Setembro, 2009.

PINTO, A. V. **Sete lições sobre educação de adultos**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, B. de S. Uma concepção multicultural dos direitos humanos. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 39, p. 105-124, 1997.

TRINDADE, B. Animação cultural e sua intervenção na 3ª idade. **Revista Práticas de Animação**, Madeira, v. 4, n. 3, p. 1-4, out. 2010.



A saúde na velhice e a assistência em domicílio¹

.....
Raimunda Silva d' Alencar
Joelma Batista Tebaldi
.....

A construção dos conceitos de saúde e doença nada tem de consensual, a partir de filósofos antigos, como Platão, Sócrates, Aristóteles, passando pelos modernos como René Decartes e Immanuel Kant, chegando aos contemporâneos como Canguilhem, Heidegger, Gadamer e Michel Foucault. A falta de consenso pode ser justificada por representarem construções mutantes, históricas e circunstanciadas, dependentes do tempo e do espaço.

Explicada por variados elementos, como distúrbio, resultante da ação de demônios e espíritos malignos; cólera divina, consequência da desobediência aos mandamentos dos deuses; experiência ligada aos humores orgânicos e aos elementos da natureza ou decorrente de agentes infecciosos que atacam o corpo (D' ALENCAR et al., 2010, p. 32-33), o

.....
¹ Elaborado a partir da pesquisa *Assistência Domiciliar oferecida a idosos pelas unidades de Saúde de Ilheus e Itabuna, Bahia* e tema discutido no V Seminário de Pesquisas em Envelhecimento, III Simpósio sobre a Doença de Alzheimer e I Congresso de Aposentados do Sul da Bahia, realizados no período de 24 a 26 de julho de 2013.

seu tratamento também variou no tempo e no espaço, dependendo dos avanços científicos (em áreas como física, química, engenharia) e tecnológicos, mas, também, dos vínculos religiosos e das práticas de cura mágico-populares (D' ALENCAR et al., p. 33). A atenção médica também deve ser considerada, ao centrar-se ora na doença do sujeito, ora no sujeito da doença, ora na escuta, ora na imagem que a máquina oferece.

A partir desse dissenso, a doença tanto pode ser considerada uma questão de responsabilidade individual quanto social. Tratá-la como uma questão da sociedade significa que diferentes aspectos da vida social serão considerados, tanto os de ordem econômica quanto os de ordem sociocultural (educação, religião) e ambiental.

Considerando esses aspectos, a Organização Mundial da Saúde (OMS), quando de sua fundação, nos anos quarenta, formulou o hoje questionado, mas ainda sistematicamente repetido, conceito de saúde como “o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”. A dificuldade está em quantificar o completo bem-estar, considerando a dimensão subjetiva que incorpora e a desejada objetividade científica (D' ALENCAR et al., 2010, p. 33).

A definição de saúde também tem complexo entendimento e, de acordo com o Houaiss², é:

Um estado de equilíbrio dinâmico entre o organismo e seu ambiente, o qual mantém as características estruturais e funcionais do organismo **dentro dos limites normais** para a forma particular de vida (raça, gênero, espécie) e para a fase particular de seu ciclo vital (grifo nosso).

Também aqui a questão é saber o que são limites normais e quem os define.

Almeida Filho (2011, p. 15-17) faz um apanhado dos significados de saúde em idiomas como português (saúde), castelhano (*salud*), francês (*salut*) e italiano (*salute*), para afirmar que a palavra deriva da mesma raiz etimológica, *salus*, cujo atributo principal é íntegro, intacto, inteiro, perfeito, verdadeiro, até mesmo puro, imaculado.

Esse mesmo autor, para dizer da dificuldade de conceituar a saúde, assinala as suas múltiplas dimensões, vinculadas a algum atributo: a saúde como fenômeno, como metáfora, como medida, como valor e como práxis, marcando o caráter plural e complexo que carrega.

.....
² Freitas, 2010, p. 69.

Nesse sentido, a Gerontologia, ao tratar do ciclo vital, particularmente em idades mais avançadas, assinala a importância do caráter plural que demanda a sua compreensão, a partir da presença de múltiplas patologias e fatores, ainda que as pessoas portadoras continuem ativas, interagindo e mantendo as suas capacidades funcionais e cognitivas, dentro do conceito de envelhecimento ativo da Organização Mundial da Saúde (OMS). Este órgão trata-o como

o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005, p. 13).

As doenças crônico-degenerativas e suas sequelas, muito mais decorrentes do estilo de vida das pessoas do que da idade, constituem-se em grandes desafios para o sistema de saúde.

Associando essa questão ao aumento contínuo da longevidade humana (hoje superando os 74 anos) e ao volume de idosos no Brasil (superior a 24 milhões), é desafiador o aumento de demandas por serviços diferenciados na assistência à saúde e nos cuidados em casa. Esse desafio está bem caracterizado em estudos com base populacional descritos pelo Ministério da Saúde, apontando que, na realidade brasileira, a maioria dos idosos (mais de 85%) apresenta pelo menos uma enfermidade crônica, e cerca de 15%, pelo menos cinco delas (BRASIL, 2002). Trata-se de enfermidades que podem perdurar por vários anos e demandar ações contínuas por parte dos serviços e dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, as políticas públicas voltadas para a velhice tentam minimizar o desafio, que já é real, para o sistema público de saúde, inserindo o atendimento domiciliar prestado por profissionais que atuam no contexto da atenção primária. A ideia é que, tanto quanto possível, os idosos demandantes de assistência não sejam retirados dos seus espaços de convivência, permanecendo mais tempo com suas famílias e sendo por elas cuidados, recebendo o apoio de vizinhos e amigos, além de orientações e suporte de equipes multiprofissionais. Mas, associada a esses aspectos, a ideia é, também, reduzir custos com hospitalizações prolongadas, que em muito oneram o sistema de saúde.

A assistência em domicílio, expressa como alternativa capaz de favorecer eficiência e eficácia na recuperação dos idosos que a recebem, embora seja reforçada em inúmeros documentos oficiais como programas, portarias e protocolos (BRASIL, 1996, 1997, 1999, 2001,

2003, 2005, 2011, 2012, 2013), ainda não foi completa e plenamente absorvida por gestores e servidores da saúde em diferentes municípios, em especial aqueles de médio e pequeno porte.

Orientada pelos pressupostos do Programa Saúde da Família, essa modalidade de assistência é proposta sob uma perspectiva humanizadora, exatamente pela suposição de que no ambiente domiciliar é onde ocorrem as relações afetivas e de proximidade com pessoas da família, amigos, vizinhos, onde são maiores as oportunidades de interagir com diferentes fatores que influenciam em seu estado de saúde, seu adoecimento e sua reabilitação. A ideia é que a modalidade AD seja capaz de promover, manter ou restaurar a saúde ou maximizar o nível de independência da pessoa idosa, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças.

A preocupação com a AD é reconhecida a partir de algumas motivações, a exemplo de: necessidade de desospitalização, inclusive com alta precoce, o que possibilita redução de custos e maior rotatividade de leitos hospitalares, minimiza a exposição a riscos de infecções e afastamento prolongado das relações familiares; reduz os longos períodos de internações e livra os pacientes crônicos, com históricos de reinternações frequentes, das intercorrências hospitalares; permite a implementação de cuidados paliativos, em que o alívio da dor e do sofrimento passam a objetivar o trabalho das equipes.

Embora a sua implementação seja veementemente defendida pelo Ministério da Saúde como instrumento redutor de custos financeiros para o sistema, de riscos iatrogênicos e favorecimento da humanização do cuidado, ela não se torna obrigatória em todos os municípios, mas somente naqueles com mais de 100 mil habitantes, embora todos eles, independente do porte, possuam, logicamente, idosos. Apesar da sistemática e contínua defesa da modalidade, não há estudos que analisem, de fato, a sua eficácia, tanto para o sistema público de saúde quanto para a própria família, a exemplo de custos com sua implementação, a real melhora da saúde do idoso, a duração do tratamento, o custo do envolvimento de profissionais e de familiares, considerando que, em muitos casos membros da família deixam seus empregos para serem cuidadores desse idoso em tratamento domiciliar.

Em alguns casos encontrados em pesquisa recém-concluída pelas autoras³, idosos recebem assistência domiciliar⁴ há quatro, cinco e até mais anos.

.....
3 Pesquisa *Assistência domiciliária oferecida pelas UBS e ESF aos idosos de Itabuna e Ilhéus, Bahia*, desenvolvida pelo Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Uesc.

4 De acordo com depoimentos de idosos participantes da pesquisa acima referida.

Compreendendo a Assistência Domiciliar (AD)

A compreensão do que significa a Assistência Domiciliar não é unanimidade entre profissionais da saúde e em conteúdos de documentos oficiais. Além disso, trata-se de modalidade de assistência que recebe diferentes denominações⁵. Considerada estratégica para a saúde da família, as variadas denominações se diferenciam a partir do grau de complexidade do problema e da pessoa a ser tratada, dos recursos tecnológicos necessários e periodicidade do acompanhamento.

A AD propõe dar conta de ações de cuidado desenvolvidas em ambiente privado, individual, representando um complemento à ação de cuidado desenvolvida em ambiente hospitalar, coletivo. Nessa modalidade de assistência, não é o doente quem vai à equipe de saúde, mas esta é quem procura o doente.

Entre os objetivos definidos pelo Ministério da Saúde para a AD se encontram: a melhoria do estado de saúde da pessoa idosa, com oferta do maior número de cuidados possíveis no domicílio; a manutenção da pessoa idosa em seu próprio ambiente, o que pode proporcionar independência, integração com o entorno e evitar isolamento; apoio à pessoa idosa e sua família, orientando e detectando precocemente qualquer disfunção no tratamento, podendo sofrer intervenção direta do profissional de saúde, com suporte e apoio à família/cuidador.

A sua organização, dentro das condições essenciais de atendimento, está entre as funções básicas da equipe de atenção primária oferecida pelo SUS, e deve ser realizada por equipes constituídas por múltiplos profissionais do campo da saúde. Trata-se de experiência absolutamente heterogênea e que varia em função do tipo de problema da pessoa a ser cuidada, dos recursos necessários e das condições da família.

Embora não se constitua em uma forma nova de atenção e cuidado da saúde, tem seu funcionamento regulamentado nos anos noventa do século XXI, a partir da criação do SUS, que passa a incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no sistema, consideradas de caráter universal. Atualmente, a AD vem sendo implementada, também, por empresas particulares, cooperativas de serviços médicos e convênios de saúde.

Substitutiva ou complementar à internação hospitalar e ao atendimento ambulatorial, caracteriza-se como

.....
⁵ Assistência domiciliar, visita domiciliar, atendimento domiciliário, atenção domiciliar, internação domiciliar, visita domiciliar programada, assistência domiciliar, ou *home care*.

um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde [...] (BRASIL, 2011).

Apesar do seu disciplinamento aparecer em inúmeros documentos oficiais, e integrar as políticas de saúde pública para idosos, não significa que seja de conhecimento dos profissionais que atuam na atenção primária ou, ainda que conheçam, se traduza em efetiva materialidade. Isto foi o que apontou a pesquisa anteriormente referida.

Apesar de se constituir em uma questão complexa, especialmente na medida em que cresce a demanda pelos serviços de assistência diferenciada, universal e humanizada, no papel a sua implementação parece perfeita. No entanto, ao analisar os documentos oficiais sobre o entendimento do que significa a AD, não parece haver consenso. A Política Nacional do Idoso, de 1994⁶, por exemplo, assinala que essa modalidade objetiva reorganizar o processo de trabalho das equipes que prestam cuidado na atenção básica, com vistas a reduzir a hospitalização ou o período de permanência em internação (grifo nosso). Esse Decreto restringe o atendimento domiciliar para um segmento da velhice, na perspectiva de que o serviço deve ser [...] “prestado ao idoso que *vive só e é dependente, a fim de suprir as suas necessidades de vida diária*. Esse serviço é prestado em seu próprio lar, por profissionais da área de saúde ou por pessoas da própria comunidade” (BRASIL, 1996) – grifo nosso.

Já a Organização Mundial da Saúde define-a como

a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde de pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Os serviços de AD podem ser classificados nas categorias preventivas, terapêuticas, reabilitadoras, acompanhamento por longo prazo e cuidados paliativos (grifo nosso)⁷.

A ANVISA propõe que a assistência domiciliar compreenda três estratégias de atendimento: 1) a *atenção domiciliar*, que se refere a ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e complicações, abrangendo a assistência e reabilitação desenvolvidas em domicílio; 2) o *atendimen-*

.....
6 Decreto n. 1.948/94 (BRASIL, 1997).

7 Apud PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006, p. 4.

to domiciliar, referindo-se a um conjunto de atividades de caráter ambulatorial programadas e continuadas, por meio de ações preventivas e ou assistenciais, com a participação de equipe multiprofissional; e 3) a *internação domiciliar*, caracterizada por um conjunto de atividades referentes à atenção em tempo integral para pacientes com quadros mais complexos e com a necessidade de tecnologia especializada, de recursos humanos, de equipamentos, materiais, medicamentos, atendimento de urgência/emergência e transporte (BRASIL, 2006; RIBEIRO, 2004).

Trata-se, pois, de modalidade de atenção à saúde de pessoas com dependência físico-psicossocial, parcial ou total, cujos objetivos (aumento de autonomia, prevenção de situações capazes de acelerar o risco da perda de independência, criação ou aprimoramento de hábitos diários saudáveis, como os referentes à alimentação, higiene corporal, bucal, vestuário, ambiente doméstico e prevenção de quedas, recuperação de capacidades funcionais perdidas) devem ser buscados pela equipe de saúde.

A Portaria n. 73, assinada em 10 de maio de 2001, que trata das Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção Básica ao Idoso no Brasil, refere-se ao atendimento domiciliar definindo-o como “aquele prestado à pessoa idosa com algum nível de dependência, em seu domicílio, com vistas à promoção da autonomia, reforçando os vínculos familiares e de vizinhança” (BRASIL, 2001).

Enquanto possibilidade de implementação de uma nova lógica assistencial, com enfoque em promoção e prevenção à saúde, diminuição de riscos e de superação do modelo hospitalocêntrico, o Brasil parece implementar e avançar na Política de Internação Domiciliar, expressa na Lei n. 10.424, de 15 de abril de 2002 (BRASIL, 2002)⁸.

A Lei n. 10.741, sancionada há dez anos, conhecida como Estatuto do Idoso, faz referência à AD, estendendo a idosos acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e, eventualmente, conveniadas com o poder público, nos meio urbano e rural (BRASIL, 2003).

.....
8 É importante assinalar aqui que a Portaria n. 2.416, de 23 de março de 1998 (BRASIL, 1998), já estabelecia requisitos não só para credenciar hospitais, mas para realizar internação domiciliar no SUS, cuja regulamentação somente fora feita pela Resolução RDC n. 11, de 26 de janeiro de 2006, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), portanto, oito anos depois. Esta Resolução propõe requisitos mínimos de segurança para o funcionamento de Serviços de AD nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar no SUS. Além disso, realça a necessidade de disponibilizar informações, tanto aos serviços de saúde quanto aos órgãos de vigilância sanitária sobre as técnicas adequadas de gerenciamento e fiscalização dos serviços de AD. Ressalta-se aqui que, em seu Art. 2º, a referida Resolução determina que nenhum serviço de AD pode funcionar sem licenciamento de autoridade sanitária local, delegando ainda, às Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, o estabelecimento de normas de caráter supletivo ou complementar para a devida adequação do Regimento Técnico às especificidades locais.

A Portaria n. 2.529, que substituiu a de n. 2.416, refere-se à internação domiciliar no âmbito do SUS, definindo-a como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a peessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados além das modalidades ambulatoriais, mas que possam continuar mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim (BRASIL, 2006) – grifo nosso.

O Pacto pela Saúde – Pacto pela Vida também remete à assistência domiciliar ao Idoso, tratando-a como modalidade de prestação de serviços, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde (BRASIL, 2006).

A Portaria n. 2.029, de agosto de 2011, também referencia a AD no âmbito do Sistema Único de Saúde. Essa Portaria foi substituída, dois meses depois, pela de n. 2.527. Ambas definem a AD como

serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das equipes multiprofissionais de AD (EMAD) e equipes multiprofissionais de apoio (EMAP) (BRASIL, 2011a,b, p. 1).

A quantidade de documentos, protocolos, portarias, sem dúvida expressa preocupação com o tamanho do problema que representa o adoecimento da pessoa idosa para o sistema de saúde. No entanto, isto não significa que a existência das leis, por si só, seja capaz de resolutividade dos diversos problemas com os quais convive particularmente a pessoa idosa, que dependa dos cuidados da atenção primária à saúde.

A reedição constante de protocolos/resoluções, dentre outros documentos oficiais sobre o assunto, torna-se cada vez mais distante do domínio dos profissionais da saúde em municípios de pequeno e médio porte, pela sobrecarga desses profissionais, considerando que muitos trabalham sem equipes completas; alguns são vinculados a mais de um emprego para compensar os baixos salários; as condições e vínculos de trabalho são precários, sem garantias de continuidade (grande parcela dos profissionais trabalham sob contratos). Além disso, em muitas dessas cidades, ainda que tenham 100 mil habitantes, conforme apregoa o Ministério da Saúde, inexistente o serviço de AD adequadamente instalado. Para reforçar, não se pode minimizar o amplo desconhecimento dos profissionais a respeito dos direitos da população a tal serviço.

A assistência em domicílio dos idosos em municípios do sul da Bahia

A preocupação com a temática, por parte do Ministério da Saúde, tem sido significativa, como se pode observar pelos inúmeros documentos já editados e reeditados sobre o assunto ao longo dos anos, cujos conteúdos reafirmam ordenamentos anteriores ou até inovam em uma ou outra particularidade.

No caso da AD desenvolvida no âmbito do SUS, a orientação é que seja organizada em três modalidades ($AD_1 - AD_2 - AD_3$), definidas a partir da caracterização da pessoa a ser cuidada e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado, inclusive com as atribuições dos profissionais envolvidos. Essa assistência deve ocorrer por meio de visitas domiciliares, no mínimo uma vez por mês, por toda a equipe da Atenção Primária à Saúde.

Ao referir-se às atribuições das equipes responsáveis pelas diferentes modalidades de AD, todos os documentos reforçam que o trabalho deve ser desenvolvido por equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde, cabendo-lhe identificar e treinar familiares e cuidadores, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades. É papel da equipe, por exemplo, abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações; acolher demandas de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou do cuidador como parte do processo de AD; realizar reuniões com cuidadores e familiares, utilizando linguagem acessível no relacionamento; promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários; participar da educação continuada (ou permanente) promovida pelos gestores; assegurar, em caso de óbito, que o médico da EMAD, nas modalidades AD_2 e AD_3 , ou o médico da Equipe de Atenção Básica, na modalidade AD_1 , emita o atestado de óbito.

As ações previstas, como se pode avaliar, vão muito além da simples atenção à doença, o que implica em formação, cada vez mais ampliada do profissional, para esse suporte.

As condições de precariedade com as quais convivem os profissionais nas unidades de saúde Brasil afora, instaladas em residências alugadas, muitas delas sem passar por qualquer reforma, funcionando em locais inadequados que em nada facilitam o acesso de pessoas com dificuldades de locomoção, com equipes apenas parcialmente constituídas, são elementos que não garantem a prometida assistência qualificada à pessoa idosa.

Apesar de formalizadas as atribuições da equipe, a realidade mostra que nem sempre as unidades oferecem as condições para esse atendimento, pela falta de materiais básicos e necessários a um simples curativo.

Também não se pode desconsiderar as condições da saúde na realidade brasileira, mostrada sistemática e diariamente pelos meios de comunicação, visíveis também nos enfrentamentos cotidianos da população, além das inadequadas condições de moradia dos idosos do sul da Bahia, associado ao baixo nível de renda e de escolaridade, situações que colaboram com o equivocado entendimento de que a visita do agente comunitário já representa a visita domiciliar, como foi observado na pesquisa já elencada.

É preciso levar em conta que a precariedade das unidades de saúde, sem estrutura adequada, afeta não só o usuário, mas os profissionais, com reduzida quantidade de equipes apenas parcialmente constituídas, profissionais em férias sem substitutos, ausência de médicos e de fisioterapeutas, além daqueles sem quaisquer conhecimento nas áreas geriátricas e gerontológicas, sem falar na falta de materiais necessários para a assistência em domicílio, na insegurança em que vivem os munícipes, cuja violência instalada impede que unidades de saúde funcionem, que profissionais de saúde se desloquem para atendimento no entorno da unidade de saúde.

O que se vislumbra é que a atenção à saúde da população idosa está se deslocando do espaço público (hospital, posto de saúde), para o espaço privado (lares, domicílios), numa perspectiva acelerada de reprivatização da atenção, regulamentada em variados documentos, em que profissionais e gestores transferem para as famílias parte do que o Estado brasileiro deveria garantir através dos serviços de saúde, diretamente encarregados de cuidar da saúde da população.

Em relação aos idosos e familiares, cabe incluir o restrito conhecimento dos agravos e adoecimentos próprios, ou até mesmo da linguagem e terminologias utilizadas pelos profissionais, nem sempre compreendidas ou, ainda, a ausência de profissionais de diferentes áreas da saúde nas unidades de atenção primária, sem contar as dificuldades de realizar exames laboratoriais, complemento hoje indispensável para diagnósticos.

Naturalmente que a equipe de saúde deveria estar capacitada tecnicamente e ter conhecimento da real situação existente no domicílio, para avaliar não apenas o estado clínico da pessoa idosa, mas a necessidade de auxílio que tem essa pessoa, a fim de estabelecer o tipo de intervenção terapêutica mais apropriado à sua necessidade no momento.

É relevante realçar que essa avaliação exige uma equipe multiprofissional permanente, não encontrada nas equipes de saúde municipais analisadas na pesquisa antes citada, embora alguns dos usuários, pelas condições clínicas que apresentam (sequelados de AVC, cardiopatas pós-cirúrgico, dentre outras patologias), possam permanecer com dependência permanente, ainda que o tratamento pudesse reduzi-la, se as equipes multiprofissionais se fizessem presentes nas unidades.

Se a Política Nacional de Saúde do Idoso garantiu a permanência dessa pessoa no seu próprio ambiente durante o tratamento de saúde de que precisa, e ainda acrescentou a essa garantia o envolvimento de diferentes profissionais, não se pode esquecer, no entanto, que a AD implica presença de profissionais no ambiente familiar do idoso, representando, para muitas famílias, a perda da privacidade e, por consequência, a geração de conflitos entre os envolvidos – família, idoso, profissional da saúde – ou, como afirmam Santos e Kirschbaum (2008, p. 223),

[...] um cenário de imposição de conhecimento do profissional sobre a família, muitas vezes não respeitando suas crenças e valores, tornando a família submissa ao profissional que presta essa assistência.

Como exige trabalho conjunto de profissionais e de familiares desde o início da intervenção, algumas condições são essenciais para que uma equipe de saúde decida sobre essa modalidade. Como afirmam Duarte e Diogo (2000), é importante considerar, por exemplo: 1) o tempo em que a situação de incapacidade está instalada e até que ponto a situação interfere na dinâmica familiar; 2) a razão pela qual a AD precisa ser acionada; e 3) a competência assistencial da família, quem está realmente envolvido e as condições/recursos do contexto familiar para instalá-la.

Ainda que tais condições sejam favoráveis, os envolvidos precisam estabelecer os limites da intervenção, inclusive para que a percepção dos familiares e do próprio idoso com relação a essa modalidade não seja compreendida como ação permanente, como encontrado na pesquisa, com idosos que dizem receber AD há quatro, cinco e mais anos.

O contexto familiar, onde se incluem o ambiente físico e emocional, não é importante apenas para indicar necessidades ou instalar modalidades de AD. Sua importância se estabelece, também, quando se avalia o impacto e a repercussão que promove tal intervenção, tanto para quem recebe a ação, quanto para quem a desenvolve.

Embora seja um ambiente impregnado de histórias, de significados especiais, o domicílio do idoso tanto pode oferecer segurança para garantir a sua autonomia, quanto pode oferecer situações limitantes à sua mobilidade, colocando-o em risco para situações de agravamento ou de desencadeamento de processos indesejáveis.

Pode significar, no entanto, do ponto de vista do profissional da saúde, uma oportunidade de enriquecedoras experiências, inclusive diferenciadas, que ultrapassam a rotina do atendimento na unidade de saúde. Isto porque cada domicílio é único, cada família é única, e suas relações internas, os laços que unem ou desunem os seus integrantes, são também únicos.

Questões como composição familiar, renda, nível de dependência do idoso com relação à família, pessoas com quem divide o espaço de moradia, disponibilidade de quarto individual, disponibilidade de tempo do potencial cuidador devem se constituir em elementos de avaliação dos profissionais para estabelecer um plano de AD.

O conhecimento da real situação desse domicílio, por parte da equipe, é essencial para uma avaliação completa das demandas de cuidado da pessoa idosa e para o consequente estabelecimento de um plano de AD, até porque o idoso pode sentir-se fragilizado no seu próprio ambiente, na medida em que tem consciência da limitada capacidade de manejá-lo.

Referências

ALMEIDA FILHO, N. de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

BRASIL. Decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. **Presidência da República**, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>. Acesso em: nov. 2013.

_____. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Presidência da República**, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, 1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 6 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 237-E, 13 dez. 1999. Seção I, p. 20-24.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria MPAS/SEAS n. 73, de 10 de maio de 2001. Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, ano CXXXVIII, n. 92, 14 maio 2001. Seção 1, p. 174-184.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência Social. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso**. Guia operacional e portarias relacionadas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para assistência domiciliar na atenção básica**. Brasília, DF: [Ministério da Saúde?], 2003.

_____. Lei n. 10.741, 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Presidência da República**, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 19.).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde, 4.).

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n. 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. **Portal Anvisa**, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1978e4804745973e9f9ddf3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA11-2006.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 1. ed., 1. reimpressão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. (Cadernos de Atenção Básica, 19).

_____. Portaria n. 2019, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html>. Acesso em: 23 nov. 2013.

_____. Portaria n. 2.527, de 27 de outubro de 2011. Revogado pela PRT n. 963, de 27 maio 2013. **Ministério da Saúde**, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.htm>. Acesso em: 23 nov. 2013.

_____. Portaria n. 1.533, de 16 de julho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1533_16_07_2012.ht>. Acesso em: 17 set. 2013.

_____. Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013. redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.htm>.

Acesso em: jan 2014.

D'ALENCAR, R. S.; D'ALENCAR, F. S.; D'ALENCAR, M. S.; TEBALDI, J. B.; FERRAZ, TLB. A velhice e a saúde nas políticas públicas: uma questão não resolvida. *Memorialidades, Ilhéus*, v. 7, n. 14, p. 27-48, jul.-dez. 2010.

DUARTE, Y. A. de O.; DIOGO, M. J. D'E. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

MELHOR EM CASA. Coordenação Geral de Atenção Domiciliar. Departamento de Atenção Básica. **Passo-a-passo para implantação das equipes de atenção domiciliar**. [S.l.: s. n., [21--]].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE (OMS). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE (OPAS). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília, DF: [s.n.], 2008.

RIBEIRO, C. A. **Assistência domiciliar**: qualidade e racionalização de recursos. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Pública)– Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SANTOS, E. M. dos; KIRSCHBAUM, D. I. R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 220-227, jan- mar. 2008. [on-line]. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: jun. 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Assessoria de Desenvolvimento Institucional. **Pré-protocolo de Atenção Domiciliar**. Florianópolis: [s.n.], 2006.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, maio-jun. 2003.



Representações das pessoas idosas: uma experiência a partir de Santa Maria, RS¹

.....
Carmen Maria Andrade
.....

Este texto tem por finalidade relatar os achados de uma pesquisa realizada entre os anos de 2011 e 2013, na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, com vinte adolescentes, vinte adultos e vinte velhos, escolhidos aleatoriamente entre os que frequentam a praça central da cidade, com o objetivo de levantar a percepção deste grupo acerca da representação social das pessoas idosas.

Ao analisar as informações, constatamos que as perdas e os ganhos associados à velhice sugerem uma visão multidimensional desta fase, e vai se tornando mais triste à medida em que a idade dos informantes aumenta. Na interpretação dos adolescentes e adultos jovens, por exemplo, a percepção a respeito da velhice é positiva, enquanto que no adulto velho é negativa.

.....
¹ Conteúdo base da participação da autora no V Seminário de Pesquisas em Envelhecimento, III Simpósio sobre a Doença de Alzheimer e I Congresso de Aposentados do Sul da Bahia, na mesa *Cidadania, Direitos e Representação das Pessoas Idosas*, realizados no período de 24 a 26 de julho de 2013, na Universidade Estadual de Santa Cruz, em Ilhéus, Bahia.

As informações coletadas, além de sugerirem figuras da avó gentil, do velho descansado, do aposentado feliz, e do velho doente, sugerem três princípios aglutinadores, como: características físicas, trabalho e lazer, doença e saúde.

Esses princípios aparecem associados, respectivamente, aos adolescentes, aos adultos jovens [idades entre 30 e 45 anos] e aos da terceira idade [a partir dos 60 anos]. Já no grupo do adulto médio [idades entre 46 e 60 anos] não está claro o princípio aglutinador da representação, sugerindo a existência de uma representação bipolar, aquela representação oscilante e, por vezes, contraditória.

Considerando que a ancoragem geracional dos princípios aglutinadores provém das diferentes experiências, das preocupações e interesses das gerações envolvidas no estudo, foram propostos dois aspectos para as diferentes categorias de idade, aspectos que se interpenetram e ajudam na compreensão dos diferentes posicionamentos ao falarem da velhice. São eles: experiência x interesses pessoais e conhecimento sobre o mundo dos mais velhos.

- Todos os adolescentes falam das pessoas idosas que conhecem, eventualmente os seus avós, e salientam a aparência física e o vestuário, aspectos que valorizam em si próprios;
- os vinte adultos jovens falam dos pais e/ou das pessoas recém-aposentadas que conhecem, salientando o tempo livre e o lazer que usufruem e que é raro em suas vidas; e
- todos os participantes da terceira idade, preocupados com a sua saúde e bem-estar, falam deles próprios e dos amigos, descrevendo a sua situação ou a situação dos seus pares, marcada por diferentes morbidades.

A análise, sem considerar sexo e escolaridade, mostrou a multidimensionalidade das representações da mulher idosa, do homem idoso e das pessoas idosas em geral, ao identificar um conjunto bem estruturado de categorias (dispositivos de apoio; debilidades; mobilidade; aspecto; e habitação) subdivididas em subcategorias bem distintas, que reforçam a ambivalência face à velhice e sua negatividade. Estas categorias e subdivisões emergiram da análise e interpretação dos achados da pesquisa.

A visão mais negativa da velhice, associada à decrepitude e ao desgaste, é sugerida pelas categorias: dispositivos de apoio (mobilidade,

sentidos, aspectos socioeconômicos, mastigação, repouso e problemas urinários); debilidades (mobilidade, psíquicas, econômicas, sentidos, mastigação, esfíncteres); morbidade (doenças, recursos de tratamento, finitude, sofrimento, osteoarticular); aspecto (fisionomia e apresentação); habitação, e pelas subcategorias exclusão social, sem atividade sociolaboral, julgamento desfavorável e sentimentos negativos.

A visão mais positiva da velhice, encontramos em apenas oito dos participantes, e ela aparece associada sobretudo à experiência e à sabedoria, e é visível nas categorias filosófica (sabedoria, compreensão e respeito); recreação (ócio, lazer, jogos, viagens e trabalhos manuais), subsistência (necessidades básicas, atividades domésticas e ruralidade), e nas subcategorias sentimentos positivos, relações interpessoais, família, julgamento favorável e atividade sociolaboral.

Desta análise foi possível equacionar, na velhice, os recursos perdidos (perdas funcionais, de aparência, afetivas e psicológicas, nas interações sociais, perdas financeiras e perdas de estatuto), e os recursos conservados e/ou adquiridos (ganhos morais e afetivos, ocupacionais, nas relações interpessoais, familiares, religiosos, gerais e ganhos de aparência).

A análise das subcategorias “perdas e ganhos”, além de acentuar o pendor negativo para a velhice, uma vez que as perdas prevalecem sobre os ganhos, indicia também a existência dos domínios biológico e psicossocial. As perdas biológicas aparecem associadas à falência dos órgãos ou sistemas vitais, ao desgaste e deterioração do organismo, englobando as perdas funcionais e as da aparência. Já as perdas psicossociais remetem para o empobrecimento das relações interpessoais, perda de importância pessoal, englobando as afetivas e psicológicas, das interações sociais, financeiras e de *status*.

Nos ganhos, o domínio psicossocial remete ao reconhecimento de um conjunto de competências resultantes das experiências acumuladas e para a valorização da capacidade de interação visível nos ganhos morais e afetivos, nas relações interpessoais, familiares e religiosas. O domínio biológico dos ganhos surge marcado pela funcionalidade do corpo, que permite a autonomia e é expresso através das subcategorias: ganhos ocupacionais, de aparência e ganhos gerais.

Ao analisar esses achados, constatamos que os dados revelam que as perdas biológicas parecem ser compensadas por ganhos morais, afetivos e ocupacionais.

Os resultados revelam que certa impessoalidade favorece a avaliação mais negativa, pois quando as pessoas falavam dos idosos em

geral foram assinaladas mais perdas nas pessoas idosas do que quando falavam especificamente das perdas na mulher idosa e no homem idoso, que neste estudo não se diferenciam entre si e indiciam a manutenção da visão estereotipada de mulheres e homens uma vez que a mulher idosa parece continuar ligada ao contexto familiar, pela maior ligação aos ganhos familiares e de aparência, enquanto no homem idoso prevalece o contexto público, pela maior ligação aos ganhos ocupacionais e os ganhos nas relações interpessoais.

A análise das perdas e dos ganhos em função do sexo dos respondentes revela apenas uma maior ligação do sexo feminino à religião.

Em função do grupo etário dos participantes, salientamos o grupo dos adultos médios por referir um elevado número de perdas (perdas totais, funcionais, afetivas, psicológicas e perdas nas interações sociais) e de ganhos (morais e afetivos, nas relações interpessoais, religiosas, gerais e totais), o que acentua a sua visão contraditória da velhice.

Na caracterização do modo de vida e das representações das atividades desempenhadas por mulheres e homens idosos, vimos que tanto o homem idoso quanto a mulher idosa são considerados, sobretudo, casados ou viúvos. Ambos surgem, majoritariamente, como aposentados, vivendo com familiares, e são considerados idosos a partir dos 65 anos.

A avaliação da autonomia sugere a existência de três tipos de velhice que chamaremos de maioritária, dependente e independente: a maioritária se caracteriza pela necessidade de apoio, a dependente, e a independente referida pelos informantes mais velhos (adultos médios e na terceira idade) do que pelos mais novos (adolescentes e jovens adultos).

Quanto às representações das atividades desempenhadas pelo homem idoso e pela mulher idosa, os resultados sugerem uma estrutura diversificada de atividades (recreação, subdivididas em ócio, trabalhos manuais, viagem, jogos e lazer; atividades de subsistência, subdivididas em domésticas, rurais, necessidades básicas e pequenas tarefas; atividades sociais, subdivididas em relacionais, familiares e participação social; atividades de cuidado pessoal, subdivididas em física, saúde, aparência e atividades religiosas).

Os resultados revelam que as representações das atividades surgem modeladas pela pertença sexual. Assim, ainda que tenham sido identificadas atividades partilhadas por homens e mulheres (ócio, viagens, trabalhos rurais, satisfação de necessidades básicas e cuidados com a aparência), os dados indicam que, na sua maioria, as atividades desempenhadas na velhice se subordinam ao sexo do executante.

Assim, a mulher idosa é percebida como mais ativa do que o ho-

mem, é vista como alguém que trabalha mais em casa, que se dedica à religião e aos trabalhos manuais. Já o homem idoso continua vinculado ao território extradoméstico, por sua maior ligação às pequenas tarefas, à atividade física e ao desporto, ao jogo e ao lazer, o que remete à manutenção das diferenças entre homens e mulheres, também nesta fase.

Os resultados obtidos sobre as representações sociais da velhice sugerem uma ligação à maturidade e adultez para as pessoas da terceira idade, e uma ligação das pessoas velhas e idosas à senectude.

Os dados científicos sugerem que a designação ‘pessoas da terceira idade’ remete para o grupo com idade entre 60 e 80 anos; que a designação pessoas velhas corresponde ao grupo dos maiores de 80 anos, e que a designação pessoas idosas diz respeito aos dois grupos, e que os três termos são avaliados sem diferenças entre eles.

Mais especificamente, vimos não existirem diferenças entre os sentimentos despertados (depressivos, negativos e positivos) pelos três termos, e que as pessoas da terceira idade suscitaram menos crenças negativas do que as pessoas velhas, embora não existam diferenças ao nível da atitude afetiva e do afastamento. Já os grupos mais velhos expressam mais crenças do que os grupos mais novos (adolescentes e jovens adultos), o que pode ser revelador da existência de autoimagem negativa por parte dos mais velhos.

Os resultados indicam ainda que a atitude afetiva combina com as emoções positivas, enquanto que o afastamento e as crenças, combinam com as emoções negativas, desvelando, por parte dos informantes, consistência afetivo-comportamental e cognitivo-afetiva.

Embora os resultados obtidos neste estudo tenham sugerido a existência de diferentes fases na velhice, uma vez que revelam maior favorecimento às pessoas da terceira idade, consideradas mais sábias e avaliadas com menor desfavorabilidade do que as pessoas velhas e idosas, e a existência de menos crenças sobre as pessoas da terceira idade do que sobre as pessoas velhas, eles não permitiram esclarecer os fatores na base da transformação representacional que ocorre na vida adulta média.

Os resultados obtidos no estudo das representações da própria velhice e a influência do nível socioeconômico: atividades a desempenhar na velhice e estratégias para a sua preparação, concernentes à prova de associação livre sobre as fases da velhice (consideradas terceira idade, idoso e velho), sugerem uma imagem negativa desta, que parece esbarrar na ambivalência que os informantes do grupo de adultos médios apresentaram no estudo.

Neste estudo, os resultados relativos às atividades a serem de-

sempenhadas na velhice reforçam a ideia de que as atividades elencadas colocam o próprio sujeito e o seu bem-estar no centro das atividades, aspecto que já vislumbramos em estudos anteriores.

As estratégias de preparação da velhice (promoção da saúde, relações pessoais, finanças, religião, ocupação e ação dos outros) encontradas são, majoritariamente, de caráter pessoal, destacam a responsabilidade de cada um na preparação da sua própria velhice e remetem para uma concepção humana plurifacetada, englobando dimensões que permitem apontar diferentes necessidades do ser humano.

Os resultados sugerem diferenças entre a representação da própria velhice e a representação da velhice dos outros. Na representação da própria velhice, a ênfase é colocada na preocupação com o ficar velho e o preparar-se para isso. São claras, não só as razões da preocupação, sobretudo com a própria velhice, mas também as estratégias voltadas à sua preparação, que abarcam diferentes dimensões do ser humano. Estes aspectos parecem remeter a um papel proativo para o próprio, revelando não só uma responsabilidade pessoal, mas a aspiração a uma boa velhice ou a uma velhice com qualidade de vida e mais feliz.

A representação da velhice dos outros é mais particularmente equacionada num balanço entre competências mantidas ou adquiridas e competências perdidas, remetendo para uma visão da velhice próxima da senectude, sugerindo resultados idênticos aos encontrados na análise das perdas e ganhos. Este resultado contribui para reforçar a ideia da ambivalência que os informantes do grupo dos adultos médios revelaram, emergente nos resultados da prova de associação livre sobre as fases da velhice (terceira idade, idoso e velho), sugerindo a existência de um princípio organizador específico, polarizado em doença e saúde. Por outro lado, ao serem equacionados os ganhos, minoritários, e as perdas, majoritárias, podemos supor que, na avaliação da velhice dos outros, emerge uma representação mais negativa da velhice. São equacionadas também as semelhanças e diferenças entre homens e mulheres nesta fase da vida, reforçando a existência do princípio masculino versus feminino que os resultados relativos às atividades desempenhadas na velhice já sugeriam.

Os resultados obtidos no estudo sugerem uma ligação entre o nível socioeconômico e o sexo dos informantes, no que se refere às dimensões das representações encontradas. O balanço entre os ganhos e as perdas associadas à velhice dos outros, na percepção dos homens idosos, recai sobretudo no nível socioeconômico elevado, enquanto na percepção das mulheres idosas esse balanço se refere ao nível socioeconômico médio baixo.

Apontando os principais achados

Tendo presente que cada universo de opinião possui três dimensões (informação, campo da representação e atitude), que as representações sociais se constituem como princípios geradores das tomadas de posição, frequentemente desdobrados em dois polos, e que estudamos a ancoragem, sobretudo a sociológica, concernente às pertenças específicas dos indivíduos a grupos, tentaremos sintetizar os resultados obtidos, recuperando alguns dos aspectos teóricos orientadores da investigação realizada.

No estudo, procuramos chegar na atitude através de: i) avaliação da positividade das palavras, objetos e situações associados à mulher idosa, ao homem idoso e às pessoas idosas; e da avaliação da positividade das palavras associados às pessoas da terceira idade, às pessoas idosas e às pessoas velhas e ii) dos sentimentos despertados face à situação atual das pessoas idosas, e das atitudes para com elas.

Apesar da avaliação positiva das palavras usadas, dos objetos e das situações associadas aos diferentes indicadores (mulher idosa, homem idoso, pessoas idosas e velhas) ter surgido como neutra nas falas dos participantes, os dados vislumbram a existência de um princípio organizador em torno da relação positivo vs negativo.

Na avaliação dos sentimentos, os positivos situam-se no polo positivo e surgem associados aos informantes do sexo masculino mais velhos (participantes adultos médios e da terceira idade), enquanto os sentimentos depressivos remetem para o conceito que as pessoas têm de negativo. Os sentimentos depressivos surgem associados aos participantes do sexo feminino.

Nas atitudes para com os da terceira idade, idosos e velhos, a atitude afetiva remete para o positivo, e as crenças e o afastamento remetem para o negativo. As crenças (negativas) estão ligadas às diferentes gerações, surgindo associadas aos grupos etários mais velhos (adulto médio e terceira idade) e parecem aplicar-se menos aos da terceira idade do que aos velhos.

O acesso à informação e ao campo da representação foi efetuado sobretudo através de propostas de associação livre sobre a mulher idosa, o homem idoso, as pessoas idosas em geral, e as atividades desempenhadas pela mulher idosa e pelo homem idoso e, ainda, sobre as estratégias para preparar a velhice.

Neste campo das representações surgem, em termos de conteúdo e organização, as imagens da velhice, atividades desempenhadas na

velhice, recursos articulados com a velhice e estratégias para preparar a velhice.

Como já comentado, as imagens parecem respeitar um princípio mais geral em torno da posição positiva e negativa, da qual emerge a imagem de “avó gentil”, “velho descansado” e “velho doente”, imagens que evidenciam diferentes elementos organizadores, ligados às gerações. A imagem de “avó gentil” surge em torno das características pessoais e associada ao grupo etário dos adolescentes. A imagem de “velho descansado” surge na relação trabalho e lazer e associada ao grupo etário dos jovens adultos. A imagem de “velho doente” surge na polaridade doença e saúde e associada ao grupo etário da terceira idade.

As atividades das mulheres dos homens idosos respeitam o princípio biopsicossocial (designado, por vezes, como corpo e espírito), do qual resultam atividades de subsistência e atividades de cuidado pessoal, que reenviam para o biológico, e atividades de recreação, sociais e religiosas, que reenviam para o psicossocial.

Ao articularmos o princípio biológico e o psicossocial com mulher idosa e homem idoso, constatamos que, no biológico, a categoria atividades ligadas à subsistência, particularmente as atividades domésticas, estão associadas à mulher idosa, ao passo que as pequenas tarefas (incluídas nas atividades de subsistência) e a atividade física visando a saúde (incluída nas atividades de cuidado pessoal) estão associadas ao homem idoso.

Por seu lado, no plano psicossocial e dos trabalhos manuais (incluídos nas atividades de recreação), as atividades familiares (incluídas nas atividades sociais) e as atividades religiosas estão associadas à mulher idosa, enquanto que a recreação, particularmente o jogo e as atividades relacionais (incluídas nas atividades sociais), está associada ao homem idoso.

Os recursos associados à velhice parecem obedecer a um princípio mais geral em torno da polaridade positiva e negativa, de cujo princípio resultam as perdas (negativo) e os ganhos (positivo) associados à velhice e estruturados em torno das dimensões biológica e psicossocial. As perdas podem ser apresentadas como funcionais e de aparência, que reenviam para o biológico, e em afetivas e psicológicas, em interações sociais, financeiras e de *status*, que reenviam para o psicossocial. Já os ganhos organizam-se em morais e afetivos, nas relações interpessoais, familiares e religiosos, que reenviam para o psicossocial, e em ganhos ocupacionais, gerais e de aparência, que reenviam para o biológico. Em termos de ancoragem, as perdas funcionais e as

perdas financeiras estão associadas às pessoas idosas em geral. Já os ganhos familiares e os de aparência estão associados à mulher idosa; os ocupacionais e os ganhos nas relações interpessoais estão associados ao homem idoso, e apenas os ganhos religiosos parecem mais relevantes para os participantes do sexo feminino.

Em síntese, a análise dos diferentes aspectos estudados, relacionados com a atitude, a informação e o campo representacional da velhice, sugere que as representações sociais da velhice se caracterizam pela multidimensionalidade, passível de identificar a coexistência de dois princípios gerais: positivo - negativo e biológico-psicossocial.

Considerações finais

Consideramos que o estudo realizado – apesar das suas limitações, que mostram a necessidade de prosseguir tanto na interpretação dos achados como na reprise deste estudo com outros grupos – fornece uma compreensão do entendimento dos indivíduos sobre a velhice e dos processos de interação social sobre os quais se edificam as explicações sobre o ser velho e a velhice no espaço central da cidade e num contexto de crescimento e transformação de elementos identificadores da velhice.

Na perspectiva da intervenção social, valorizam-se as possibilidades dinâmicas das inter-relações entre as representações e as práticas sociais. Aceitando-se que as representações sociais são condições de prática, e que as práticas sociais são transformadoras das representações, o conhecimento sobre as representações da velhice constitui um poderoso instrumento para gestores públicos e outros agentes com responsabilidade no trabalho com os idosos intentarem medidas que contribuam para sua verdadeira inclusão na sociedade, fomentando a solidariedade intergeracional, cada vez mais.

A intervenção no domínio do envelhecimento, e na sua preparação e representações sociais, é ainda embrionária, revelando-se pouco consistente e, essencialmente, com uma orientação intuitiva. Este tipo de intervenção é claramente insuficiente para lidar com uma realidade extremamente dinâmica e com uma população em acelerado crescimento. As políticas públicas são raras, e as existentes nesta área têm sido majoritariamente direcionadas para a criação de espaços para atividades físicas, não tendo sido acompanhadas pelo conhecimento teórico e por investigação empírica sobre o fenômeno.

A aceitação da velhice como uma construção social e, consequentemente, a sua dimensão transformacional, só agora começa a ser aceita pelos gestores e profissionais ligados a esta área, revelando falta de preparação para a velhice do nível micro ao macro, apesar de termos um Estatuto do Idoso com dez anos de publicação.

Os resultados deste estudo podem ser relevantes para a compreensão do entendimento do todo social sobre as dimensões do fenômeno consideradas prioritárias à luz do Estatuto do Idoso e dos pressupostas da Pastoral da Pessoa Idosa, pois ambos pretendem capacitar o idoso para entender esta fase como parte do seu próprio desenvolvimento; promover a saúde e o bem-estar até a chegada da velhice e criar ambientes propícios e favoráveis. Assim, esta investigação e a literatura existente nos permitem pensar na utilidade do desenvolvimento e na implementação de centros de convivência e de programas integrados visando:

i] a formação dos indivíduos para a preparação da própria velhice que leve em conta os três eixos detectados: os aspectos econômicos, os aspectos relacionais e os aspectos mais gerais ligados ao exercício físico, à saúde e à ocupação; ii] a promoção do conhecimento e da solidariedade intergeracional, tendo em conta a maior favorabilidade face à velhice revelada pelos adolescentes e pelos adultos jovens, iii) a promoção da saúde e bem-estar na velhice; iv) a capacitação de prestadores de serviço e profissionais de saúde no domínio do envelhecimento, salientando a importância que a sua própria representação e a representação que os idosos têm sobre si mesmos têm nas práticas e nas atitudes; v) a fomentação de estudos e de formações relativas às imagens do envelhecimento, dando especial atenção às diferenças de gênero, e a contribuição que as pessoas idosas deram, dão, podem e devem dar numa sociedade cada vez mais envelhecida.

Bibliografia

ANDRADE, C. M. **Uma pedagogia para a velhice: o desafio da construção de um trabalho com idosos no Brasil**. 1996. Tese (Doutorado em Educação)– Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1996.

_____. **Quando eu envelhecer**. Santa Maria: Biblos, 2011.

_____. **Quando eu me aposentar**. Santa Maria: Biblos, 2013.

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

BRASIL. **Lei 10.741/2003**. Estatuto do idoso. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2008.



Cuidados nutricionais na velhice

Verônica de Sousa Takashi Saito

Envelhecer é um processo biológico natural, que envolve redução das funções fisiológicas, considerando que os órgãos se modificam com a idade. Sabemos que as taxas de alterações fisiológicas distinguem-se entre pessoas e os sistemas orgânicos, desta forma, é importante diferenciar as mudanças ocorridas no processo natural do envelhecimento com as ocorridas pela presença de doenças.

O período de crescimento humano chega ao final por volta dos trinta anos, quando cessa o crescimento e o desenvolvimento, e a senescência tem início. Senescência é o processo orgânico natural do envelhecimento e as manifestações características de seus efeitos sobre a idade e seu avanço (KRAUSE, 2010). Algumas mudanças sistêmicas, como composição corporal, perdas sensoriais, distúrbios gastrointestinais, renais, cardiovasculares, neurológicas, psicomotoras, imunológicas e sensitivas, fazem parte do processo natural do envelhecer. Desta forma, envelhecemos no momento em que os sistemas orgânicos e as suas atividades entram em declínio e a eficiência de construção estrutural e de desempenho biológico não superam o patamar de destruição e ineficácia funcional.

Associado a perdas sistêmicas, a interação de fatores socioeconômicos, genéticos, ambientais, a presença de enfermidades e o estilo de vida, incluindo, neste, o hábito de fumar e o etilismo, os hábitos alimentares e a prática de atividade física, determinam a velocidade e intensidade do processo de envelhecimento de uma pessoa.

Segundo o IBGE, estima-se que, no Brasil, entre 1950 e 2025, a quantidade de idosos aumentará 16 vezes, contra cinco vezes da população total (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008). Desta forma é necessário aprofundar a compreensão sobre o cuidado nutricional na promoção e manutenção da independência e autonomia dos idosos. Os cuidados com a nutrição na velhice não são apenas os cuidados terapêuticos. Nunca é tarde para se considerar a nutrição como um fator de promoção de saúde e prevenção de doenças (KRAUSE, 2010). Estamos vendo idosos, mais do que qualquer outro grupo etário, buscando maiores informações sobre saúde e nutrição, e dispostos a fazer modificações em seus hábitos com o intuito de manter sua independência e qualidade de vida.

Aspectos nutricionais

Nutricionalmente, considerando a especificidade do perfil epidemiológico dos idosos, recomenda-se a avaliação da população idosa em dois grupos: 60-69 anos, por estes apresentarem perfil epidemiológico semelhante ao dos adultos (alta prevalência de sobrepeso) e a população com idade igual ou superior a 70, que apresentam perfil nutricional diferenciado, com alta prevalência de baixo peso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

A avaliação do estado nutricional deve contemplar informações referentes a fatores de risco (desequilíbrio entre necessidades nutricionais e consumo alimentar, presença de patologias infecciosas, fatores sociais, tais como isolamento, solidão e perda de status social, pobreza, presença concomitante de patologias crônicas não transmissíveis, a ingestão habitual de bebida alcoólica e o uso do tabaco); a antropometria e os exames bioquímicos (GUIGOZ et al., 1994).

Do ponto de vista nutricional, as alterações biológicas mais evidentes compreendem: redução de líquidos corpóreos, redução da massa corporal livre de gordura (massa muscular e óssea); diminuição de vários órgãos, como rins, fígado e pulmões; modificações na distribuição da gordura corporal (massa gorda): a gordura subcutânea dos

membros tende a diminuir, ao passo que a gordura intra-abdominal aumenta e, em alguns casos, há o encurvamento da coluna e/ ou o encurtamento das vértebras. Alguns autores sugerem que a flacidez da pele pode interferir na mensuração das dobras cutâneas, com resultados, muitas vezes, prejudiciais à saúde (VITOLLO, 2008).

Para uma avaliação nutricional adequada, devem ser utilizados parâmetros dietéticos, bioquímicos e clínicos, além dos antropométricos, que se referem às medidas das dimensões anatômicas que determinam os depósitos de tecido adiposo e a massa magra, a avaliação subjetiva do estado nutricional e a avaliação da força de preensão palmar. Algumas das medidas antropométricas recomendadas na avaliação nutricional do idoso são: peso, estatura, circunferência do braço e dobras cutâneas tricipital e subescapular. Estas medidas, de forma isolada ou em associação, buscam a determinação da composição corporal com relação aos tecidos adiposo e muscular (FELIX; SOUZA, 2009).

Uma precoce e regular monitorização do estado nutricional do idoso permite-nos efetuar um diagnóstico situacional, sendo este fundamental para a adoção de uma estratégia terapêutica ou para a adoção de medidas preventivas adequadas, considerando o fato de que a nutrição exerce um papel preponderante no processo degenerativo do envelhecimento.

É importante prestar atenção em alguns comportamentos dos idosos, para diagnosticar fatores naturais do envelhecimento e que interferem na nutrição, podendo influenciar o seu consumo alimentar, como:

- Trato gastrointestinal: atonia do intestino resulta em motilidade retardada levando à constipação. Inflamação do estômago, crescimento bacteriano anormal e diminuição das secreções digestivas prejudicam a digestão e absorção. Patologias no esôfago e garganta ocasionam dificuldades para ingestão de alimentos mais sólidos, bem como próteses mal ajustadas ou ausência de peças dentárias ou ainda alguma enfermidade na cavidade oral ou nas gengivas. As dores ocasionadas por estes distúrbios podem causar recusa de alimentos por parte do idoso ou ingestão reduzida.
- Composição corporal: por não serem tão ativos como os mais jovens, as necessidades calóricas estão diminuídas, por conta de perda de peso e declínio da massa corporal magra. Pode ser controlável ou reversível com a prática de atividades físicas.
- Órgãos sensitivos: a diminuição do paladar, por conta do declínio das funções das papilas gustativas que permitem sentir os sabores (doce, amargo, ácido e salgado), e a redução da percepção do cheiro agradável das preparações

reduzem o apetite; declínio da habilidade de enxergar dificultam a compra e a preparação dos alimentos.

- Hormônios: com a diminuição de insulina secretada pelo pâncreas, as células tornam-se menos responsivas, causando metabolismo anormal de glicose. É necessário atenção para que o idoso não desenvolva diabetes.
- Problemas psicogerítricos, principalmente depressão, tristeza, desânimo, apatia e solidão.
- Uso de medicamentos: altera a ingestão alimentar, a absorção, o metabolismo e a excreção de nutrientes, promovendo ainda enfermidades gástricas, como azia e gastrite.
- Enfermidades neurológicas: o ato de alimentar-se pode ser complicado, pela dificuldade de realizar até as mais simples tarefas, como preparar seu próprio prato ou levar o garfo à boca, o que pode gerar estresse e cansaço para ele e para seus cuidadores. Acrescenta-se o fato de que, com a progressão da enfermidade, ocorre cada vez mais dificuldade de mastigação e deglutição de alimentos sólidos, podendo provocar engasgos e tosse.

Em todos estes fatores, o consumo de uma alimentação saudável irá auxiliar na redução das comorbidades e contribuir para um ritmo favorável de envelhecimento.

É importante ainda observar algumas das razões envolvidas no processo de se alimentar, destacando:

- Ausência de um cuidador que prepare as refeições: o idoso passa a preferir alimento de fácil preparo e consumo, na maioria das vezes, ricos em calorias e açúcar, pobres em vitaminas e proteínas.
- Baixo nível socioeconômico: Com rendimentos muito limitados e ao ter preocupações financeiras o idoso poderá cortar despesas comprando alimentos mais baratos e menos nutritivos para esticar o seu orçamento.
- Dificuldades físicas: À medida que envelhecem, os idosos tendem a ficar mais frágeis, especialmente se têm de lidar com doenças como problemas cardíacos, fibromialgia, diabetes, artrite, osteoporose. A dor física e a falta de forças podem fazer com que tarefas simples, como se alimentar, sejam um enorme desafio.

Escolha dos alimentos

Existe um consenso de que a alimentação do idoso, assim como a dos demais grupos etários, deve ser variada, saudável e balanceada, porém a escolha de alimentos e os hábitos alimentares dos idosos são afetados não apenas pela preferência, mas também pelas transformações que acompanham a experiência de envelhecer em nossa sociedade. Morar sozinho, com familiares ou em instituições afeta a alimentação.

O alimento é fundamental para a manutenção de todos os nossos processos vitais. Ele nos fornece a energia necessária para a manutenção destes processos. Uma dieta adequada é aquela que assegura a ingestão equilibrada de todos os nutrientes, ou seja: as proteínas, as gorduras, as vitaminas, os sais minerais, as fibras e também a água.

Todo alimento possui vários nutrientes, e estes nutrientes exercem diferentes funções no organismo. Os alimentos são classificados em grupos de acordo com a quantidade de nutrientes que possuem e a função que exercem.

A escolha dos alimentos deve estar baseada em suas funções, sendo estes classificados em: energéticos, construtores e reguladores.

- **Energéticos:** fornecem energia para as mais diversas atividades (andar, falar, respirar etc.). São compostos por alimentos ricos em carboidratos, devendo ser priorizado o uso de cereais integrais, que auxiliam também no bom funcionamento intestinal e no controle da absorção de açúcares e gorduras e lipídios (gorduras), que possuem um papel importante, auxiliando na absorção de vitaminas lipossolúveis. Gorduras chamadas poli-insaturadas e monoinsaturadas, nas quantidades adequadas, devem compor parte da alimentação, já que auxiliam na prevenção de doenças cardiovasculares. As fontes de carboidratos são: arroz, milho, centeio, pão, macarrão, batata, aveia, cará, inhame, aipim, açúcares, doces, mel, geleia, cevada, trigo etc. As fontes de lipídios são os frutos oleaginosos, como amêndoas, amendoim, castanhas, nozes (que também são fontes de antioxidantes, minerais e gorduras saudáveis, colaborando com a saúde e o sistema de defesa) e creme de leite, manteiga, margarina, óleos vegetais, como soja, algodão, girassol, azeite de oliva etc.
- **Construtores:** Por se considerar a perda de massa magra, uma alimentação que atenda às necessidades de proteína é de essencial importância para a construção e manuten-

ção das diferentes partes do corpo e para a reparação dos tecidos que são perdidos com maior frequência, através de descamações, suor, cicatrizações, dentre outros. As proteínas são ainda responsáveis pela composição dos músculos, tecidos e as células do sistema de defesa. Os alimentos fontes de proteínas são: ovos, feijão, ervilha, lentilha, soja, grão de bico, leite, iogurte, coalhada, carne etc. O melhor é optar por carnes mais magras e preparações cozidas e assadas que, além de serem mais saudáveis, deixam a carne mais macia e de fácil mastigação. O consumo de leite e derivados torna-se ainda mais importante na terceira idade, pois são as principais fontes de cálcio, mineral que compõe os ossos.

- Reguladores: principais fontes de vitaminas, minerais, fibras e antioxidantes, são essenciais para o equilíbrio do corpo, o sistema de defesa e prevenção de doenças. Regulam as funções do organismo, facilitando a digestão e a absorção dos nutrientes, fortalecendo o sistema imunológico e proporcionando um bom funcionamento intestinal. Exemplo: pepino, berinjela, abobrinha, chuchu, cenoura, limão, laranja, goiaba, manga, caju, morango, mexerica, almeirão, acelga, brócolis, escarola, mostarda, salsa, couve e cereais integrais.

Dicas para o idoso ter uma alimentação saudável

A intervenção nutricional para o idoso deve delongar a vida e prevenir doenças causadas por erros alimentares e má nutrição, assim, é fundamental que o idoso apresente uma dieta equilibrada em carboidratos, proteínas e gorduras. O consumo de alimentos altamente calóricos e com baixo valor nutritivo aumenta o risco de doenças cardiovasculares, aumenta o nível de colesterol no sangue, aumenta a tensão arterial e pode causar uma redução na qualidade de vida.

Apresentaremos, abaixo, os dez passos para uma alimentação saudável para pessoas idosas, que são orientações práticas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.

1º PASSO: Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições

Aprecie a sua refeição, sente confortavelmente à mesa, de preferência em companhia de outras pessoas. Coma devagar, mastigando bem os ali-

mentos. Saboreie refeições variadas, dando preferência a alimentos saudáveis típicos da sua região e disponíveis na sua comunidade. Caso você tenha dificuldade de mastigar os alimentos sólidos, como carnes, frutas, verduras e legumes, estes podem ser picados, ralados, amassados, desfiados, moídos ou batidos no liquidificador. Não deixe de comer esses alimentos. Escolha os alimentos mais saudáveis, conforme as orientações a seguir, lendo as informações e a composição nutricional nos rótulos. Caso tenha dificuldade na leitura ou para entender a informação, peça ajuda.

2º PASSO: Inclua diariamente seis porções do grupo dos cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos como a batata, raízes como mandioca/ macaxeira/ aipim, nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural.

Alimentos como cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), de preferência integrais; tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/ macaxeira/ aipim são as mais importantes fontes de energia e devem ser o principal componente da maioria das refeições, pois são ricos em carboidratos. Distribua as seis porções desses alimentos nas principais refeições diárias (café da manhã, almoço e jantar) e nos lanches entre elas. Nas refeições principais, preencha metade do seu prato com esses alimentos. Se utilizar biscoitos para os lanches, leia os rótulos: escolha os tipos e as marcas com menores quantidades de gordura total, gordura saturada, gordura trans e sódio. Esses ingredientes, se consumidos em excesso, são prejudiciais à sua saúde.

3º PASSO: Coma diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.

Frutas, legumes e verduras são ricos em vitaminas, minerais e fibras, e devem estar presentes, diariamente, em todas as refeições e lanches, pois evitam a prisão de ventre, contribuem para proteger a saúde e diminuir o risco de várias doenças. Varie os tipos de frutas, legumes e verduras consumidos durante a semana. Compre os alimentos da época (estação) e esteja atento para a qualidade e o estado de conservação deles. Procure combinar verduras e legumes de maneira que o prato fique colorido, garantindo, assim, diferentes nutrientes. Sucos naturais de fruta feitos na hora são os melhores; a polpa congelada perde alguns nutrientes, mas ainda é uma opção melhor que os sucos artificiais, em pó ou em caixinha.

4º PASSO: Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e é bom para a saúde.

Coloque no prato uma parte de feijão para duas partes de arroz cozido. Varie os tipos de feijões usados – preto, da colônia, manteiguinha, carioquinha, verde, de corda, branco e outros – e as formas de preparo. Use também outros tipos de leguminosas – soja, grão de bico, ervilha seca, lentilha, fava –. As sementes – de abóbora, de girassol, gergelim e outras – e as castanhas – do Brasil, de caju, amendoim, nozes, nozes-pecan, amêndoas e outras – são fontes de proteínas e de gorduras de boa qualidade.

5º PASSO: Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis

Leite e derivados são as principais fontes de cálcio na alimentação e você pode escolher os desnatados ou semidesnatados. Carnes, aves, peixes e ovos também fazem parte de uma alimentação nutritiva e contribuem para a saúde. Todos são fontes de proteínas, vitaminas e minerais. Procure comer peixe fresco pelo menos duas vezes por semana; tanto os de água doce como de água salgada são saudáveis. Coma pelo menos uma vez por semana vísceras e miúdos, como o fígado bovino, moela, coração de galinha, entre outros.

6º PASSO: Consuma, no máximo, uma porção, por dia, de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina.

Reduza o consumo de alimentos gordurosos, como carnes com gordura aparente, embutidos – salsicha, linguiça, salame, presunto e mortadela –, queijos amarelos, frituras e salgadinhos, para, no máximo, uma vez por semana. Use pequenas quantidades de óleo vegetal quando cozinhar – canola, girassol, milho, algodão e soja. Uma lata de óleo por mês é suficiente para uma família de quatro pessoas. Use azeite de oliva para temperar saladas, sem exagerar na quantidade. Prepare os alimentos de forma a usar pouca quantidade de óleo, como assados, cozidos, ensopados e grelhados. Evite cozinhar com margarina, gordura vegetal ou manteiga. Na hora da compra, dê preferência às margarinas sem gorduras trans (tipo de gordura que faz mal à saúde) ou às marcas com menor quantidade desse ingrediente (procure no rótulo essa informação).

7º PASSO: Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação. Coma-os, no máximo, duas vezes por semana.

Consuma, no máximo, uma porção do grupo dos açúcares e doces por dia. Valorize o sabor natural dos alimentos e das bebidas evitando ou reduzindo o açúcar adicionado a eles. Diminua o consumo de refrigerantes e de sucos industrializados. Prefira bolos, pães e biscoitos doces preparados em casa, com pouca quantidade de gordura e açúcar, sem cobertura ou recheio.

8º PASSO: Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa.

A quantidade de sal utilizada deve ser de, no máximo, uma colher de chá rasa por pessoa, distribuída em todas as refeições do dia. Use somente sal iodado. Não use sal para consumo de animais, que é prejudicial à saúde humana. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio), como hambúrguer, presunto, charque e embutidos (salsicha, linguiça, salame, mortadela), salgadinhos industrializados, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos. Leia o rótulo dos alimentos e prefira aqueles com menor quantidade de sódio. Para temperar e valorizar o sabor natural dos alimentos, utilize temperos como cheiro verde, alho, cebola e ervas frescas e secas ou suco de frutas, como limão.

9º PASSO: Beba pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.

A água é muito importante para o bom funcionamento do organismo. O intestino funciona melhor, a boca se mantém mais úmida e o corpo mais hidratado. Use água tratada, fervida ou filtrada para beber e preparar refeições e sucos. Bebidas açucaradas, como refrigerantes e sucos industrializados, não devem substituir a água.

10º PASSO: Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

Além da alimentação saudável, a atividade física é importante para manter um peso saudável. Movimente-se! Descubra um tipo de atividade física agradável! O prazer é também fundamental para a

saúde. Caminhe, dance, brinque com crianças, faça alguns exercícios leves. Aproveite o espaço doméstico e os espaços públicos próximos a sua casa para movimentar-se. Convide os vizinhos e amigos para acompanhá-lo.

Evitar o fumo e o consumo frequente de bebida alcoólica também ajuda a diminuir o risco de doenças graves, como câncer e cirrose, e pode contribuir para melhorar a qualidade de vida (BRASIL, 2009).

Conclusão

A alimentação saudável atua de forma determinante no processo de prevenção, manutenção e recuperação da saúde do idoso, uma vez que modificações fisiológicas e psicológicas, que caracterizam o envelhecimento, interferem no apetite, consumo e absorção de nutrientes, promovendo várias alterações no estado nutricional.

A associação de doenças, fatores psicossociais, condições socio-econômicas, interação entre nutrientes e medicamentos, isolamento familiar e social também estão diretamente ligados à alimentação do idoso. Por isso, o atendimento nutricional deve fazer parte da atenção à saúde da pessoa idosa, considerando que uma alimentação saudável contribui para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Estes benefícios alcançam ainda os idosos que apresentam algum comprometimento de saúde, requerendo assim cuidados nutricionais específicos para o seu problema.

Consumir alimentos saudáveis auxilia na redução das comorbidades, contribuindo para o ritmo favorável de envelhecimento. Uma nutrição adequada colabora com um envelhecimento mais saudável. No cuidado à pessoa idosa, o acompanhamento de um nutricionista auxilia no planejamento e na adoção de uma alimentação equilibrada, melhorando a qualidade de vida dessas pessoas e proporcionando mais saúde e bem-estar.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

FÉLIX, L.; SOUZA, E. Avaliação nutricional de idosos em uma instituição por diferentes instrumentos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 4, p. 571-580, jul-ago. 2009.

GUIGOZ, Y.; VELLAS, B.; GARRY, P. J. Mini nutritional assessment: A Practical Assessment Tool for Grading the Nutritional State of Elderly Patients: Presentation of the MNA, History and Validation. **Facts and Research in Gerontology**, [S.l], p. 15-59, 1994. Supplement 2.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050**. Revisão 2008.

KRAUSE, L. K. M.; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical Status: the use and interpretation of anthropometry*. Genebra: World Health Organization, 1995. Organização Mundial de Saúde

VITOLO, M. R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.



Idosos no contexto das transferências financeiras entre familiares

.....
Márcia Botelho de Oliveira
Renato Mareto
Neuza Maria da Silva
Karla Maria Damiano
.....

O Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, realizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2002, apontou que, no século XX, foi produzida uma revolução de longevidade. A expectativa média de vida ao nascer, que em 1950 era de 46 anos, chegou a 66 anos em 2003, e se prevê que até 2050 tenha aumentado mais 10 anos. Esta revolução demográfica e o rápido crescimento da população na primeira metade do século XXI significam que o número de pessoas com mais de 60 anos, que era aproximadamente de 600 milhões, no ano 2000, chegue a quase 2 bilhões, em 2050. Projeta-se um aumento mundial da proporção de idosos passando de 10%, em 1998, para 15%, em 2025. Esse aumento será mais notável e mais rápido nos países em desenvolvimento, nos quais se prevê que a população idosa será quadruplicada

nos próximos 50 anos. Estima-se que, por volta de 2050, o percentual de crianças, nesses países, cairá de 33% para 22% (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003).

Apesar do aumento na expectativa de vida ser resultado do progresso na área da saúde, tecnologia e de políticas promovidas pelo Estado e pela sociedade, o aumento expressivo de idosos não foi esperado de forma planejada pelo poder público, o que pode gerar problemas sociais e econômicos caso não sejam tratados adequadamente. Uma das consequências dessa falha é que muitas famílias são levadas a se encarregar do provimento de recursos para seus membros em caso de necessidade, buscando responder às carências, ampliando as redes de relações e reforçando a seguridade familiar, a fim de garantir melhores condições de vida para seus membros (ARRIAGADA, 2007).

Pereira (2006) ressaltou que, em muitas situações, quando se pensa na pessoa envelhecida e na sua família, imagina-se que o idoso pode significar ônus financeiro. Entretanto, sabe-se que uma parcela significativa dos idosos consegue manter não só o próprio sustento, como também amparar sua família, por meio de transferências financeiras (OLIVEIRA; SILVA, 2012; TAVARES, 2011a; ENCARNAÇÃO, 2011; AREOSA; AREOSA, 2008; LEAL et al., 2007).

Entende-se por transferências o ato ou efeito de transferir recursos em forma de bens e serviços, que se reverte em ajuda, monetária ou não, para as famílias ou os indivíduos (SILVA, 1994). Estudos como os de Guedes et al. (2009), Peixoto (2005), Vitale (2005) e Saad (2004) se referem à transferência de recursos na família como solidariedade familiar. Resumindo a nomenclatura usada por estes pesquisadores, pode-se classificar essa solidariedade em funcional-afetiva e material-financeira que, juntas, constituem a base das relações familiares. A solidariedade funcional-afetiva compreende as atividades do cotidiano, como auxílio nas tarefas domésticas. Segundo Camarano (2002), este tipo de ajuda ocorre quando a família atravessa circunstâncias adversas, como a ausência de instituições para cuidar de crianças pequenas ou a falta de recursos para remunerar um profissional para realizar essas tarefas. Já a solidariedade material-financeira corresponde ao apoio envolvendo dinheiro como pagamento de estudos, quitação de contas domésticas (água, luz e telefone), empréstimo de dinheiro, entre outros.

No entanto, algumas ajudas classificadas como funcional-afetivas podem representar, indiretamente, um auxílio material-financeiro, devido ao fato de que, apesar de não haver uma contribuição financeira direta, essas ajudas geram custos para o indivíduo que as

fornece, como, por exemplo, o caso do gasto com combustível do automóvel para levar e buscar as crianças na escola. Em outras situações, faz com que o recebedor da ajuda economize ao não ter que fazer o pagamento de um profissional para realizar determinada tarefa.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), no Brasil a participação do idoso na renda familiar se revela cada vez mais expressiva. No início da década de 1980, a contribuição dos idosos era de 37,0%; já na década de 1990 passou a ser de 47,2% e, em 2007, de 53,0% dos domicílios do país. Logo, mais da metade da renda familiar era fornecida por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Estes dados colocam em discussão a visão tradicionalista da sociedade e do Estado que atribui à família a obrigação de amparar os idosos. Leal (2006), analisando a realidade dos idosos, encontrou que três, em cada dez idosos brasileiros, eram responsáveis por mais de 90% do total do rendimento mensal do domicílio, em consequência, principalmente, de suas aposentadorias. Estes números foram reafirmados pela pesquisa sobre Indicadores Sociais Municipais do IBGE, que considera não serem os adultos jovens arrimos de família, mas sim os mais velhos (LEAL, 2006).

Leal et al., (2007), em seu estudo sobre transferências e trocas com idosos no contexto familiar no município de Teixeiras-MG, verificaram um percentual de dependentes da renda do idoso maior que 40%. Por fim, Tavares et al. (2011b) analisaram a participação da renda dos aposentados rurais de Viçosa, Minas Gerais, na economia familiar, e chegaram à conclusão de que 80% dos idosos aposentados eram responsáveis por, no mínimo, metade da renda de suas famílias. As autoras concluíram que, embora muitas vezes a renda do idoso seja considerada uma “ajuda”, na grande maioria dos casos ela é imprescindível para a sobrevivência das famílias rurais, caracterizando uma situação de dependência.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi apresentar uma breve revisão bibliográfica, identificando os fatores que motivam as transferências financeiras, especificamente de idosos para seus filhos. Além disso, buscou-se investigar os recursos utilizados e os possíveis impactos socioeconômicos destas transferências.

Para atender ao objetivo proposto, foi realizada uma busca bibliográfica e posteriormente uma seleção de artigos e livros que tratam do tema, além de buscas nas bases de dados disponibilizadas pela Capes e Scielo. Assim, pode-se realizar uma discussão acerca da realidade vivida pelos idosos e, em especial, os papéis sociais desempenhados por homens e mulheres idosos dentro das famílias, compreendendo as estratégias familiares que buscam melhorias na qualidade de vida.

Fatores que Influenciam as transferências familiares

Segundo Rocha (2008), as transferências familiares abrangem uma dinâmica em que a solidariedade e a reciprocidade das relações estabelecem a coesão grupal e o sentimento de pertença. Dessa maneira, os vínculos sociais são construídos a partir de uma rede, a qual é consolidada com as trocas. Trabalhos como o de Encarnação (2011), Guedes et al. (2009), Peixoto (2005), Vitale (2005), Camarano (2002) e Almeida (1998) revelaram que existem vários motivos pelos quais as famílias participam dessas redes de apoio, oferecendo e/ou obtendo ajudas funcional-afetivas e material-financeiras. É importante ressaltar que as ajudas que dizem respeito à habitação, seja na forma de empréstimo de imóvel ou de coabitação, são consideradas material-financeiras, visto que emprestar um imóvel para um familiar ou abrigá-lo na própria residência são ajudas geradoras de custos para o indivíduo que oferece o auxílio. Essa classificação foi baseada nas afirmações de Bruschini (1990), que considerou o empréstimo de imóvel e o sustento por meio da coabitação um auxílio monetário indireto. Para Saad (2004), a cultura de apoio entre gerações no Brasil tem feito com que cresça o número de filhos adultos que, de alguma forma, dependem dos pais idosos. Desta forma, a casa e a aposentadoria dos pais têm se transformado valiosos e, em alguns casos, a aposentadoria seria o único provento familiar.

Por outro lado, Lillard e Willis (apud SAAD, 2004), apontaram o seguro-velhice e a hipótese do altruísmo¹ como razões para as transferências. O seguro-velhice é fundamentado, de forma implícita, na suposição de que os idosos investem nos filhos por meio de transferências funcional-afetivas e material-financeiras com a expectativa de compensações futuras. De acordo com a ideia do seguro-velhice, os filhos representariam a possibilidade de segurança dos pais na idade avançada. Com relação à hipótese do altruísmo, os pais ofereceriam apoio incondicional aos filhos, sem a expectativa de compensações futuras. As pesquisas de Encarnação (2011) e Guedes et al. (2009) indi-

.....
1 O altruísmo é percebido com frequência como sinônimo de solidariedade. A palavra caracteriza o conjunto das disposições humanas (individuais ou coletivas) que inclinam os seres humanos a se dedicarem aos outros. Portanto, este conceito se opõe ao egoísmo, que são as inclinações específicas e exclusivamente individuais. Além disso, o conceito de altruísmo tem a importância filosófica de referir-se às disposições naturais do ser humano, indicando que o homem pode ser – e é – bom e generoso naturalmente (CAVALCANTI, 2002).

caram que a motivação para a solidariedade entre familiares envolvia amor, benevolência e altruísmo, por um lado, e interesse na reciprocidade, por outro.

Porém, em ambas as situações, é notável a existência de um contrato intergeracional, de modo que cada membro da família venha a desempenhar diferentes papéis em cada estágio da vida. Neste sentido, Saad (2004) afirma que as normas tradicionais e culturais, somadas às pressões sociais, são propulsoras do apoio entre as diferentes gerações. Almeida (1998) menciona que entre os diversos fatores a serem considerados nas transferências familiares, aspectos da cultura brasileira devem ser incluídos, uma vez que as pessoas tendem, muitas vezes, a avaliar a ajuda como uma obrigação social.

A família tem sido considerada a ferramenta de redistribuição de renda mais importante, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos, uma vez que as transferências ou ajudas entre familiares são estratégias utilizadas pela população, com baixo ou sem rendimento, para sobrevivência em caso de dificuldades. O estudo realizado por Almeida (1998), no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, revelou que os idosos assumem responsabilidades na economia da família em consequência das crises econômicas enfrentadas por esta em casos de desemprego, divórcio e viuvez, uso de drogas e violência doméstica, levando, muitas vezes, os filhos adultos a se tornar dependentes de seus pais aposentados. Observa-se, assim, que ocorreu uma inversão de papéis na família: os idosos passaram a dar assistência aos filhos adultos. De acordo com Almeida et al. (2001), este fenômeno tem sido cada vez mais visível em famílias de baixa renda.

Saad (1999) estudou as transferências entre gerações no Brasil e observou que, apesar das relações de troca entre pais e filhos assegurarem a sobrevivência dos primeiros nas idades mais avançadas, em decorrência da situação de carência e desemprego, é crescente o número de filhos adultos dependentes dos pais idosos, fazendo com que o benefício da pensão recebida por estes se transforme na principal fonte de renda da família.

Pesquisas realizadas por Williams (apud ALMEIDA et al., 2001), mostraram a importância das transferências de renda entre famílias para manutenção da subsistência, para sobrevivência e para melhoria da qualidade de vida. A autora afirmou que, em muitos casos, apesar dos recursos limitados, os familiares fornecem ajuda financeira e de outros tipos às suas redes de parentesco.

Segundo Bruschini (1990), nas famílias paulista de classe média, a ajuda oferecida entre familiares está associada ao relacionamento entre parentes, podendo se dar pela convivência e sociabilidade tanto em momentos de alegrias, como em festas, visitas ou ocasiões especiais, quanto nos de dor, no caso de doença ou morte. Além disso, os relacionamentos costumam se dar, com muita frequência, pela prestação recíproca de favores, como os empréstimos em dinheiro, a ajuda nos afazeres domésticos e nos cuidados com as crianças. Entretanto, Agier (1990) destacou um fator importante quando se trata das ajudas financeiras: um indivíduo não pode recorrer à assistência permanente da sua família de origem, visto que pode ser considerado um homem sem “status”.

Motta e Scott (ALMEIDA, 1998) chamaram a atenção para uma parte da população que não tem acesso ao crédito, por não possuir renda suficiente para garantir o pagamento, recorrendo desta forma a empréstimos junto a parentes. Essas transferências, em muitos casos, têm o objetivo de amenizar as condições precárias de vida da população de baixa renda.

Economistas apontaram que, quando a economia se torna instável, as transferências financeiras dentro das famílias tendem a aumentar, gerando maior impacto sobre o seu bem-estar socioeconômico (MOTTA; SCOTT, 1983; OLSON; SMITH, 1980). Assim, na ausência do Estado para reduzir os efeitos negativos da má distribuição de renda, e na falta de políticas sociais eficientes, como, por exemplo, no caso de desemprego ou de doença, a família é o apoio com que se pode contar.

Neste contexto, Almeida et al. (2001) afirmaram que o desemprego leva o indivíduo a se voltar mais para o sistema de ajuda familiar, recorrendo, com frequência, aos parentes nos momentos de crise econômica. Com isso, as transferências financeiras se tornam estratégias de sobrevivência de famílias que possuem algum membro desempregado, para assim atingirem um nível mínimo de bem-estar.

Além do desemprego, fatores como a expansão da pobreza, a concentração de renda, as separações e os divórcios, o uso de drogas e o crescimento da violência levam um número crescente de filhos adultos a se tornar, de algum modo, dependente dos recursos dos pais idosos (LEAL et al., 2007). A existência de variados fatores que afetam a transferência de recursos entre familiares tem sido objeto de estudo para as ciências sociais. De acordo com Silva (1994), o nível de escolaridade, o divórcio, o número de crianças dependentes podem ser alguns dos fatores e causas das ajudas familiares.

Alguns estudos apontaram que, em geral, os idosos casados ofereceram mais assistência aos filhos do que os idosos viúvos (CRIMINS; INGEGNERI, 1990; ROSSI; ROSSI, 1990). Hoyert (1991) afirma, no entanto, que filhos casados recebem menos ajuda de seus pais idosos do que os filhos solteiros, enquanto as filhas divorciadas apresentam maior probabilidade de receber ajuda de pais idosos, do que os filhos. Ainda na perspectiva de gênero, deve-se destacar que as mulheres idosas estão muito mais inseridas no contexto das transferências familiares do que os homens (OLIVEIRA; SILVA, 2012; ROSSI, 1986).

Em relação ao ciclo de vida da família, estudos mostraram que, mais do que em qualquer outro estágio, as chances de filhos adultos receberem ajuda de seus pais idosos aumentam durante o período em que os primeiros são pais de crianças pequenas (EGGEBEEN; HOGAN, 1990).

Outras pesquisas sobre transferências familiares trataram da influência dos recursos físicos e financeiros e da distância geográfica separando os doadores e recebedores de ajuda. Os estudos de Speare et al. (1991) e Worobey e Angel (1990) apontaram que, quanto menor a renda e piores as condições de saúde, maiores as chances de o indivíduo ser ajudado por familiares. Com relação à distância geográfica, Lin e Rogerson (1995) destacaram como sendo um fator determinante, não só do tipo de interação entre familiares, mas também da frequência desta.

Uma pesquisa feita por Adams (1964) sobre os fatores que afetavam a ajuda paterna aos filhos casados revelou que tal ajuda está relacionada ao tempo de casamento do filho, ao estrato ocupacional da família de origem e ao sexo do recebedor. Adams sugeriu que, devido às diferenças de gênero quanto à busca e à preparação para serem independentes, as jovens casadas têm maior probabilidade de aceitar e de receber ajuda de seus pais do que os rapazes casados.

Saad (2004) também afirma que a importância do gênero, tanto dos pais quanto dos filhos, ficava clara na definição dos fluxos de transferências de recursos. Corroborando esses resultados, Attias-Donfut (1995) confirmou que as mulheres aposentadas são as que, em geral, se organizam em redes de ajudas familiares, podendo ajudar até duas vezes mais que os homens.

Numa análise comparativa das pesquisas sobre gênero, família e trabalho, Rossi (1986) e Shi (1993) perceberam que as mulheres, em geral, aparecem muito mais engajadas em fluxos de apoio do que os homens, o que costuma ser atribuído não só às suas maiores necessidades material-financeiras, mas também ao fato de serem elas mais apegadas emocionalmente aos filhos.

Com relação à solidariedade funcional-afetiva, as pesquisas de Peixoto (2005) sobre as relações de avôs/avós, filhos e netos, demonstraram que, quando as mães trabalham fora de casa, “ficar” e “cuidar” dos netos são tarefas das avós. Já os homens aposentados auxiliam seus filhos duas vezes menos que as aposentadas nas atividades domésticas. De acordo com os dados desta pesquisa sobre gênero, família e trabalho, no universo de mulheres de mais de 50 anos, a proporção de mulheres de baixa renda que trabalham fora e que têm empregada doméstica é muito pequena, apenas 6,6%. Assim, são as avós que ajudam as filhas, assumindo a tarefa de prover e educar os netos.

A pesquisa de Almeida et al. (2001) sobre transferências familiares e desemprego também mostrou a diferença das ajudas oferecidas por homens e mulheres. As autoras constataram que limpar e organizar a casa, confeccionar e reparar vestuário são ajudas realizadas somente por mulheres. Já o conserto de equipamentos da casa, na parte elétrica ou hidráulica, geralmente são ajudas fornecidas por homens, que tiveram oportunidade de adquirir esses conhecimentos e habilidades no mercado de trabalho.

Souto (1999) ressaltou que são as mulheres idosas que estão assumindo novos papéis na família, como a responsabilidade dos cuidados dos netos pela necessidade da participação da mulher no trabalho fora de casa. Corroborando as assertivas de Souto (1999), Vitale (2005) afirmou que, no esteio das relações entre as gerações, os avós, mais especialmente as mulheres, convivem muitas vezes com a responsabilidade com o cuidado dos netos somada às ajudas financeiras oferecidas aos filhos. Isso porque é das mulheres que a família espera a prestação de assistência à geração mais nova.

Recursos utilizados nas transferências familiares e os impactos socioeconômicos

Pesquisas qualitativas de Peixoto (2004) mostraram que grande parte dos pais com mais de 60 anos ajudaram os filhos adultos financeiramente. Essa ajuda financeira dos pais aposentados, em especial daqueles que têm duas fontes de renda – aposentadoria e trabalho informal, por exemplo – desempenha um papel decisivo na organização familiar. O mesmo é indicado por Camarano (1999a) e Pessoa (2007), ao constatarem que as famílias brasileiras compostas por pessoas apo-

sentadas encontram-se em melhor situação econômica do que as outras. Pesquisas de Oliveira e Silva (2012) corroboraram essa assertiva ao destacar que as famílias que possuem mulheres aposentadas estão em melhores condições econômicas do que as demais, pois as mulheres estavam no centro das transferências de recursos.

Segundo Camarano (2002), embora o valor das aposentadorias e pensões pagas pela Previdência Social, em sua maioria, seja de um salário mínimo, esses benefícios têm atendido não só aos mais velhos, como também aos seus familiares, fazendo do idoso um fator de equilíbrio social.

Peixoto (2004), em pesquisa com idosos do município do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, que recebem benefícios de até sete salários mínimos, percebeu que muitos destes continuam a trabalhar mesmo depois da aposentadoria. Os homens trabalham, em geral, como camelôs, carpinteiros, pintores de parede e motoristas de caminhão, enquanto as mulheres exercem, principalmente, atividades domésticas remuneradas, como costura, lavagem de roupa, confecção de bolos e doces para vender, faxinas em domicílios ou venda de produtos de beleza. Um dos motivos da permanência nestes trabalhos é ajudar financeiramente filhos e netos, pois estes aposentados afirmam saber o quanto a família depende dessa ajuda. Vários entrevistados confessam estar cansados e ter vontade de se aposentar definitivamente, contudo, enquanto a família necessitar, eles pretendem continuar trabalhando.

A pesquisa de Celich e Baldissera (2010), realizada em Erechim, Rio Grande do Sul, com objetivo de investigar quais os motivos que levam os idosos a se manter no mercado de trabalho, apresentou resultados semelhantes aos encontrados por Peixoto (2004). Segundo Celich e Baldissera (2010), os baixos valores dos benefícios previdenciários, somados ao prolongamento da vida, fazem com que muitos idosos continuem trabalhando para garantir uma renda suficiente para suprir as suas necessidades individuais e de seus familiares, isso porque muitos continuam sendo chefes de família. As autoras também destacaram que 56% dos aposentados que estão trabalhando são os mais jovens (idade de 60 a 64 anos) e 67% afirmam continuar trabalhando por uma questão de necessidade financeira, já que essa renda tem implicações determinantes em sua vida.

Além de continuarem trabalhando, em alguns casos os aposentados fazem uso do crédito consignado como estratégia para ajudar os filhos (OLIVEIRA; SILVA, 2012; CÁSSIA, 2010). O crédito consignado é uma modalidade de empréstimo que vem aumentando consideravelmente entre os aposentados e pensionistas do Instituto Nacional de

Seguridade Social (INSS). Nesta modalidade de crédito, os bancos têm o direito de receber diretamente, a partir do benefício pago pelo INSS, a parcela referente ao pagamento do empréstimo contraído pelo aposentado ou pensionista. Assim sendo, as instituições financeiras têm retorno garantido do crédito concedido, sendo, portanto, as taxas de inadimplência próximas de zero (INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, 2005).

Sobre as solidariedades material-financeiras, com base nas considerações de Bruschini (1990), percebeu-se que o apoio econômico assegurado pela rede familiar pode se dar por meio de um auxílio monetário direto ou por formas indiretas como, por exemplo, pagamento, pelos avós, de gastos com educação e com saúde dos netos, empréstimo de imóvel para os filhos morarem, sustento devido à coabitação, dentre outros.

Peixoto (2004) destacou que o fenômeno da coresidência ou coabitação constitui um tipo de assistência que o idoso vem oferecendo a sua família. Segundo a autora, no Brasil, as gerações mais velhas cada vez mais coabitam com as novas, sendo este fenômeno mais comum nas camadas populares. Debert (1998) argumentou que é importante conhecer a composição familiar em que os idosos estão inseridos, para tentar compreender as ajudas funcional-afetivas e material-financeiras que eles dão e recebem, pois, nestes casos, a residência, a renda, os cuidados domésticos são compartilhados.

Com relação à ajuda funcional-afetiva, Leal (2006) destacou o importante papel desempenhado pela população idosa ao contribuir com o trabalho doméstico, colaborando diretamente com a socialização das crianças, a manutenção da roupa, o preparo das refeições, entre outros. Além disso, em famílias compostas por pai, mãe e filhos pequenos, estes idosos liberam os membros adultos para trabalhar ou, até mesmo, para procurar emprego, e indiretamente contribuem para o ganho de renda da família.

As ajudas, tanto funcional-afetivas quanto material-financeiras, podem representar potenciais perdas e ganhos para doadores e recebedores, respectivamente. Segundo Leal (2006), quanto mais os atores sociais lucrarem com a interação, a durabilidade da relação será contínua e positiva.

Com relação aos impactos econômicos das transferências familiares, Oliveira e Silva (2011), em estudo realizado no município de Viçosa, Minas Gerais, comentaram sobre os custos de oportunidade²

.....
2 Custo de oportunidade é um termo usado em economia e significa a estimativa do valor dos retornos

das ajudas financeiras oferecidas pelos idosos aos seus filhos. Cerca de 45,0% deixam de fazer alguma coisa ou comprar algum bem. As autoras apontaram que quase 30,0% dos aposentados tiveram que deixar de reformar a casa ou de viajar e, aproximadamente, 10,0%, de adquirir um automóvel ou eletrodoméstico para dar assistência financeira aos seus filhos. Ainda 4,5% dos aposentados entrevistados declaram que deixaram de fazer algum tipo de tratamento de saúde para oferecer suporte aos filhos. Contudo, mesmo diante dessas renúncias, estes se mostram dispostos a continuar ajudando os filhos no que é possível, e não apenas financeiramente.

Em se tratando de retorno econômico pela ajuda financeira, Leal et al. (2007), em seu estudo sobre transferências e trocas com idosos no contexto familiar, observaram que 25% dos idosos recebem transporte (caronas) como retorno econômico de suas famílias, além de se referirem a um retorno subjetivo na forma de carinho, boa convivência, respeito, amor e passeios. Dessa forma, Pintos (1997) declarou que para a solidariedade entre familiares de diferentes gerações ser entendida é necessário conhecer o contexto da história de cada família, pois as relações são influenciadas pela convivência entre os indivíduos.

Coutrim (2006) enfatizou a importância dos idosos aposentados no sustento de suas famílias, pois com o benefício previdenciário, estes representam um dos segmentos sociais com maior estabilidade econômica na sociedade. Neste sentido, Areosa e Areosa (2008) apontaram que o benefício social recebido pelo idoso, na forma de aposentadoria e/ou pensão, além de garantir-lhe uma renda fixa e a subsistência propicia sua revalorização dentro do espaço familiar, bem como uma inversão de papéis, em que, de assistido, o idoso passa a desempenhar o papel de assistente.

Diversas pesquisas enfatizaram que as ajudas financeiras e os diversos papéis desempenhados pelos idosos em suas famílias proporcionam-lhes um sentimento de bem-estar, levando esses indivíduos a se mostrarem dispostos a ajudar sempre que a família precisar (OLIVEIRA; SILVA, 2012; PEIXOTO, 2004; CAMARANO, 1999b). Souto (1999) percebeu que os idosos buscam uma revalorização perante a sociedade, uma sensação de pertença, onde se sintam parte fundamental da família, sentimento este que é perdido com a chegada da velhice. Sendo assim, nota-se que, em alguns casos, as transferências financeiras causam impactos sociais positivos em suas vidas.

que se deixa de ganhar quando se decide usar recursos para qualquer outro fim específico. Esse custo reflete situações ou resultados provenientes de bens que poderiam ter sido escolhidos (SILVA, 2006).

Neste contexto, vale destacar que, no estudo realizado por Celich e Baldissera (2010), ficou evidente que um dos fatores que motivam os idosos a permanecer no mercado de trabalho após a aposentadoria é a garantia de reconhecimento familiar e a valorização da sociedade.

Conclusão

A significativa participação dos idosos no auxílio financeiro de suas famílias indica que eles estão muito além da condição de serem tratados somente como objetos de cuidado, tendo se mostrado, muitas vezes, como um apoio fundamental no qual a família se ampara.

Assim, faz-se necessário compreender o papel desempenhado pelos idosos em nossa sociedade, gerado por responsabilidades sociais assumidas por eles. Sendo assim, a imagem que se tem de idosos como figuras dependentes e quase inválidas para o trabalho deve ser repensada, tanto pelo senso comum quanto pela comunidade científica.

É claramente visível a diferença existente entre as formas de solidariedade, afetiva e financeira, oferecidas pelo pai e pela mãe aos filhos. Outra diferença observada é na frequência da ajuda, sendo que as mães ajudam duas vezes mais que os pais.

Referências

ADAMS, B. Structural Factors Affecting Parental Aid to Married Children. **Journal of Marriage and the Family**, Hoboken, v. 26, p. 327-331, 1964.

AGIER, M. O sexo da pobreza: homens, mulheres e famílias numa “avenida” em Salvador da Bahia. **Tempo Social**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 35-60, 1990. Semestral.

ALMEIDA, A. A. **Desemprego e transferências familiares**. 1998. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica)– Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 1998.

ALMEIDA, A. A.; SILVA, N. M.; LORETO, M. das D. S.; THIÈBAUT, J. T. L. Desemprego e transferências familiares. **Oikos**, Viçosa, v. 13, n. 1, p. 55-74, 2001. Semestral.

AREOSA, S. V. C.; AREOSA, A. L. Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados. **Texto e Contexto**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 138-150. jan.-jun. 2008.

ARRIAGADA, I. **Familia y políticas públicas em América Latina**. Santiago de Chile: Naciones Unidas: CEPAL: División de Desarrollo Social, 2007.

ATTIAS-DONFUT, C. **Les solidarités entre générations: vieillesse, familles, État**. Paris: Nathan, 1995.

BRUSCHINI, M. C. A. **Mulher, casa e trabalho**: o cotidiano nas camadas médias paulistas. São Paulo: Vértice, 1990.

CAMARANO, Ana Amélia. *Como vai o idoso brasileiro?* Rio de Janeiro: IPEA, 1999b.

_____. **Muito além dos 60**: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 1999a.

_____. **Envelhecimento da população brasileira**: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CÁSSIA, R de. Crédito consignado do INSS cresce 88,9% em fevereiro. **Agência Estado**, São Paulo, p. 1, 26 mar. 2010 Disponível em: <<http://www.abril.com.br/noticias/economia/credito-consignado-inss-cresce-88-9-fevereiro-973780.shtml>>. Acesso em: 2 jul. 2012.

CAVALCANTI, C. Pensamento econômico, saber ecológico tradicional e regimes de troca fundados no altruísmo: nova perspectiva disciplinar para entender a sustentabilidade. 2002. Dissertação (Mestrado em Organizações e Desenvolvimento)– FAE Centro Universitário, Curitiba, 2009. **Cidadania Planetária**, [S.l., [2009?]]. Disponível em: <http://www.anppas.org.br/encontro_anual/encontro1/gt/teoria_meio_ambiente/Clovis%20Cavalcanti.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2013.

CELICH, K. L. S.; BALDISSERA, M. Trabalho após a aposentadoria: influência na qualidade de vida do idoso. **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 21, n. 49, p. 41-43, nov. 2010.

COUTRIM, R. M. da E. Idosos trabalhadores: perdas e ganhos nas relações intergeracionais. **Sociedade e Estado**, Brasília, DF, v. 21, n. 2, p. 367-390, maio-ago. 2006.

CRIMMINS, E. M.; INGEGNERI, D. G. Interaction and living arrangements of older parents and their children: past trends, present determinants, future implications. **Research on Aging**, [S.l.], v. 12, no. 1, p. 3-35, Mar.-Apr. 1990.

DEBERT, Guita Grin. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: MORAES, M.; BARROS, L. de (org.). **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

EGGEBEEN, D. J.; HOGAN, D. P. Giving between generations in American families. **Human Nature**, [s.l.], v. 1, no. 3, p. 211-232, Sept. 1990.

ENCARNAÇÃO, V. **Transferências familiares**: um estudo de caso sobre famílias carentes em Bambuí-MG. 2011. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica)– Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2011.

GUEDES, G. R.; QUEIROZ, B. L.; VANWEY, L. K. Transferências intergeracionais privadas na Amazônia rural brasileira. **Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 325-357, maio-set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So103-63512009000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2013.

HOYERT, D. L. Financial and household exchanges between generations. **Research on Aging**, [s.l.], v. 13, no. 2, p. 205-225, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (IDEC). Empréstimos, prudência e caldo de galinha. **Revista do IDEC**, São Paulo, n. 88, p.15-18, maio 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010**. Brasília, DF, 2010. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1233&id_pagina=1>. Acesso em: 12 fev. 2013.

LEAL, S. M. R. A. Importância das transferências e trocas com idosos no contexto familiar social – Teixeira-MG. 2006. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica)– Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2006.

LEAL, S. M. R. A.; SILVA, N. M.; LORETO, M. das D. S.; TEIXEIRA, K. M. D. A importância das transferências e trocas com idosos no contexto familiar social – Teixeira-MG. **Oikos**, Viçosa, v. 18, n. 1, p. 156-177, 2007.

LIN, G.; ROGERSON, P. A. Elderly parents and the geographic availability of their adult children. **Research on Aging**, [S.l.], v. 17, n. 3, p. 303-331, 1995.

MOTTA, R.; SCOTT, P. **Sobrevivência e fontes de renda**: estratégias das famílias de baixa renda no Recife. Recife: Massangana: Fundação Joaquim Nabuco, 1983.

OLIVEIRA, M. B. de; SILVA, N. M. da. As repercussões das transferências familiares sobre as circunstâncias econômicas do doador: um estudo de caso. In: SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO, 19., 2011, Ouro Preto. **Anais...** Ouro Preto: UFOP, 2011.

OLIVEIRA, M. B. de; SILVA, N. M. da. Participação de aposentados nas transferências de recursos nas famílias. **Revista de Ciências Humanas**, Viçosa, v. 12, n. 1, jan.-jul. 2012.

OLSON, P. N.; SMITH, M. M. Economic Impact of Interfamily Grants. **Journal of Home Economics**, [S.l.], v. 72, p. 18-20, 1980.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Plano de ação internacional sobre o envelhecimento*. 2002. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

PEIXOTO, C. E. Aposentadoria: retorno ao trabalho e solidariedade familiar. In: PEIXOTO, C. E. (org.). *Família e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004.

_____. Solidariedade familiar intergeracional. In: ARAÚJO, C.; SCALON, M. C. (org.). **Gênero, família e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

PEREIRA, J. K. **As representações sociais de velhice e terceira idade**: um estudo de caso sobre um “grupo de terceira idade” de Caratinga/MG. 2006. Dissertação (Mestrado em Meio Ambiente e Sustentabilidade)– Centro Universitário de Caratinga, Caratinga, 2006.

PÊSSOA, E. Maia. **Políticas sociais alternativas à institucionalização de idosos em municípios da região das Missões no Rio Grande do Sul**. 2007. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)– Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

PINTOS, C. C. G. **A família e a terceira idade**: orientações psicogerontológicas. São Paulo: Paulinas, 1997.

ROCHA, A. Fe. **Gênero, reciprocidade e reprodução social**: o circuito da dádiva na prática da “freguesia” entre mulheres de São Gabriel-BA. 2008. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica)– Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2008.

ROSSI, A. S. Gender, Personal Traits, and the Exchange of Help between Parents and Adult Children. In: ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN SOCIOLOGICAL ASSOCIATION, 81., 1986, New York. **Anais...** New York, [s.n.], 1986.

ROSSI, A. S.; ROSSI, P. H. **Of human bonding**: parent-child relations across the life course. New York: Aldine de Gruyter, 1990.

SAAD, P. M. Transferências de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Muito além dos 60**: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

_____. Transferências de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

SHI, L. Family financial and household support exchange between generations: a survey of Chinese rural elderly. **The Gerontologist**, [S.l.], v. 33, n. 4, p. 468-480, 1993.

SILVA, N. Maria da. **A cross-sectional study of inter-household transfers of income and time**. 1994. Tese (Doutorado em Economia da Família e do Consumidor)– Purdue University: West Lafayette, 1994.

_____. **Educação do consumidor**. Viçosa: Ed. UFV, 2006.

SOUTO, E. M. Neve na Serra: Os grupos de convivência de idosos como espaço alternativo de sociabilidade feminina. In: ÁLVARES, M. L. M.; SANTOS, E. F. (org.). **Olhares e diversidades: os estudos sobre gênero no Norte e Nordeste**. Belém: GEPEM/CFCH/UFPa: REDOR – N/NE, 1999.

SPEARE, A. JR.; AVERY, R.; LAWTON, L. Disability, residential mobility, and changes in living arrangements. **Journal of Gerontology: social sciences**, [S.l.], v. 46, n. 3, p. 133-142, 1991.

TAVARES, V. O. **A aposentadoria do idoso do meio rural: implicações na administração dos recursos familiares e na qualidade de vida**. 2011. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica)– Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2011.

TAVARES, V. O.; TEIXEIRA, K. M. D.; WAJNMAN, S.; LORETO, M. das D. S. Interface entre a renda dos idosos aposentados rurais e o contexto familiar. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 94-108, jan.-jul. 2011.

VITALE, M. A. F. Avós: velhas e novas figuras da família contemporânea. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. **Família: redes, laços e políticas públicas**. 2.ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais – PUC/SP, 2005.

WOROBAY, J. L.; ANGEL, R. J. Functional capacity and living arrangements of unmarried elderly persons. **Journal of Gerontology: social sciences**, [S.l.], v. 45, n. 3, p. 95-101, 1990.



Sobre a inquietante finitude humana¹

.....
Maria Clara Oliveira Câmera
.....

Viver é preciso.....navegar não é preciso... disse um dia Fernando Pessoa. Precisamos viver porque estamos vivos, mas a vida, tal como eram as navegações outrora, nada tem de preciso. As incertezas nos cercam, e nos acompanham desde o nosso começo até o nosso – este sim, certo – fim. O fim da nossa passagem por esta vida que conhecemos e vivemos hoje é, sim, certo e reto. Embora impreciso sobre quando e como ocorrerá, é fato que virá.

Continuamos a existir, porém, nos muitos ou poucos – é diferente para cada um – registros que deixamos. Descendentes, livros escritos, árvores plantadas, obras edificadas, construções, desconstruções.

Se vamos acabar um dia, qual o sentido de tanto empenho, de tanto esforço, dos muitos sacrifícios que fazemos?

Para que começar, se nem sabemos se teremos tempo para concluir?

.....
¹ Este texto foi base para a palestra proferida pela autora no V Seminário de Pesquisas em Envelhecimento, III Simpósio sobre a Doença de Alzheimer e I Congresso de Aposentados do Sul da Bahia, realizados pelo Núcleo de Estudos do Envelhecimento da Uesc, no período de 24 a 26 de julho de 2013.

Destes questionamentos que geram tanta inquietude em cada um de nós, é que devemos partir para encontrar razão, e razões, para viver, e fazer, e acertar, e errar, para ao final, somando, subtraindo e, principalmente, dividindo, aprender.

Sendo assim, então, existir é essencialmente um processo. Um meio para chegar a um fim que pode não ter fim, pode ser *ad eternum*. O sentido da vida é passar pelas infinitas oportunidades de crescimento e aprendizado, para chegarmos finalmente ao nosso melhor, ao máximo que o nosso ser pode alcançar.

A vida, neste mundo “real”, material, tal como conhecemos, de fato acabará. E o que importa aqui é o que fizemos com ela nos breves ou muitos momentos que nos foram concedidos.

- Desfrutamos do fruto da vida até o caroço, ou saboreamos apenas pedacinhos da polpa?
- Como cuidamos de nós?
- Fizemos escolhas saudáveis, ou destrutivas?
- Amamos e nos deixamos amar?
- Nos permitimos ser felizes?
- Espalhamos felicidade pela vida?
- Podemos nos perguntar intimamente, inspirados no discurso de São Paulo, perto do seu consentido fim material: *combati o bom combate?*

A vida é bela e boa. Principalmente, para quem enxerga longe e grande. Para quem desenvolve um olhar sobre a vida – começo, meio e fim –, que transcende o palpável, o menor, embora não menos belo. Quando a alma não é pequena, transformamos limão em limonada ou, melhor ainda, numa deliciosa *mousse* de limão.

Relevamos, superamos, perdoamos. A nós, ao outro, à própria vida que, muitas vezes, nos traz espinhos quando esperávamos somente perfume. Podemos dizer que com tudo e por tudo “VALE” se entendemos que o doce da vida nos encanta e entenece, mas são as experiências amargas que nos mostram nossa força e nos fazem desenvolver todo o nosso potencial.

A morte não existe, como disse o líder espiritual indiano Sai Baba. Não existe se acreditarmos que “somos seres espirituais, vivendo uma experiência material”. Quando acreditamos na prometida “vida eterna”, e na imortalidade da nossa essência chamada alma, então falar em morte realmente não faz sentido, porque ela não existe.

Ao mesmo tempo, podemos não pensar a morte como uma experiência distante, assustadora, representada por um ser aterrorizante que carrega uma foice e leva seus eleitos à força, a morte pode ser uma experiência cotidiana, tão próxima de nós quanto a vida, uma vez que nascemos e morremos todos os dias porque sempre deixamos de ser o que somos e nos tornamos alguém novo. Disse o filósofo Heráclito que “não nos banhamos nunca nas águas do mesmo rio”. As águas correm e são sempre outras. Nós nos transformamos todo dia um pouco e a isso podemos chamar de morte. Morte é mudança, é transformação, é passagem.

O processo de envelhecimento que se inicia no ventre materno. Assemelha-se ao processo de morte: constante, suave, sutil, contínuo. Portanto, existir é nascer, envelhecer, morrer, em ciclos que começam e se fecham e recomeçam e voltam a se fechar.

São Francisco de Assis, grande observador da natureza que foi, concluiu que tudo que faz parte da vida é belo e bom. Por isso chamou a dor e também a morte de “irmãos”.

Viver neste mundo é finito. Podemos, porém, deixar nossas marcas e levar em nós as marcas da vida, pela eternidade.

Recomendações para a Vida e para a Morte:

1. Atualize e cumpra sua “Lista da Bota” ²
2. Desfrute a vida até o carão em todas as suas possibilidades e oportunidades.
3. Faça escolhas saudáveis, mas se perdoe quando não fizer.
4. Mantenha o coração limpo, livre de mágoas e ressentimentos. Perdoe!
5. Cuide-se com Amor, como se você fosse a pessoa mais importante da sua vida e de fato você é.
6. Cultive sonhos, metas, projetos, mas sem rigidez.
7. Seja flexível, não exigindo muito de você, do outro, da vida.
8. Aconteça o que acontecer, mantenha-se sempre em paz e feliz; pronto. pra viver e pra morrer (numa boa).
9. Seja feliz e espalhe felicidade pela vida.
10. Viva a vida e deixe a morte nas Mãos de Deus. Simples assim.

.....
² Lista sugerida no filme *The Bucket List* (Antes de Partir) 2007.

As perdas fazem parte da vida, assim como o sofrimento que as acompanha. Elisabeth Kübler-Ross em seu livro “Sobre a Morte e o Morrer”, descreve cinco estágios fundamentais do processo de luto:

- negação e isolamento;
- raiva;
- barganha;
- depressão;
- aceitação.

Conseguir lidar adequadamente com as perdas, especialmente com a maior de todas elas que a da própria vida, traz conforto emocional, favorece e facilita o desfrutar pleno da existência terrena.

O medo de morrer, em contrapartida, pode desencadear o surgimento de importantes transtornos mentais tais como fobias e quadros graves de ansiedade, como a síndrome do pânico.

Desenvolver resiliência, contribui significativamente para alcançar a paz que integra o almejado “estado de completo bem-estar” proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como definição de saúde.

Encarar a morte com tranquilidade, portanto, ajuda a viver melhor, a aceitar as vicissitudes da vida e, principalmente, a receber com alegria e gratidão o maior legado do existir: o momento presente.

