

Áurea Soares Barroso & Arnoldo Hoyos & Henrique Salmazo da Silva & Ivan Fortunato (org.)



Diálogos *Interdisciplinares* do Envelhecimento



Edições Hipótese

B277d Barroso, Áurea Soares.
Diálogos Interdisciplinares do Envelhecimento / Áurea Soares Barroso;
Arnoldo Hoyos, Henrique Salmazo da Silva & Ivan Fortunato (org.). –
São Paulo: Edições Hipótese, 2019.
482p.

Bibliografia
ISBN: 978-85-60127-04-7

1. Educação. I. Título.

CDU - 370

EDIÇÕES HIPÓTESE é nome fictício da coleção de livros editados pelo Núcleo de Estudos Transdisciplinares: Ensino, Ciência, Cultura e Ambiente, o Nutecca.

<http://nutecca.webnode.com.br>

OS LIVROS PUBLICADOS SÃO AVALIADOS POR PARES.

CONSELHO EDITORIAL: Prof. Dr. Ivan Fortunato (Coordenador), Profa. Dra. Marta Catunda (UNISO), Prof. Dr. Claudio Penteado (UFABC), Dr. Cosimo Laneve (Società Italiana di Pedagogia), Prof. Dr. Luiz Afonso V. Figueiredo (CUFSA), Dr. Helen Lees (Newman University), Prof. Dr. Tiago Vieira Cavalcanti (Nutecca), Prof. Ms. Alexandre Shigunov Neto (Nutecca), Prof. Dr. Juan José Mena Marcos (Univ. de Salamanca), Prof. Dr. Fernando Santiago dos Santos (IFSP), Prof. Dr. Viktor Shigunov (UFSC), Prof. Dr. José Armando Valente (UNICAMP); Prof. Dr. Paulo Sérgio Calefi (IFSP), Prof. Dr. Pedro Demo (UnB), Prof. Ms. Marilei A. S. Bulow (Fac. CNEC/Campo Largo), Prof. Dr. Juarez do Nascimento (UFSC), Prof. Dr. Reinaldo Dias (Mackenzie), Prof. Dr. Marcos Neira (USP), Profa. Dra. Ana Iorio (UFC), Profa. Dra. Maria de Lourdes Pinto de Almeida (UNOESC), Profa. Dra. Patricia Shigunov (Fiocruz), Profa. Dra. Maria Teresa Ribeiro Pessoa (Univ. de Coimbra), Prof. Dr. Francesc Imbernon (Univ. de Barcelona), Prof. Dr. José Ignacio Rivas Flores (Univ. de Málaga), Prof. Dr. Luiz Seabra Junior (Cotuca/Unicamp), Profa. Ms. Hildegard Jung (Unilassale), Prof. Dr. Fernando Gil Villa (Univ. de Salamanca), Profa. Dra. Rosa Maria Esteban (Univ. Autónoma de Madrid), Prof. Dr. Agustín de la Herrán Gascón (Univ. Autónoma de Madrid), Profa. Dra. Maria Cristina Monteiro Pereira de Carvalho (PUC/Rio), Prof. Dr. José Tavares (Univ. Aveiro), Profa. Dra. Idália Sá-Chaves (Univ. Aveiro), Prof. Dr. António Cachapuz (Univ. Aveiro), Prof. Dr. Luis Miguel Villar Angulo (Univ. Sevilha), Prof. Dr. André Constantino da Silva (IFSP); Prof. Ms. João Lúcio de Barros (IFSP).

EBOOK DE DISTRIBUIÇÃO LIVRE E GRATUITA

Diálogos sobre o envelhecer

Henrique Salmazo da Silva

Duas lógicas
Nessas palavras que vão
Nos pensamentos que vem
Onde tudo flui ao coração!

Tu falas sobre o tempo
Da vida que em ti matura...
E eu saboreio o acalento
Da confissão sábia de todos os anos

Como as águas do rio que corre
E passam ao longe
Não são mais as mesmas
A se encaminhar no horizonte...

Duas lógicas
Repletas de verdade
Duas visões
A se unir em diversas partes

De minha lógica brotou o sonho
De viver com dignidade
Caminhando com saúde
Espalhando felicidade!

De tua lógica nasceu o encanto
De escrever uma nova história
Assegurando direitos
Abrindo auroras...

Entre todas as divagações
Nasce o diálogos do envelhecer
Repleto de reflexões
Num amplo arvorecer!

Hábeis sementes

Henrique Salmazo da Silva

Hábeis sementes...
Lançadas nesse chão
A germinar esperança
E um bocado de reflexão

De tuas mãos nascem o saber
Um Singelo presente
Anunciando nova aurora
A brilhar no Ocidente...

O velho surge afora
Aqui e ali...
No pranto seco que aflora
Na esperança que desafia o tempo

Transformação então haverá
No solo de uma nova ideia
A abrir-se entre mil flores
Nos sonhos da nova era

Dessas confidências e capítulos
Frutificaram ideias
Dos diálogos que trago comigo
Práxis, vida e afeto!

Leitor amigo,
Semeador agora tu será
No despertar de um abrigo
Na vida que resplandecerá

Nas mãos hábeis do construtor
A Gerontologia construirá
Arquiteto, engenheiro, autor
Confidente, integrante, sonhador

Sigas adiante
Entre caminhos e jornadas
Farol, estrelas e mirante
A iluminar a vida por onde for!

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
EDUCAÇÃO & SOCIEDADE	7
CAPÍTULO 01 – DIÁLOGOS SOBRE A FORMAÇÃO E GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA NO BRASIL.....	8
CAPÍTULO 02 – O ENVELHECIMENTO SOB A ÓTICA DA ESCOLA: UM OLHAR PARA O FUTURO.....	21
CAPÍTULO 03 – ENVELHECER NA CONTEMPORANEIDADE: DOS MODELOS E DAS RESISTÊNCIAS	30
CAPÍTULO 04 – EDUCAÇÃO PARA O SUPORTE SOCIAL E SATISFAÇÃO COM A VIDA EM IDOSOS	47
CAPÍTULO 05 – O ENVELHECIMENTO E A TRANSFORMAÇÃO DA IDENTIDADE PESSOAL.....	66
CAPÍTULO 06 – PRÁTICAS EDUCATIVAS E DESAFIOS DO CONSTRUTO SOCIAL DA VELHICE.....	78
CAPÍTULO 07 – A CULTURA DO LONGEVIVER E A CURADORIA DO SABER.....	91
CAPÍTULO 08 – FACULDADE DA TERCEIRA IDADE: UMA EXPERIÊNCIA COM IDOSOS NA DISCIPLINA DE LITERATURA.....	111
CAPÍTULO 09 - USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS POR IDOSOS E ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO POR RAÇA/COR	123
CAPÍTULO 10 – ENVELHECIMENTO E METABOLISMO DA GLICOSE	138
CAPÍTULO 11 – RELAÇÃO ENTRE O DÉFICIT COGNITIVO E A DIMINUIÇÃO NA VELOCIDADE DE MARCHA EM IDOSOS.....	152
CAPÍTULO 12 – REFLETINDO E DIALOGANDO COM A INTERDISCIPLINARIDADE	165
CAPÍTULO 13 – ENVELHECIMENTO, PROTEÇÃO SOCIAL E DESIGUALDADE NO BRASIL	175
SAÚDE & BEM-ESTAR	181
CAPÍTULO 14 – DEBATES CONTEMPORÂNEOS SOBRE ENVELHECIMENTO NA SAÚDE COLETIVA	182
CAPÍTULO 15 - ENVELHECIMENTO: POLÍTICAS PÚBLICAS HIV/AIDS EM IDOSOS.....	195

CAPÍTULO 16 – NEGÓCIOS DE IMPACTO SOCIAL E INOVAÇÃO SOCIAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A REVOLUÇÃO DA LONGEVIDADE.....	205
CAPÍTULO 17 - VIOLÊNCIA, IATROGENIA E SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	223
CAPÍTULO 18 – ESTILO DE VIDA AO ENVELHECER.....	243
CAPÍTULO 19 – PROGRAMA VEM DANÇAR: UMA POLÍTICA PÚBLICA PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO	255
CAPÍTULO 20 – RELATO DE EXPERIÊNCIA “SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO ÂMBITO DO ESTATUTO DO IDOSO: APONTAMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PENSAMENTO CRÍTICO JUNTO À POPULAÇÃO IDOSA”.....	273
CAPÍTULO 21 – RELAÇÃO ENTRE A IMAGEM CORPORAL E A INFLUÊNCIA NO ATO DE COMER NO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO	285
PRÁTICAS	299
CAPÍTULO 22 - TRABALHO EM EQUIPE, PRÁTICAS COLABORATIVAS, EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: APROXIMAÇÕES TEÓRICAS.....	300
CAPÍTULO 23 – ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA GERONTOLOGIA: REVISÃO DE LITERATURA	324
CAPÍTULO 24 – DETERMINANTES DE QUALIDADE DE VIDA NO MOMENTO DA ADMISSÃO DE PACIENTES EM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO GERONTOLÓGICA.....	336
CAPÍTULO 25 - RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A UTILIZAÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA COMO AGENTE DE SOCIALIZAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA	360
CAPÍTULO 26 – LAZER, AMBIENTE VIRTUAL E DIFUSÃO DE LOCAIS DE ATIVIDADES PARA IDOSOS: ANÁLISE DE REPORTAGENS DA <i>INTERNET</i>	373
CAPÍTULO 27 – PASTORAL DA PESSOA IDOSA: UMA CONTRIBUIÇÃO DA ESPIRITUALIDADE E DA RELIGIÃO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	393
CAPÍTULO 28 – CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS: TECENDO REDES QUE SALVAM.....	410
CAPÍTULO 29 – O PRIMEIRO CENTRO DIA PÚBLICO PARA IDOSOS EM SÃO PAULO: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA.....	428
CAPÍTULO 30 – RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA PELO PROJETO: CUIDAR É COMPARTILHAR.....	442
CAPÍTULO 31 – RELATO DE VIDA. IDOSOS: FORTES E VULNERÁVEIS	458
OS AUTORES E AS AUTORAS	476

APRESENTAÇÃO

A ideia do livro Diálogos sobre o Envelhecimento nasceu da proposta ousada de debater e refletir Educação, Saúde e Práticas no campo da Gerontologia. Para além de uma produção acadêmica, trata-se da sistematização de vivências teóricas e práticas que poderão dialogar com estudantes, acadêmicos, gestores, públicos leigos, e profissionais que atuam em diferentes cenários do envelhecimento. Optou-se por essa formatação para abranger alguns dos desafios e das respostas sociais possíveis diante da transição epidemiológica e demográfica em curso no Brasil, tornando-o um dos países com maior número de idosos do globo terrestre.

Estima-se que até 2050, um quarto da população será composta por pessoas idosas, e as questões que emergem diante deste panorama são: Como articular recursos, ações e serviços para que o envelhecimento seja assistido e orientado? É possível orientar a formação de recursos humanos e a qualificação de serviços e da assistência em saúde para a promoção da qualidade de vida na velhice? De que modo os movimentos sociais, religiosos e de diversos grupos da sociedade civil podem se articular para as demandas inerentes ao processo de envelhecimento? Quais são as ferramentas sociais e educacionais que podem ser mobilizadas para promoção da autonomia, emancipação e saúde das pessoas idosas?

Utilizaram-se essas questões como motivações para criação deste livro, cujo enfoque é mais prático do que teórico. Isso porque a literatura já conta com tratados de excelência e livros de grande circulação, mas em contrapartida, há escassez de produções com interfaces para a prática gerontológica.

Desse modo esta obra reúne produções teóricas nacionais e internacionais de diversos grupos de pesquisa, e também relatos de experiência de grupos sociais que atuam e militam na promoção da saúde e bem-estar da pessoa idosa. Trata-se então de uma obra plural, dinâmica e abrangente, perpassando desde a configuração e a formação de recursos humanos em Gerontologia até resultados de intervenções com pessoas idosas em diversos contextos e vivências de envelhecimento.

Segundo o dicionário Aurélio da Língua Portuguesa **dialogar** significa “**dizer ou escrever em forma de diálogo**”, “**pôr em diálogo**”, “**conversar**”. Espera-se

que este livro possa promover diálogos, cujas lógicas transcendam fronteiras convencionais de saberes compartimentalizados e segmentados para uma práxis interdisciplinar, mobilizadora e comprometida com a vida.

Desse modo desejamos a todos uma boa leitura!

Brasília, Itapetininga, São Paulo, Rio de Janeiro,
Brasil, março de 2019

Áurea Soares Barroso, Arnaldo Hoyos,
Henrique Salmazo da Silva & Ivan Fortunato

EDUCAÇÃO & SOCIEDADE

CAPÍTULO 01 – DIÁLOGOS SOBRE A FORMAÇÃO E GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA NO BRASIL

Henrique Salmazo da Silva
Evany Bettine de Almeida

O envelhecimento populacional vem sendo pautado como o grande desafio do século XXI. Demógrafos, especialistas e estudiosos consideram que estamos no momento crítico para iniciar ações de planejamento e preparação para que o envelhecimento seja um processo assistido e bem orientado (Camarano e Kanso, 2016; Gutierrez et al., 2014; Lebrão e Laurenti, 2005). Contudo, a implantação de políticas públicas ao longo do curso de vida ainda está longe de ser realidade em países latino-americanos, como o Brasil.

Um dos eixos para a promoção do envelhecimento saudável é a educação na formação básica e no ensino superior, de modo que possa gerar respostas sociais a médio e longo prazo. Isso porque o envelhecimento solicita um cabedal múltiplo de conhecimentos e o engajamento da sociedade, profissionais e pesquisadores; e a educação seria o eixo condutor que leva ao aprimoramento do conhecimento técnico e das habilidades humanas no processo de cuidado (Cachioni, M. e Palma, 2006; Salmazo-Silva e Gutierrez, 2018; Salmazo-Silva, Silveira e Freitas, 2017), inspirando novas configurações nas leis, políticas públicas e cultura. Contudo a Gerontologia como disciplina ainda é incipiente na maioria dos currículos do ensino superior da área da saúde em nosso país, sendo um pouco mais estudada entre as categorias de profissionais enfermeiros e médicos (Carvalho e Hennington, 2015). Nesse caso, surgem como questionamentos: como os idosos serão cuidados? De que forma inspirar a sociedade para a formação sobre o envelhecimento e, sobretudo as categorias de profissionais que terão cada vez mais atendimentos voltados para a velhice?

Dado esse panorama, as sociedades acadêmicas, cursos de pós-graduação e mais recentemente os cursos de graduação bacharelado em Gerontologia têm buscado fornecer respostas a essas questões; apostando que o ensino de Gerontologia e Geriatria são as ferramentas essenciais para um cuidado qualificado, pautado na interdisciplinaridade, dialogado e integrado. Desde a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia na década de 1960 até a implantação dos cursos de pós-graduação em Gerontologia (décadas de 1980 e

1990) e graduação (década de 2000) houve avanços inegáveis, porém precisam ser ampliados. Dessas perspectivas, o projeto da graduação em Gerontologia caracteriza-se como um projeto ousado e uma aposta que se iniciou em países como os EUA e Colômbia, ao final da década de 1980, tendo como meta a formação de um profissional generalista, capaz de integrar, gerir e conceber projetos e serviços para idosos.

Em nosso meio, a graduação em Gerontologia tem levantado muitas discussões, especialmente por ser um projeto educacional que implica na formação de uma nova profissão e conseqüentemente na formação de espaços de trabalho, mão de obra e novas possibilidades de atuação. Se por um lado isso é bom para a população que envelhece, por outro pode ser visto com estranhamento por determinados segmentos profissionais que visualizam a perda de prestígio e de espaços de atuação.

Diante dessa perspectiva, vale esclarecer alguns pontos: (a) a graduação em Gerontologia não suprirá, por si só, toda a demanda relacionada ao envelhecimento e não pretende desprivilegiar o conhecimento já acumulado por profissionais de outras áreas do conhecimento; (b) por ser um profissional generalista, as ações do egresso em Gerontologia estão pautadas numa lógica dialógica, considerando que todos têm seu espaço e sua importância na atenção à pessoa idosa e focalizando a criação de projetos integrativos; (c) resulta no processo de amadurecimento da Gerontologia como área do saber e ciência, caracterizando-se como campo que se solidifica e tenta estabelecer eixos de atuação pautados numa visão sistêmica da velhice, envelhecimento e curso de vida; (d) almeja somar, contribuir e discutir ações voltadas para o envelhecimento saudável, campo que certamente tem espaço para todos os profissionais, especialmente no Brasil com contextos de desigualdade social, vulnerabilidade e dificuldades de acesso a bens e serviços; (e) a gestão, definida como eixo central da atuação do egresso em Gerontologia, não é uma habilidade exclusiva do egresso em Gerontologia. Outros profissionais utilizam ferramentas de gestão no cenário de atuação, o que muda, contudo, é a perspectiva com que essas ferramentas são aplicadas. No caso dos especialistas em Gerontologia ancoram-se no cabedal de conhecimentos da primeira formação ou graduação de base.

Como será apresentada, a gestão em Gerontologia é múltipla, e ao gerontólogo bacharel em Gerontologia se alicerça na visão abrangente, sistêmica e

voltada para a eficiência, eficácia e visão integrativa do cuidado (Salmazo-Silva e Lima, 2012; Lima-Silva et al., 2012). Nesse contexto, os objetivos desse capítulo são discutir a Gerontologia como ciência e profissão e posteriormente apresentar dados sobre a atuação do egresso bacharel em Gerontologia em diferentes contextos de velhice e envelhecimento. Ao final serão debatidos os desafios da Gerontologia, dialogando com as ações a médio e longo prazo, exigidas pelo processo de envelhecimento.

Gerontologia como ciência e profissão

Embora Metchinicoff tenha proposto o estudo sistematizado a Gerontologia em 1903, conceituando-o como campo de estudos voltado ao envelhecimento humano e suas variáveis biológicas, psicológicas e sociais (Neri, 2008), apenas após a 2ª Guerra Mundial (década de 1940) a Gerontologia passa a ser caracterizada como disciplina e objeto de interesse no meio acadêmico, em especial pelo gradativo processo de envelhecimento populacional que se instalou nos países europeus (Neri, 2008). Entende-se por disciplina um ramo da instrução ou educação; um departamento da aprendizagem ou conhecimento; ou de uma ciência ou arte em seu cabedal educacional. Nesse período os modelos conceituais passaram a exigir a integração de conhecimentos e a adoção de linguagem entre diferentes ramos do saber, e por essa razão a Gerontologia surge como disciplina, com seu caráter interdisciplinar (Alkema e Alley, 2006).

No Brasil, desde a década de 1960, a Gerontologia é um campo em ascensão e possui como desafio a sensibilização da sociedade, das universidades e do poder público para as questões do envelhecimento (Lopes, 2000). Datam dessa década a constituição da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e, nas décadas de 1980 e 1990, a criação dos cursos de pós-graduação e dos programas dedicados à velhice, como as Universidades Abertas para a Terceira Idade e o trabalho social pioneiro do SESC – Serviço Social do Comércio (Lopes, 2000).

Verifica-se, portanto, que o aumento da oferta de formação de recursos humanos em Gerontologia está em consonância com a Lei 8.842/94, artigo 10, parágrafo III que versa sobre a inserção de conteúdos sobre envelhecimento nos cursos de nível superior; e que transita em diferentes dimensões no modo de conceber a velhice, perpassando dimensões do público (Estado), o individual

(sujeito), o dialógico (intersubjetivo), e o normativo, imposto pela cultura e sociedade (Debert, 1999; Salmazo-Silva, Silveira e Freitas, 2017).

Considera-se a velhice como a última etapa do ciclo de vida e a forma como é gerida denota tensões e discussões nos níveis individuais e coletivos (Lima, Salmazo-Silva e Galhardoni, 2008). O envelhecimento, por sua vez, é um processo sociovital complexo, que engloba todo o curso de vida e a trajetória de vida de diferentes grupos populacionais. Os objetos da Gerontologia, portanto, são a velhice, o envelhecimento, a pessoa idosa e todos os atores envolvidos (família, comunidade, sociedade, mercado, economia, serviços).

Por essa complexidade e abrangência, Alkema e Alley (2006) sugerem que o desafio da Gerontologia consiste em articular as teorias à prática, a fim de melhorar as condições de vida e de saúde dos idosos e da população que envelhece. Nesse processo de consolidação da práxis gerontológica inserem-se projetos de intervenção e serviços na área do envelhecimento, e mais especificamente a discussão da Gerontologia como campo profissional (Duarte e Lebrão, 2005; Falcão e Lopes, 2010; Lima, 2009; Pavarini, Mediondo, Barham, Varoto e Filizola, 2005).

Conceitualmente, as profissões remetem a um tipo de trabalho especializado, teoricamente fundamentado e inserido em um campo de conhecimento delimitado, complexo e institucionalizado (Friedson, 1998). As demandas por um pensamento sistêmico e integrado da velhice e do envelhecimento motivaram o delineamento do bacharelado em Gerontologia como estratégia para melhorar a eficiência dos programas e serviços aos idosos, de modo a maximizar a eficácia das intervenções. A partir da década de 1980 diferentes universidades dos EUA e algumas latino-americanas, como da Colômbia, passaram a idealizar e trabalhar na profissionalização da Gerontologia, em especial no desenvolvimento de um profissional generalista capaz de dialogar, compreender, criar, gerir, desenvolver e avaliar formas de apoio ao idoso e seus cuidadores familiares e profissionais, em contextos multiprofissionais e interdisciplinares na perspectiva da gestão dessa atenção (Lima, 2009).

A Gestão da atenção ao idoso, ou a Gestão em Gerontologia, propõe que um conjunto de ações proativas associadas à prevenção e à promoção do envelhecimento ativo pode maximizar a independência, a autonomia e o bem-estar do idoso, da família e da comunidade (Salmazo-Silva e Lima, 2012). Essa área se diferencia do que se entende por gestão de casos (gestão de risco, comumente

usada pela enfermagem) e por gerenciamento de casos (referindo-se aos recursos, embasados pelas práticas dos assistentes sociais, prática consolidada pelos *case managers*), caracterizando-se, sobretudo nos processos, ferramentas, gestão e organização da atenção ao idoso, considerando o diálogo entre as intervenções orientadas ao indivíduo, às famílias e às instituições (Salmazo-Silva e Lima, 2012).

No Brasil os programas de bacharelado em Gerontologia são oferecidos na Universidade de São Paulo desde 2005, na Universidade Federal de São Carlos desde 2009, formando mais de 700 egressos com a missão de tornar a velhice uma experiência mais digna e qualificada possível. Além do bacharelado, outros programas de graduação foram ofertados no Brasil na modalidade de Tecnologia em Gerontologia e Desenvolvimento Social, ofertado pela UNISANTA entre 2005 a 2008. Na América Latina a Gerontologia como graduação também é ofertada no México, Argentina, Panamá e Colômbia, refletindo a ênfase na integração das intervenções. A atuação desses profissionais ancora-se nos processos de avaliação, planejamento, efetivação, monitoramento e avaliação dos resultados, formando um ciclo de intervenções a serem aplicados em diferentes contextos, a saber: individual, no plano no sujeito que envelhece; ao nível organizacional, no âmbito das organizações, instituições e serviços, e ao nível de políticas públicas, como na formulação de programas de cuidados (Falcão e Lopes, 2010; Lima, 2009; Pavarini et al., 2005; Pereira, 2008).

As habilidades e competências do gerontólogo dos cursos da USP e UFSCAR alinham-se às descritas pela Association for Gerontology in Higher Education (AGHE), uma divisão da Gerontological Society of America, cujas ações estão voltadas para o progresso da educação gerontológica e geriátrica nas instituições acadêmicas e o apoio às lideranças, os docentes e os alunos daquelas que se dedicam a estudos em Gerontologia e Geriatria (<http://www.aghe.org>). Tais competências e habilidades reúnem consenso obtido, em 2014, envolvendo professores e estudantes de cerca de 30 universidades de vários países, envolvidas com a educação em Gerontologia. Foram descritas as seguintes competências: a compreensão do envelhecimento humano, os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do envelhecimento; a pesquisa e o pensamento crítico; atitudes e expectativas, a ética; comunicação e a interdisciplinaridade; e competências específicas como saúde e saúde mental; saúde social; educação; artes e humanidades; negócios e finanças; e/ou políticas, e pesquisa. Denotando

flexibilidade, sugere que os cursos elejam conteúdos adicionais ajustados ao seu projeto pedagógico. Estima-se que vinculado ao AGHE há 11 instituições que oferecem cursos de graduação em Gerontologia. Em 2015 haviam 25 cursos distribuídos por países latinoamericanos, Brasil, Portugal e Espanha (Neri e Pavarini, 2016).

Em pesquisa conduzida por Viana et al. (2014) das 22 universidades analisadas e que ofereciam o bacharelado em Gerontologia no Brasil, América Latina e Portugal, 72.7% eram de licenciatura e 27.3% bacharelado, sendo o primeiro curso foi criado em 1989, seguindo-se aos períodos: 1991-1995 (N=1), 1996-2005 (N=1), e na última década houve um crescimento acentuado, sendo quatro em 2001- 2005 e doze em 2006-2010. Quanto à modalidade de ensino, 86,4% das graduações eram presenciais e 9,1% a distância e o restante semi-presencial. A maioria dos cursos oferecia a formação em três anos e os créditos, em todos os cursos seguiam as políticas educacionais vigentes de cada país.

Quanto aos objetivos dos cursos, os mais citados foram: formar profissionais para atuarem com enfoque na promoção e reabilitação da saúde do idoso, ou ainda atuarem em serviços de saúde (57,1%); formar profissionais com conhecimentos biopsicossociais acerca do processo de envelhecimento (50%); capacitar para que o profissional possua competência e habilidade para administrar e gerir ações e serviços para idosos (42,9%); formar profissionais para atuar na comunidade (35,71%), com atuação interdisciplinar (35,71%), na área de pesquisa (21,43%), com enfoque humanista (14,29%) e com responsabilidade ambiental (14,29%). Quanto ao perfil de habilidades profissionais, as que mais se destacaram foram: 63,2% atuar como gestor de ações e serviços para idosos; 52,6%, ter a capacidade de desenvolver ações na área da saúde; 47,4%, realizar ações de forma interdisciplinar; 47,4%, desenvolver pesquisas; 42,1%, elaborar e implementar políticas em prol do idoso; 26,3%, ter competência para capacitar profissionais nos aspectos relacionados ao envelhecimento humano.

É certo que, o nascimento nesse novo ator nos cuidados aos idosos é um processo de legitimação e gradativa inserção, isto porque envolve um cenário de reconhecimento do Estado e da Sociedade, alcançando legitimidade na regulação na atuação entre pares por meio dos conselhos e diretrizes de atuação (Girardi, Fernandes e Carvalho, 2008).

Uma questão que sempre é colocada em pauta é que a Gerontologia não deveria ser regulamentada como uma profissão, pois ela é uma ciência e não uma profissão, visto que durante muitas décadas várias áreas se valearam dela para aplicar esse conhecimento em suas profissões de base. Porém, se formos analisar caso semelhante na história da formação de outras profissões encontrará como exemplo a Psicologia, que teve um trajeto semelhante. Durante muito tempo outras áreas se valeram da Psicologia, que era entendida como uma ciência, para buscar explicações psicológicas dentro de suas áreas de atuação, como por exemplo, o direito ao estudar a psicologia do crime, a medicina ao estudar a psicologia das doenças, dentre outras. Com o tempo a Psicologia ganhou *status* de profissão por si só e ela então passou a estudar as diversas áreas sob o ponto de vista psicológico (Soares, 2010).

No Brasil o graduado em Gerontologia é representado pela Associação Brasileira de Gerontologia (ABG), fundada em 2009 com a missão de representar esse novo profissional e lutar pelo seu reconhecimento. A partir de 2015 o projeto de lei do exercício profissional iniciou a tramitação no congresso nacional, tendo sido aprovado em 2017, cumprindo a primeira etapa do trâmite e atualmente se encontra em análise na câmara dos deputados. A aprovação desse projeto de regulamentação poderá trazer respostas sociais qualificadas, em especial pela inserção desse profissional no âmbito do Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social, conforme emendas apresentadas por senadores durante a relatoria do projeto.

Em pesquisas realizadas no Brasil identificou-se que na atuação prática, a habilidade mais utilizada por profissionais egressos em Gerontologia foi o uso de ferramentas de gestão, tanto em serviços como os centros de convivência, quanto em centros-dia e Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (Lima-Silva et al., 2012). As atividades exercidas pelos profissionais em cada equipamento variaram em função das necessidades, expectativas e objetos de atendimento em cada serviço, sendo o centro de convivência voltado para a inserção social, o centro dia, a manutenção e estimulação funcional e a ILPI voltados para o plano de cuidado, com abordagem sociofamiliar e promoção do bem-estar psicológico do idoso. As dificuldades em exercer a gestão foram a integração das equipes profissionais e a adaptação dos profissionais aos serviços, indicando que a atuação envolve um espaço de criação, aprendizagem e reflexão de como as equipes são

concebidas.

Com relação ao perfil do estudante e do egresso, em pesquisa conduzida pela Associação Brasileira de Gerontologia, entre março e agosto de 2016, foram consultados 179 egressos e estudantes dos cursos de graduação em Gerontologia no Brasil da EACH/USP e UFSCar. Dos acessados 89,3% eram do sexo feminino e 10,7% sexo masculino. Observou-se que 95,3% dos participantes relataram que têm ou tiveram experiências profissionais durante a graduação, sendo as experiências mais relatadas: estágios (40,4%), iniciação científica (25,8%), participação em grupos de estudo (16,7%), projetos de extensão e a combinação destes. Com relação aos campos de atuação, 14,2% relatou atuar ou planejar atuar em projetos de consultoria, 12,2% estimulação cognitiva, 11,2% Instituições de Longa Permanência para Idosos, 11,5% pesquisa ou docência universitária, 10,3% Centro Dia, 10,3% atendimento domiciliar, 9,8% Hospital, 8,1% curso de cuidadores para idosos e o restante, como educação em gerontologia, núcleos de convivência para idosos, serviços de proteção jurídica, dentre outros. Com relação a cursos e programas de formação após a formação em Gerontologia, 113 participantes relataram fazer, ter concluído ou planejar continuar a formação acadêmica, sendo a maioria cursos de especialização ou *Stricto Sensu*, seguidos por outras graduações e áreas do saber. Em conjunto esses dados confirmam a heterogeneidade de atuação desse novo profissional e as diferentes possibilidades de intervenção na velhice e no processo de envelhecimento.

Contudo, existe muito a ser realizado, em especial pelo fato de o envelhecimento exigir respostas complexas. O egresso em Gerontologia tem a missão de lutar pelo aumento do acesso da população idosa a esses serviços, bem como legitimá-los frente ao poder público e aos serviços particulares, cujas intervenções podem ser otimizadas. Claro que esse também é o papel de gerontólogos especialistas, dentro do *setting* de atuação ao qual pertencem, que acompanham as transições e o saber gerontológico desde a década de 1960. Para alcançar uma legitimidade e o fortalecimento dos serviços será necessário a união de forças e saberes para transpor inúmeros desafios, um deles é a mudança dos cuidados para a lógica dos cuidados de longa duração.

Desafios da Gerontologia e a lógica dos cuidados de longa duração

Se por um lado a Gerontologia é uma área promissora e pode dar respostas sociais qualificadas, a multiplicidade do envelhecer, incluindo em sua práxis gerontólogos especialistas e generalistas, por outro temos desafios que tornam a efetivação dessas respostas como algo moroso e lento. Isto porque para que o cuidado à velhice seja qualificado são necessários investimentos governamentais, o aumento de pesquisas e trabalhos científicos na área do envelhecimento (Prado e Sayd, 2007a; Prado e Sayd, 2007b), o aperfeiçoamento do uso de recursos e o planejamento adequado de políticas que possam ser aplicáveis, e que traduzam a realidade e as necessidades da população idosa (Salmazo-Silva e Gutierrez, 2018). A transição epidemiológica, as mudanças nos arranjos domiciliares e o aumento da população idosa muito idosa (octogenários e nonagenários) e que residem sós já são realidades crescentes, exigindo adoção de modelos de cuidados de longa duração, voltados para a prevenção, promoção e reabilitação ao longo do curso de vida (Hawkley e Kocherginsky, 2017; Luo e Waite, 2014; Rico-Uribe et al., 2018).

Por fim, os desafios da práxis gerontológica são grandes e exigem: 1) a adoção e amadurecimento de uma linguagem comum entre os profissionais e pesquisadores que trabalham com idosos, de modo que possam propor ações integradas e alinhadas às necessidades biopsicossociais do envelhecimento; 2) a adoção de modelos de cuidado de longa duração, acompanhado pelo fortalecimento da atenção primária à saúde; 3) a integração dos sistemas de atenção social e de saúde, de modo que as ações aconteçam articuladas em rede; 4) a valorização do idoso como protagonista de seu processo de saúde e doença, propiciando com que formas singulares de gerir, agir e atuar na sociedade possam trazer respostas para diferentes setores da vida.

Considerações finais

A Gerontologia é uma disciplina em plena ascensão e que possui como objeto de intervenção o processo de envelhecimento, a velhice e a pessoa idosa. A partir de uma visão integrativa das dimensões sociais, psicológicas e de saúde dessa etapa da vida, a Gerontologia passa a propor formas de intervir e dar respostas sociais às necessidades dos idosos, constituindo-se como uma categoria profissional. A proposta da Gestão em Gerontologia nasce então da necessidade de integrar, planejar, avaliar e monitorar as intervenções no campo do envelhecimento,

além de propor-se a aplicar ferramentas de atenção para a coordenação de serviços e políticas públicas para o envelhecimento. Portanto, o bacharel em Gerontologia tem a missão de qualificar os cuidados de longa duração no cenário do envelhecimento e esse processo é disseminado em países europeus, latino-americanos e EUA, incluindo o Brasil a partir do ano de 2005. Os desafios desse novo profissional, em conjunto com os especialistas em Gerontologia, são vastos e a superação é pautada em duas dimensões, o que nos parece ser essencial para que o envelhecimento seja um processo bem-assistido e orientado: a educação e integralidade do cuidado.

Referências

Alkema, G. E.; Reyes, J. Y.; Wilber, K. H. (2006). Characteristics Associated With Home- and Community- Based Service Utilization for Medicare Managed Care Consumers. **The Gerontologist**, Oxford, vol.46, n.2, p. 173-182.

Alkema, G.E. e Alley, D.E. (2006). Gerontology's Future: An integrative model for disciplinary advancement. **The Gerontologist**, Oxford, v.46, n.5, p. 574-582.

Almeida, E.B.; Lima-Silva, T.B., Suzuki, M.Y.; Martins, D.; Ordonez, T.N. e Salmazo-Silva, H. (2012). Gerontologia: práticas, conhecimentos e o nascimento de um novo campo profissional. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo v.15, p.6, p.489-501.

Cachioni, M.; Palma, L.S. (2006). Educação permanente: perspectiva para o trabalho educacional com o adulto maduro e o idoso. In: Freitas, E.V. (Eds). Et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1456-1465.

Camarano, A.A.; Kanso, S. (2016). Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. Freitas, E.V.; Py, L. (Eds). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Carvalho, C.R.A.; Henninton, E.A. (2015). A abordagem do envelhecimento na formação universitária de profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.417-431.

Debert, G.G. (1999). **A Reinvenção da Velhice: Sociabilização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo,.

Duarte, Y.A.O; Lebrão, M.L. (2005). O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência gerontológica. *Mundo saúde*, São Paulo, v.29, n.4, p. 566-574.

Falcão, D.V.S.; Lopes, A. (2010). A formação e a atuação profissional em Gerontologia no Brasil: Atenção à velhice e ao envelhecimento no século XXI. In: Falcão, D.V.S. (Org.) **A família e o idoso: Desafios da contemporaneidade**. Campinas/SP: Papyrus, p.233-254.

- Freidson, E. (1998). **Renascimento do Profissionalismo**. São Paulo (SP): EDUSP.
- Girardi, S.N., Fernandes, H.Jr. e Carvalho, C.L. (2008). **A regulamentação das profissões de Saúde no Brasil**. Recuperado em 27 janeiro, 2008, de: <http://www.observarh.org.br/epsm/interna.php?c=publicacoes>
- Gutierrez ,B.A.O.; Salmazo-Silva, H. e Shimizu, H. (2014). Aspectos biopsicossociais e a complexidade assistencial de idosos hospitalizados. **Acta Revista de Enfermagem**, São Paulo, v.27, n.5, p.427-433.
- Gutierrez, B. A. O.; Salmazo-Silva, H.; Guimarães, C. e Campino, A.C. (2014). Impacto econômico da doença de Alzheimer no Brasil: é possível melhorar a assistência e reduzir custos? **Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)**, Rio de Janeiro,v.19, n.11, p. 4479-4486.
- Rico-Uribe, L.A. et al. (2018). Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PLoS One*, London, v.13, n.1, e0190033.
- Lebrão, M. L.; Laurenti, R. (2005). Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.8, p.127-141.
- Lima, A.M.M. (2009). Graduação em Gerontologia: da inovação pedagógica à formação da identidade do profissional gerontólogo. **Revista Kairós**, São Paulo, Caderno Temático 4, p.19-31.
- Lima, A.M.M.; Salmazo-Silva, H.S.; Galhardoni, R. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e suas novas fronteiras. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.12, n.27, p.795-807.
- Lima-Silva, T.B.; Ordonez, T.N.; Almeida, E.B.; Suzuki, M.Y.; Martins, D.; Salmazo-Silva, H. (2012). Propostas de gestão dos equipamentos de atenção ao idoso: Relatos de experiência do profissional gerontólogo. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, p. 515-528, 2012.
- Lopes, A. (2000). **A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e os desafios da Gerontologia no Brasil**. Campinas (SP): Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.
- Hawkley, L.C.; Kocherginsky, M. (2017). Transitions in Loneliness Among Older Adults: A 5-Year Follow-Up in the National Social Life, Health, and Aging Project **Research on Aging**, *New York*, v.40, n. 4, p. 365-387.
- Luo, Y.; Waite, L.J. (2014). Loneliness and Mortality Among Older Adults in China. **Journal of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences**, Washington, DC, v.69, n.4, p. 633-645.
- Mendes, E.V. (2010). As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2297-2305.

Neri, A.L. (1993). Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: Neri, A.L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papyrus, p.7-55.

Neri, A.L.; Pavarini, S.C.I. (2016). Formação de recursos humanos em Gerontologia e desenvolvimento da profissão: O Brasil em face da experiência internacional. In: Freitas, E.V.; Py, L., (org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

OMS (2005). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

OMS. (2015). **Resumo**: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Printed in United States of America.

Pavarini, S.C.; Mediondo, M.S.Z.; Barham, E.J.; Varoto, V.A.G.; Filizola, C.L.A. (2005). A arte de cuidar do idoso: Gerontologia como profissão? **Texto contexto Enfermagem**, Florianópolis 14(3), 398-402.

Pavarini, S.C.I. (1996). **Dependência comportamental na velhice**: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado. 1996. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 230p.

Pavarini, S.C.I.; Mendiondo, E.M.; Montañó, M.; Almeida, D.M.F.; Mendiondo, M.S.Z.; Barham, E.J.; Pedrazzani, E.S. (2008). Sistema de informações geográficas para a gestão de programas municipais de cuidado a idosos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.1, p.17-25.

Pereira, F. (2008). Gerontólogo: A construção de uma nova profissão na área da saúde. In: **VI Congresso Português de Sociologia – Mundos Sociais**: Saberes e Práticas. Lisboa (Portugal): Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.

Prado, S.D.; Sayd, J.D. (2004). A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: grupos e linhas de pesquisa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.57-68.

Prado, S.D.; Sayd, J.D. (2007a). Como poderia a Gerontologia, um campo multidisciplinar do saber, estar presente na Tabela das Áreas do Conhecimento do CNPq? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.6, p.1725-1735.

Prado, S.D.; Sayd, J.D. (2007b). O ser que envelhece: técnica, ciência e saber. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p.247-252.

Salmazo-Silva, H.; Gutierrez, B. A. O. (2018). *A educação como instrumento de mudança na prestação de cuidados para idosos*. **Educar Em Revista**, v. 34, p. 283-296, 2018.

Salmazo-Silva; Silveira, M. H. ; Freitas, T. H. S. (2017). *Práticas Gerontológicas e os desafios da Gerontologia como ciência e profissão*. In: Carvalho, C.M.R.G.; Araújo, L.F.. (Org.). **Envelhecimento E Práticas Gerontológicas**. 1ed.Curitiba: CRV Editora, 2017, v. 1, p. 169-188

Salmazo-Silva, H.; Gutierrez, B. A. O (2013). Cuidados de longa duração na velhice: desafios para o cuidado centrado no indivíduo. **A Terceira Idade**, São Paulo, v.24, p.7-17.

Salmazo-Silva, H. e Lima, Â.M.M.de. (2012). Gestão da atenção ao idoso: possibilidades e desafios no campo da Gerontologia. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n.6, p.503-514.

Salmazo-Silva, H., Lima Â.M.M. e Garlhardoni, R. (2010). Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.14, p.867-77.

Soares, A.R. (2010). A Psicologia no Brasil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v.30 no.spe, p.8-41.

CAPÍTULO 02 – O ENVELHECIMENTO SOB A ÓTICA DA ESCOLA: UM OLHAR PARA O FUTURO

Rafaella Lopes Gonçalves Bandeira
Vitória Raquel de Oliveira

Falar de educação para o envelhecimento é também falar do futuro, sobretudo na construção de uma sociedade consciente que atue de forma proativa na realidade posta à sociedade e educação. Nesse contexto, apresentamos alguns questionamentos: Que velhice estamos falando? Como viver na velhice? Como superar os desafios? Como educar para a velhice? São questionamentos que nos fazem refletir, enquanto educadores, sobre o futuro que estamos construindo.

Para responder a esses questionamentos, é necessário compreender a educação como prática social, caracterizada também como educação não formal de abrangência em ambientes não escolares e diretamente atrelada à Pedagogia Social, que se define como um organismo de conscientização da mudança social. Afonso (2006) entende a educação formal como aquela organizada com determinada sequência e proporcionada pelas escolas.

Gohn (2007), ao estudar a educação não formal, desenvolvida com grupos sociais organizados, ou movimentos sociais, chama nossa atenção para as questões das metodologias e dos modos de funcionamento, por ser um dos aspectos mais relevantes do processo de aprendizagem, mas lembra que é preciso aprofundar as pesquisas ao redor dos movimentos sociais e seus processos de encaminhamento.

O trabalho pedagógico, nesses ambientes não formais, vem com a intenção de reverter a ideia de que o idoso não faz mais parte da sociedade. Portanto, o conhecimento passa a ser um instrumento competente e necessário para a emancipação individual dos idosos, na tentativa de superar as disparidades sociais dentro dos contextos vividos, e orientados por um novo sentido de viver e atuar; por uma nova percepção da realidade; e por uma nova experiência do ser, o que, nas palavras de Boff (2001), emergem da natureza mais profunda do ser humano num caminho coletivo que se constrói na própria caminhada.

A prática pedagógica no contexto de educação e na perspectiva do envelhecimento tornou-se um desafio e, ao mesmo tempo, uma oportunidade de construir coletivamente uma proposta de educação diferenciada, que permitisse atuar de forma plena a partir de temas interdisciplinares, em qualquer espaço,

inclusive de educação não formal. Para compreendermos a pedagogia do envelhecimento, é preciso conhecer a integralidade e essência da pedagogia e suas contribuições nos diversos contextos a que se aplica. O termo pedagogia vem do grego antigo *paidagogós*, e era inicialmente composto por *paidos* (criança) e *gogía* (conduzir ou acompanhar). Outrora, o conceito fazia referência, portanto, ao escravo que levava os meninos à escola.

Atualmente, a pedagogia é uma ciência aplicada de carácter psicossocial, cujo objeto de estudo é a educação e é considerada como o conjunto de saberes especificamente humano. A pedagogia recebe influências de diversas ciências, como a psicologia, sociologia, antropologia, filosofia, entre outras. Em seu carácter interdisciplinar, dialoga com as diversas ciências e com a educação não formal.

A partir dos princípios voltados para a educação, podemos refletir, sob a ótica de uma pedagogia para o envelhecimento, que considere o processo como amadurecimento e ampliação do universo informacional da pessoa idosa, de forma a valorizar suas vivências e reconhecê-los como sujeitos afetivos, inclusivos, de carácter digno e responsáveis.

Nesse sentido, a proposta de uma pedagogia para o envelhecimento representa uma ação pedagógica que visa favorecer posturas relacionadas ao envelhecer humano na perspectiva de que identifica a educação como ação capaz de colaborar no fortalecimento da responsabilidade e do compromisso de cada indivíduo por sua vida, a vida das pessoas na sociedade e pela dinâmica eco-desorganizativa/organizativa do planeta (Keim; Santos, 2012).

Embora o tema do envelhecimento seja mais evidenciado na educação não formal, ocorrendo fora do sistema formal de ensino, mas de forma complementar, nela encontramos valores essenciais para a formação cidadã, nas dimensões educacional, social, afetiva, biológica, histórica, religiosa, entre outras, que revelam ser o envelhecimento um fenômeno natural, mas que geralmente apresenta aumento da fragilidade e vulnerabilidade, devido à influência dos agravos da saúde e do estilo de vida. Assim, o presente estudo busca refletir e levantar novas hipóteses, no que se refere ao trabalho interdisciplinar sobre o envelhecimento, em sala de aula, promovendo discussões a respeito da relação do envelhecimento com a educação não formal por meio da articulação entre educação e convivência social.

O local e a população participante do estudo

Consideramos que o tema do envelhecimento, a ser considerado no contexto da educação formal, numa perspectiva interdisciplinar, deve promover reflexões pertinentes aos contextos escolar, familiar e social dos educandos, visto que essa realidade é comum a todos, e que, sob a ótica da fragilidade do ser em não compreender as limitações, vivências e superação do envelhecimento, deve ser uma temática a ser abordada visando incentivar o olhar para o presente e o futuro.

Assim, este estudo é fruto das discussões realizadas na disciplina Tópicos Avançados em Ensino: Educação não formal e práticas pedagógicas com foco no envelhecimento, do Curso de Mestrado Acadêmico em Ensino (CMAE), do *campus* Avançado Professora Maria Eliza de Albuquerque Maia (Cameam), com o objetivo de compreender como acontecem as discussões na sala de aula sobre o tema do envelhecimento na perspectiva interdisciplinar, a partir do olhar dos professores de escola pública.

Por ser a entrevista uma técnica que consiste em gerar e manter conversações com pessoas consideradas chaves no processo de investigação, os participantes da pesquisa foram três professoras da rede pública de ensino da cidade de Patos (PB), todas do sexo feminino, com idades entre 20 a 50 anos, com até 25 anos de experiência em sala de aula. As entrevistas buscaram enfatizar as questões sobre envelhecimento, e como essa temática está sendo abordada na sala de aula, na forma de conteúdo interdisciplinar.

Assim, descrevemos, nas sessões seguintes, as discussões e apresentamos os resultados precedidos de citações que fundamentam o diálogo entre a pesquisa a partir do ponto de vista dos professores da educação formal.

Instrumentos e procedimentos

A pesquisa possibilita uma aproximação e um entendimento da realidade a ser investigada. No presente estudo, utilizamos como método de investigação a abordagem qualitativa, que se preocupa com os aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que responde a um espaço profundo das relações.

Para tanto, utilizamos como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada. Para Manzini (1990), a entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto sobre o qual é elaborado um roteiro com perguntas relacionadas aos objetivos da pesquisa. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

Desse modo, a entrevista seguiu um roteiro, que conduziu o diálogo mais preciso durante a entrevista, contribuindo para a organização sequencial das perguntas. Segundo Combessie (2004, p. 41),

o roteiro da entrevista é regido antes e abrange a lista de temas ou dos aspectos do tema que deverão ser abordados antes do fim da entrevista. Como todo roteiro, deve ser de consulta fácil e rápida: detalhado, preciso, mas com notações breves e claras (palavra-chave, frases nominais...). A ordem dos temas da lista é construída para prefigurar um desenvolvimento possível da entrevista, uma lógica provável de encadeamento.

As entrevistas foram realizadas em campo, com horário determinado pelos entrevistados, nos turnos matutino e vespertino. Tivemos cuidado na seleção do roteiro e no nível das perguntas, devido à importância da objetividade para que a coleta de dados ocorresse de forma mais precisa. A partir das respostas dos entrevistados, foi possível analisar a temática, apresentando os resultados e discussões de forma a enriquecer o estudo.

Por que uma pedagogia para o envelhecimento?

No que se refere a uma pedagogia para o envelhecimento, analisamos a necessidade de pensar a educação e propor referenciais de conteúdos e princípios de identidade e existência. Assim, consideramos também a importância de um debate mais preciso, que defenda a qualidade de vida da pessoa idosa por meio da educação e como atividade essencialmente humana, que tem sentido e significado contextualizados. Nesse contexto, o papel do educador é promover reflexões a partir da temática do envelhecimento de forma interdisciplinar, com intencionalidade educativa. Consideremos o relato de uma das professoras entrevistadas: “O envelhecimento é trabalhado na escola através dos temas transversais,

considerando que os idosos tem muita coisa para ensinar. Assim, trabalhamos o respeito e a solidariedade para com a pessoa idosa” (Professora A).

Nesse contexto apresentado pela professora, percebemos que o tema do envelhecimento é discutido nas escolas, mas ainda de forma pontual. É preciso inserir nos currículos conteúdos reais que tenham sentido e significado para que o aluno seja capaz de fazer a relação com o meio social. O processo do envelhecimento é um fato real, no qual ocorrem muitas mudanças físicas, psicológicas, sociais, culturais e emocionais. É preciso saber qual é a sociedade em que vivemos hoje e que educação oferecemos para essa sociedade.

Compreendemos que uma pedagogia para o envelhecimento também dialoga com a pedagogia social, visto que os idosos, em nossa sociedade, são considerados muitas vezes desempoderados, porque são vitimizados culturalmente, como resultado da vulnerabilidade reforçada por preconceitos e estereótipos negativos relativos à velhice.

Ao perceber a vulnerabilidade da pessoa idosa, é possível compreender também as causas da evasão nas turmas de Educação de Jovens e Adultos (EJA) nas escolas, isso porque a pessoa idosa não encontra, nas escolas, uma pedagogia para seu envelhecimento, voltada para atender às suas necessidades de socialização, inclusão e valorização de seus saberes. Partindo desse contexto, entre as professoras entrevistadas, destacamos uma resposta à segunda pergunta: Qual sua percepção sobre a velhice?

Hoje existem muitos programas destinados para a melhor idade, pois há uma preocupação com o envelhecimento. Mas não vejo uma boa perspectiva para a velhice. Na escola, trabalhamos o tema através de leitura e apresentações de dados. Mas não há acompanhamento pedagógico que possibilite o desenvolvimento do tema na escola (Professora B).

Nesse ponto, Gadotti (1984, p. 69) afirma que "a educação permanente visa uma educação rearranjada, refletida e integrada no seu todo. Ela sustenta a ideia de um controle de todos os recursos educativos possíveis de uma sociedade e de sua execução". A estrutura educacional começa a ser pensada em outro viés, emergindo do pensamento escolar, não o descaracterizando, mas assegurando que o processo de aprendizagem não se efetiva apenas nos bancos escolares.

É preciso abrir espaços para dialogar sobre envelhecimento humano na escola e em seu entorno. O contexto atual está exigindo uma nova visão sobre o ser, com mais capacidades e conhecimentos, e esse desenvolvimento só poderá ocorrer por meio de uma ação educacional integrada, oriunda de uma escola reflexiva e consciente, que estabeleça relação entre o que se diz e o que faz. Dessa forma, percebemos a necessidade de uma ação educacional voltada para a pessoa idosa, como um processo contínuo. "Significa dar oportunidade de aprendizagens contínuas, objetivando a atualização do ser humano, atendendo suas necessidades de interação e aprimoramento do saber" (Teodoro, 2006, p. 43).

Ao considerar o idoso um sujeito capaz de desenvolver suas habilidades e desempenhar novos papéis sociais, percebe-se que a visão sobre a velhice começa a ser alterada, pois o idoso, antes incapaz, inútil e sem utilidade, passa a ser um novo agente social. "Gradualmente, a visão de idosos como um subgrupo populacional vulnerável e dependente foi sendo substituída pela de um segmento populacional ativo e atuante que deve ser incorporado na busca do bem-estar de toda a sociedade" (Camarano; Pasinato, 2004, p. 257-258).

"O papel da identidade do idoso, numa pedagogia para a velhice, remete a transformação de uma abordagem historicamente centrada nos aspectos individuais e biológicos da velhice, para uma perspectiva que identifica as pessoas idosas como um setor social de crescente importância" (Fonte, 2002, p. 9). É importante salientar ainda que novas expectativas são construídas, a partir de inovadoras formas de olhar, e esse é o papel da escola nesse processo.

Educação não formal como pressuposto de uma educação para o envelhecimento

A educação e a convivência social são construídas nos mais diversos espaços para além dos muros da escola, pois o indivíduo, ao longo de toda a trajetória de vida, adquire conhecimentos concebidos por suas próprias vivências, em espaços formais e não formais.

Assim, a educação não formal pode ser definida como a que proporciona a aprendizagem de conteúdos da escolarização formal, em espaços como museus, centros de ciências, ou qualquer outro em que as atividades sejam desenvolvidas de forma bem intencional, por meio de um processo de aprendizagem social centrada no indivíduo, e do desenvolvimento de atividades extraescolares. Esses processos

de aprendizagem e educação fora da escola acontecem em Organizações da Sociedade Civil (OSCs), instituições religiosas, iniciativas particulares e programas sociais públicos. “A atividade do aluno na sala de aula e fora dela é tão importante quanto a sua categoria social [...] para se entender o que está acontecendo na escola” (Charlot, 2014, p. 65).

Nesse cenário, revela-se uma educação para o envelhecimento evidenciada pela participação assídua da pessoa idosa nas atividades e a valorização de sua identidade. Enquanto nos espaços de educação formal, essa temática é pouco trabalhada, na educação não formal destaca-se, pois os idosos se beneficiam física, mental e emocionalmente por meio das interações e troca de conhecimentos.

Freire (1996, p. 53) diz, como educador, que precisamos olhar para o que os grupos com os quais trabalhamos trazem consigo, não simplesmente para o que falam deles, assim, “a leitura do mundo precede a leitura da palavra” e continua dizendo que um bom educador é aquele que sabe provocar inquietudes, que aguça a curiosidade, mas que permite que o educando busque com autonomia.

É preciso ampliar o olhar para as práticas de educação não formal. A partir do momento em que a escola não consegue atender às demandas necessárias, sobretudo temáticas, como envelhecimento humano, a educação não formal vem como parte e complemento da escola. Dessa forma, uma educação para o envelhecimento também pode ser encontrada fora da escola, de maneira intencional, na qual a educação formal poderá empoderar-se de seus conteúdos, trazendo para a sala de aula, transformando o conteúdo em situações reais, deixando mais significativo.

Participante da entrevista, e questionada com a seguinte pergunta: Entendendo que a função da escola é a formação para a cidadania, de que forma o tema do envelhecimento humano está sendo vivenciado por professores e alunos na sala de aula?, a professora C respondeu: “O tema não é trabalhado em sala de aula, mesmo tendo a convicção de que é um tema importante e necessário e precisa ser debatido em sala de aula” (Professora C).

A resposta da professora reforça quanto é necessário ampliar as discussões com os professores, para implementar o tema no currículo e assim dialogar com os alunos na perspectiva interdisciplinar, compreendendo a educação escolar não apenas como letramento, cálculos, e compreensão de fórmulas e fatos, mas

favorecer reflexões que despertem um novo olhar para a formação das futuras gerações, sobretudo no período da velhice.

Considerações finais

A partir das entrevistas realizadas, alinhando as discussões teóricas, percebemos que a educação ocupa um papel fundamental na formação crítica do sujeito. Assim, sob a ótica da educação para o envelhecimento, é preciso considerar esse tema como conteúdo interdisciplinar a ser inserido no currículo, como proposta de temas transversais. Por meio da pedagogia para o envelhecimento é possível identificar as dimensões contidas na pedagogia social e caracterizadas pela educação não formal na qual se encontra, apresentem-se além dos muros da escola.

Por meio da educação não formal evidenciamos as condições de manter a pessoa idosa ativa e consciente da sua própria velhice, sensibilizando os alunos sobre esse processo real de envelhecimento humano de forma consciente. Nessa mesma perspectiva, é também por meio da ação pedagógica que se oportuniza uma inserção social mais abrangente, além da formação do idoso enquanto um ator social, que se mobiliza em rede, com a possibilidade de articulação e passando a exigir mais respeito e dignidade em seus próprios direitos.

Nesse contexto, percebe-se que com a educação, além de propor uma abertura para a inserção de novos conteúdos, sobretudo os relacionados à abordagem não formal, o próprio idoso, ao se conscientizar de seu espaço na sociedade, terá de si mesmo uma visão mais otimista, considerando-se produtivo, útil, capaz de muito ainda colaborar para a sociedade na qual está inserido.

Dentro dessa perspectiva da educação formal e educação não formal, a integração entre gerações ocorre necessariamente fomentando debates sobre as questões que envolvam essa faixa etária; analisando preconceitos e discriminações ora sustentados socialmente e que se apresentam sem fundamentação científica por meio de diálogo promovido pela escola, com intencionalidade educativa.

Tornar o idoso protagonista de sua própria vida é trazer a prática da sua cidadania, apreensão social, respeito, educação, dimensão sociocultural, entre outros aspectos. Esse é o papel da educação no atual contexto do nosso País. É na escola e em espaços de educação não formal que podem ser oferecidas vivências de formação cidadã que dignifiquem o ser humano e transformem a sociedade.

Referências

Afonso, A. J. (2006) Educação não formal na pedagogia social. Congresso Internacional de Pedagogia Social, 1, 2006. **Anais...**, São Paulo: USP.

Freire, P. (1996) **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Gadotti, M. (1984) **A educação contra a educação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Gohn, M. (2007) **Educação não formal e cultura política**. São Paulo: Cortez.

CAPÍTULO 03 – ENVELHECER NA CONTEMPORANEIDADE: DOS MODELOS E DAS RESISTÊNCIAS

Celina Dias Azevedo

Minha descoberta mais consistente depois de fazer 65 anos: não posso perder tempo fazendo o que não quero¹

Esta reflexão quer problematizar a construção do envelhecer, na contemporaneidade, como dispositivo que apoiado em modelos e prescrições procuram formatar um ideal de envelhecimento e de velhice.

Entendemos que o medo, como uma forma de controle social, encarcera a vida e acaba por produzir um mercado consumidor que tem na qualidade de vida e na manutenção do corpo jovem mercadorias que atraem, cada vez mais, seguidores, consumidores com a promessa de distanciá-los da fragilidade e da morte.

No entanto, a vida como fluxo contínuo e incontrolável encontra frestas e outras formas possíveis de existir, resiste por meio ato criativo!

Refletir sobre o que está posto corriqueiramente, significa perceber singularidades e renunciar ao olhar homogêneo sobre os velhos e a velhice, para que provoquem, justamente, a emergência de resistências. Nas resistências é que a vida confronta tais modelos que induzem e disseminam a noção de um envelhecimento de qualidade a partir do consumo, quer seja de produtos – medicamentos, cosméticos -, quer seja de uma segurança ilusória – prescrição de uma vida sadia e produtiva -, ou, ainda, promessas de prazer e retribuição generosa – viagens, amigos, felicidade.

Velhices

A velhice na contemporaneidade tem sido apresentada como problema. Nas últimas décadas, o aumento da expectativa de vida acarretou o crescimento da população de idosos no mundo. Tais mudanças demográficas provocam profundas transformações sociais e influenciam diretamente na execução de políticas públicas

¹ Jap Gambardella, personagem vivido por Toni Servillo no filme, “A grande beleza”. Dir. Paolo Sorrentino. Itália/França. 2013

assim como nos estudos, pesquisas e nas receitas para o “bom envelhecer”. Cada vez mais, os velhos são *objetos* de saberes especializados.

No entanto, ainda que tenha alcançado maior visibilidade o envelhecimento é tratado, principalmente, como algo inconveniente, numa abordagem que reforça preconceitos. O imaginário social é repleto de mitos e estereótipos que percebem o envelhecer apenas como período de perdas e carências. A fragilidade, por exemplo, é quase que automaticamente relacionada à velhice e ao processo de envelhecimento.

Com o aumento da expectativa de vida e a estruturação de políticas se consolidando para lidar com as demandas sociais, fala-se mais da velhice, que se tornou objeto de estudos e estatísticas, mas que continua sendo interpretada como algo negativo e carregada de simplificações. Irônico - e não deixa de ser um paradoxo - uma vez que, justamente, a velhice é que posterga a morte tão temida. Além disso, como pensar a vida sem dor, sem sofrimento, sem tristezas?

Acho que a velhice é uma idade esplêndida. Claro que há algumas chateações, tudo fica mais lento, nos tornamos lentos. O pior é quando alguém lhe diz: “Mas não é tão velho assim!” Não entende o que é uma queixa. Estou me queixando dizendo “Ah, estou velho!”. Ou seja, invoco as potências da velhice. E aí, alguém me diz, com a intenção de me consolar: “Não está tão velho assim”. Eu daria uma bengalada nele! Logo quando estou em plena queixa da minha velhice, não venham me dizer: “Até que não é tão velho assim”. Pelo contrário, deviam dizer: “Está velho mesmo!” Mas é uma alegria pura. Fora esta lentidão, de onde vem esta alegria? O que é terrível na velhice? Não é brincadeira. É a dor e a miséria. Não é a velhice em si (Deleuze, s.d.).

Como construção social, certamente não podemos ignorar que a aparência, em nossa cultura, é elemento central na identificação do velho, segundo características difundidas e reconhecidas como próprias da velhice, principalmente, aquelas inscritas no corpo.

Outra forma de identificação é o marcador etário, qual seja a idade cronológica determinada legalmente pelo estado², como dado arbitrário e manipulável, que tem por objetivo produzir um modelo hegemônico e universal de ser velho.

² No Brasil, o Estatuto do Idoso (Lei 10741/2003) aponta em seu artigo 1º como idoso, a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos.

Maria Helena Villas Boas (2007) discorre, no artigo *Medo de envelhecer ou de parecer*, a respeito da identidade do velho sobre qual o medo existente: envelhecer ou parecer velho? A autora cita em seu texto a percepção de um grupo de idosos inquiridos sobre a velhice e registra:

As considerações dos depoentes, na sua maioria, assinalam de fato características presentes no corpo como demarcadoras de idade (perda de beleza, rugas, doenças, dificuldade de movimentos, etc.). Nessas marcas, a perda da beleza (“do frescor” e “do viço”) aparece como elemento primordial. É de se notar, também, que o padrão de beleza implícito é o da juventude – beleza “perde-se”, não se admite a possibilidade de outros padrões ou de padrões alternativos [...]

Villas Bôas aponta, ainda, para um modelo social de velho - construído em oposição ao do jovem -, medicalizado, sem atrativos físicos, que encerra um estigma do qual os indivíduos categorizados nesse lugar procuram fugir. Ironicamente, para escapar, reproduzem o discurso que prega o controle sobre o corpo e os modelos para um bem viver, que tem como base ações para “manter o corpo ativo e a mente alerta”, manutenção da saúde e a interferência direta sobre as marcas corporais com cosméticos e plásticas estéticas e a atividade física.

Outro ponto importante apontado pela autora, nesse estudo, diz respeito ao medo manifestado pela perda de autonomia, da independência como algo que não se pode escapar na velhice, geralmente associada mais à “natureza biológica intrínseca à humanidade” e menos a uma construção sociocultural da velhice. Junta-se a esses elementos o medo da solidão. “Como dizem alguns entrevistados, “ser velho é ficar doente e solitário”, “velho não é uma pessoa alegre, velho é recalcado”.

Ratificando essa percepção, apontamos artigo (Azevedo & Souza, 2016) que apresenta alguns resultados de pesquisa, junto ao público com mais de 60 anos que frequenta as instalações do Sesc São Paulo. Questionados sobre se “sentiam idosos”, os resultados mostraram 75% dos respondentes (faixa etária entre 60 a 80 anos, ou mais) afirmando não se “sentirem idosos”.

À resposta sobre o que indicaria que alguém chegou à velhice, estavam presentes as dimensões negativas, citadas pela ampla maioria, 93% dos entrevistados. Os aspectos psicológicos (perda de ânimo e cansaço); as limitações físicas (falta de autonomia) e doenças; e estilo de vida (isolamento); foram os mais mencionados.

Ou seja, podemos inferir que a recusa à identificação com essa classificação etária – classificação essa, indicada pela legislação brasileira - pode revelar, além da percepção cultural sobre as consequências trazidas pelo envelhecer, também o não querer incluir-se em um grupo percebido de forma negativa e pejorativa, que a força dos estereótipos e preconceitos classifica e categoriza.

Para apresentar outra perspectiva da mesma questão, uma investigação realizada por pesquisadores da Universidade de Campinas (Lopes & Pack, 2007) com crianças de cinco a dez anos identificou representações variadas da velhice, porém, também sempre associadas às características físicas, à doença, à morte e às limitações, reforçando o indicado na pesquisa com velhos.

Para verificar a percepção sobre quem se encontra na velhice e diante de perguntas como “o que ela tem que faz você pensar que é velha?” formuladas às crianças, algumas das respostas mencionaram que “o rosto é enrugado”, “elas têm cabelos brancos, tem barba e sobrancelha branca”, ou ainda, quando inquiridas se “tem outra coisa na pessoa [além da cor dos cabelos] que faz você pensar que ela é velha?” uma das crianças exemplifica que “um dia tinha uma mulher com cabelo tudo preto andando com uma bengala. Por isso que eu penso que ela é velha.”

As observações apontaram para uma associação direta entre velhice e doença; velhice e morte; velhice e perdas; velhice e limitações. Elemento comum encontrado nos discursos, de uma forma geral, que corrobora o olhar cultural que associa quase que de imediato: velhice = fragilidade.

Na mesma linha, isto é, o olhar de crianças sobre a velhice e os velhos, outra pesquisa (Ramos, 2009), realizada na periferia de Porto Alegre, com crianças entre oito e dez anos, os aspectos físicos surgiram, da mesma forma, como marcadores (cabelos brancos, rugas, uso de bengala) no reconhecimento da pessoa velha.

Além dos sinais evidentes na aparência, falta de força, dificuldade de visão e de locomoção, que são apontados como alguns dos “montes de problemas que eles [os velhos] têm”, as crianças indicam como, devido a esse “monte de problemas”, os velhos devem seguir prescrições para uma alimentação saudável, além de praticar atividades físicas.

O discurso de controle sobre o corpo e os modelos para um bem viver estão presentes de forma clara nas falas das crianças. “[...] Eu acho que eles têm que comer mais verdura, mais coisa que alimente, que tenha vitamina do que os jovens, porque os jovens não estão todo ruim.”

Ao compartilhar seu olhar sobre o velho e a velhice, as crianças, na verdade, reproduzem e apresentam a percepção da sociedade. Essa percepção deve moldar suas relações com os velhos e, provavelmente, de seu próprio envelhecer. Afinal, quem deseja envelhecer e tornar-se frágil, doente, cheio de limitações?

Os discursos enunciados pelas crianças dão conta dos olhares sociais sobre o corpo velho: controles, modelos, receitas de bem viver e até a tão propalada autorresponsabilização. “[...] A gente ainda pode comer qualquer coisa. Porque as crianças, como é que se diz, acho que ficam curadas mais rápido, e os velhinhos não.”, ou ainda, “[...] Já tá velho, cheio de problemas, e ainda vai beber?” , ou seja, já está velho – situação desfavorável - e, ainda por cima, bebe – outra situação que, sob o olhar do controle, também é desfavorável.

No conselho está implícito a responsabilidade individual pela manutenção da própria saúde e por um autocontrole que auxilia no distanciamento dos maus hábitos: o fumo, a bebida, a comida não saudável, o sedentarismo. Diante disso, muito facilmente passamos da “responsabilização” para a “culpabilização”, porque afinal está nas mãos de cada um uma vida com qualidade, normal, sem sobressaltos.

Será?

Além de uma boa alimentação para uma vida saudável e de qualidade, soma-se, sem dúvida, a necessidade da prática de atividade física, informação já transformada em conhecimento tácito e disseminada exaustivamente pela mídia “[...] No ano passado tinha a novela aquela “Mulheres Apaixonadas”, tinha os dois velhinhos, aqueles que iam passear, eles se levantavam bem cedo pra ir caminhar, que eles diziam que isso é um exercício e é pra manter a forma.”; “[...] A minha avó caminha todos os dias porque o médico disse que é pra ela caminhar bastante.”

Diante desse cenário, não é difícil perceber porque, diariamente, somos confrontados com produtos, terapias e saberes voltados para o “bom envelhecer”, além de receitas prontas para uma velhice saudável e feliz, que misturam referências e indicações como mercadorias que podem ser escolhidas em uma vitrine.

Os modelos propostos para o bom envelhecer permeiam quase que a totalidade das ações voltadas aos velhos, atuando como dispositivo de poder e produção de subjetividade que sobrecarrega a velhice de controles, interferindo e

combinando ações de organismos da sociedade civil e da esfera pública além de documentos regulatórios, leis, mídia e consumo.

Ancorados em Michel Foucault, entendemos, nesta pesquisa, tal dispositivo de modelos do envelhecer como a rede que se estabelece entre os discursos, as instituições, os enunciados científicos, as leis e regulamentações que, em certo momento histórico, possuem uma função estratégica, inscrito em um jogo de poder, que condicionam certos tipos de saber e são por eles condicionados.

Perceber e refletir sobre a complexidade e a tessitura dessa trama de relações que constroem ideias para uma boa velhice pode fundamentar escolhas e criar maneiras de confrontar e refutar a submissão, de resistir.

Como se certificam tais Dispositivos, que impõem um modelo de velhice, de velhos frágeis a precisar de cuidados; de consumidores, sedentos de produtos e, também, prontos a oferecer, por meio do voluntariado e da continuidade no mercado de trabalho, sua energia e sua força de trabalho?

Em uma sociedade que valoriza a produção e a juventude, a vida não-produtiva representada pela aposentadoria, e fortemente vinculada à velhice, justifica os programas para idosos com propósito de “transformá-los”, de modo que possam vivenciar novas experiências, conceber novos projetos de vida, conviver em grupos com indivíduos da mesma faixa etária, ou seja, para que vivam uma velhice ativa e produtiva.

Na atualidade, no modelo para o “bom envelhecer” contaminado pelo neoliberalismo globalizado, detectam-se valores do campo econômico que migraram para o campo social, direcionando questões e criando subjetivações, determinando formas para o viver, taxando aqueles que não as seguem de indolentes, estranhos e incapazes, “sem méritos”. Questionamos: é possível apontar resistências que confrontam esses valores e criam outras subjetividades por meio da criatividade e singularidade?

Esquecendo que a vida não se controla e/ou não é previsível, o medo acaba por ser uma das maneiras para se gerir modos e formas do viver. Causa e efeito regem comportamentos sob os comandos do “faça” e “não faça”. Palavras-chave como saúde, qualidade de vida, autoestima, autonomia, transformação, entre outras, traduzem-se em promessas para quem segue rigorosamente as prescrições postas.

Deterministas, tais modelos ainda apontam acusadoramente para aqueles que não seguem suas orientações, resultando na responsabilização e culpabilização

dos indivíduos. Àqueles que não optaram por boas escolhas, resta toda sorte de infelicidades na velhice. O poder exercido por essa conotação positiva conquistada a todos, velhos, profissionais, instituições, todos aderem de forma espontânea, de sujeitos passam a sujeitados.

Agambem (2009, p.64) nos lembra de que “contemporâneo é aquele que recebe em pleno rosto o facho de trevas que provém do seu tempo”, no entanto, perceber o escuro não basta, é preciso interrogá-lo! É preciso visualizar o que está para além do que podemos enxergar, procurando entender porque, justamente, o que traz orgulho “à nossa época” nos incomoda. Ir além de um olhar imediato.

Para isso, faz-se necessário um afastamento, perceber outras perspectivas que permitam perguntar, por exemplo, como proposições que têm por objetivo o cuidado, a positivação e, ao mesmo tempo, a “valorização” do velho continuam, ao contrário, construindo e reproduzindo preconceitos e modelos que aprisionam a vida, determinando comportamentos, estabelecendo assujeitamentos e desvalorizando a potência de vida ao invés de afirmá-la?

Como o medo da doença, da fragilidade, da dependência, da velhice, do corpo fora dos padrões pode ser produzido, mobilizado e transformar-se em motor de obediência a ditames para o bom envelhecer? Como as demandas do neoliberalismo respaldam a criação de um mercado de projetos educativos e culturais voltados aos velhos e estabelecem um modelo de envelhecer? De que forma o olhar sobre a velhice fundamentado, preferencialmente, nos aspectos biológicos e na saúde, acarreta além do descuido e negligência a outras dimensões da vida, a incorporação e reforço da ideia de que a vida deve, necessariamente, ser orientada por saberes e especialistas que se encarregam ditar normas para a longevidade, baseada na tomada do corpo biológico como objeto de uma ação que prescindem da participação de quem a recebe? As respostas poderiam estar no cuidado de si, na percepção da singularidade, na experimentação, na construção de pequenas resistências no cotidiano.

Interrogar I

Considerando que a medicalização da vida faz parte de um processo histórico e social, intensificado a partir do século XX, a velhice passa a ser percebida, nesse mesmo período, como foco privilegiado para intervenção. Segundo Ivan Illich (1975),

a velhice passou a ser considerada uma condição intolerável, similar a uma doença e, dessa forma, esforços consideráveis são movidos para debelá-la e controlá-la.

Para Foucault (2008a, p.3), a vida biológica da espécie humana tornou-se alvo das relações de poder, por meio do governo dos corpos individuais e coletivos. O filósofo deu o nome de biopoder aquele poder que consiste em:

[...] conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais [e] vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder. Em outras palavras, como a sociedade, as sociedades ocidentais modernas, a partir do século XVIII, voltaram a levar em conta o fato biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie humana. É em linhas gerais o que chamo, o que chamei, para lhe dar um nome, de biopoder.

Um poder que quer organizar e canalizar forças, propício ao desenvolvimento do capitalismo, que dá ênfase à proteção da vida, à regulação dos corpos, ocupa-se da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, dos costumes.

Foucault (2008a, p.289) cria o termo biopolítica, série de intervenções e controles reguladores, em referência ao modo como quem governa lida com a questão da vida e morte dos indivíduos, responsabilizando-se pela organização social, saúde, educação, natalidade, envelhecimento, violência, e questões sociais em geral que afetarão diretamente a população e que substituíram, a partir do século XIX, as práticas disciplinares que tinham no indivíduo seu alvo para focar na população e tê-la como instrumento na relação de poder.

Ao que essa nova técnica de poder não disciplinar se aplica e - diferentemente da disciplina, que se dirige ao corpo - a vida dos homens [...] ela se dirige não ao homem-corpo, mas ao homem vivo, ao homem ser vivo [...] ao homem-espécie [...] a disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos [...] a nova tecnologia que se instala se dirige a multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrario, urna massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc. Logo, depois de urna primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez consoante o modo da individualização, temos uma segunda tomada de poder que, por sua vez, não é individualizante mas que é massificante [...] que se faz em direção não do homem-corpo, mas do homem-espécie. Depois da

anátomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anátomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma "biopolítica" da espécie humana.

Ao refletir sobre essa estrutura, Foucault (1985a, p.134) buscou compreender de que modo esses conteúdos de poder são exercidos, além de verificar como a política pode influenciar na construção da subjetivação, uma vez que, ainda segundo o autor, “[...] O homem, durante milênios, permaneceu o que era para Aristóteles: um animal vivo e, além disso, capaz de existência política; o homem moderno é um animal, em cuja política, sua vida de ser vivo está em questão.”

Segundo Tótorá (2008, p.22), “O que singulariza a época atual é a articulação de uma cultura de desvalorização da velhice e tecnologias de poder de intervenção e controle sobre o corpo dos velhos.” Uma expressão muito utilizada nos discursos sobre a positivação do envelhecimento é: “acrescentar vida aos anos e não anos à vida”. O que este jogo de palavras quer dizer ou, talvez, esconder? A que se refere “a vida”?

Observamos que o que se proclama, apesar de diversas pesquisas atuais apontarem para a reflexão sobre o envelhecimento a partir do olhar social, cultural e biológico, o que prevalece em grande parte é o olhar biológico sobre as outras dimensões.

A velhice, tomada como doença, constrói um sujeito submetido ao poder de especialistas. Cria aversão ao envelhecimento, instaura e fortalece o preconceito contra o envelhecer. A promessa de uma vida longa e saudável está expressa em diferentes discursos que compõem as recomendações propostas por especialistas, mas que, na verdade, traduzem-se em normas de conduta e do viver. Ordinariamente, as referências para qualidade de vida na velhice tomam como base a juventude, por exemplo, a manutenção de vigor e energia, com objetivo de preservar a população do envelhecimento, tomado como um mal em si. Uma doença a ser evitada e debelada.

“Saúde é o que interessa o resto não tem pressa”³, bordão repetido continuamente por uma personagem de programa de humor da televisão brasileira,

³ Paulo Cintura, personagem de Paulo Cesar Rocha nos programas humorísticos Escolinha do Professor Raimundo, Escolinha do Barulho e Escolinha do Gugu.

traduz, de maneira jocoza, a intenção de se conter riscos, presente na prática da biopolítica. Evitar o risco de doenças, evitar o risco de morte.

Na composição desse cenário, certamente, a mídia possui papel determinante como forma do biopoder renovar-se. Ao reproduzir e disseminar as práticas do bem viver, do governo da vida, da política do fazer viver, molda o indivíduo que deseja viver mais para trabalhar mais e consumir mais, harmonizando-se à lógica neoliberal.

Como conter o envelhecimento, transforma-se em conteúdo para programação e a televisão, por atingir um número expressivo de espectadores, é o melhor recurso para propagar e “contar” a todos os segredos para um envelhecimento saudável que contamina e permeia a cultura.

Uma das estratégias dessa biopolítica refere-se à categorização e difusão das formas de envelhecer. Determinam-se os grupos por meio do modo como envelhecem. Divididos entre aqueles que se tornam um peso para o governo, para família, para o serviço público, para previdência, e aqueles que envelhecem de forma produtiva, consumidores de lazer, de entretenimento, de planos de saúde.

Atuando de maneira difusa, a biopolítica emprega tecnologias que investem sobre o corpo, a saúde, as maneiras de se alimentar e de morar, as condições de vida, todo o espaço da existência.

Como bem alerta Foucault, não se trata de identificar “o poder”, uma vez que assinala não entender “o Poder” como conjunto de instituições e aparelhos garantidores da sujeição dos cidadãos em um Estado determinado. “[poder] é o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada.” (Foucault, 1985b, p.89).

Como forma complexa de estratégia, faz-se necessário a criação de mecanismos diversos de controle, reguladores e corretivos. Observamos que não se trata de referir-se ao poder como “uma coisa”, mas como relações que se estendem por todo campo social, relações móveis, reversíveis e instáveis.

Como resistir a essa complexa tessitura que faz da vida um objeto de normalização e controle?

Recorremos, novamente, a Foucault para refletir sobre a produção de possíveis formas de resistências. Michel Foucault, a partir de suas pesquisas da Antiguidade, nos lembra do cuidado de si como a arte de viver. Sua prática e

exercício traz a possibilidade do inventar-se como forma de se assegurar a liberdade.

O cuidado de si, *Epiméleia heautou*, tomada como prática, referida no diálogo “Alcebíades”, de Platão, indicando o cuidado de si mesmo, o fato de ocupar-se consigo, de preocupar-se consigo como um conjunto de experiências e técnicas que o sujeito elabora e o auxilia a transformar-se a si mesmo. “Ocupar-se consigo não é, pois, uma simples preparação momentânea para a vida; é uma forma de vida”, e recupera-se o *cuidado de si* como dispositivo de subjetivação (Foucault, 2004, p.601)

Esse tempo, assim coloca Foucault, não é vazio “Ele é povoado por exercícios, por tarefas práticas, atividades diversas”. Ocupar-se de si exige trabalho. Cuidado de si refere-se a uma noção múltipla, que incorpora diversos cuidados consigo mesmo, diversas práticas de si mesmo, diversas atividades do indivíduo sobre si mesmo constituindo-se, no entanto, não em um exercício solitário, mas integrado a uma prática social.

Conferimos importância ao cuidado de si, inserido em um amplo contexto de práticas sociais, uma vez que, acreditamos, pode constituir-se em possíveis pontos de resistência aos modos de vida impostos na contemporaneidade.

Interrogar II

Sêneca já chamava atenção em sua carta ao amigo Lucílio para o equívoco de preocupar-se com a duração da vida, da ansia e angústia em viver mais, para ressaltar a importância da vida, em si. O viver. “[...] viver muito tempo quem decide é o destino. Viver plenamente, o teu espírito. A vida é longa se for vivida com plenitude” (Sêneca, 2008, p. 91).

Para se viver a vida em sua plenitude, o medo e a culpabilização deveriam ser suprimidos ou, ao menos, percebidos de forma que não permitam que a vida seja paralisada. Aqui, nos deixamos conduzir pelo olhar de Spinoza sobre os valores que depreciam a vida. A vida mantida como aparência, a presença do medo, a ansiedade e inquietação para evitar a morte.

Apontamos o medo como dispositivo de controle, operado pelo biopoder. Termo cunhado por Foucault para designar um poder que tem por objetivo cuidar da população, dos processos biológicos, ordenar e canalizar as forças, gerir a vida, aquele que instituiu o fazer viver.

Entendemos que, por meio de práticas discursivas e sociais, tal conexão tem por objetivo enfraquecer a potência de agir e esvaziar a dimensão criativa do indivíduo para que se conforme e se alie a uma velhice submetida, que opte pela reprodução passiva de modos de vida sugeridas e preconizadas como seguras e saudáveis.

Para Spinoza (2008, p.309), “o medo é uma tristeza instável, surgida da ideia de uma coisa futura ou passada, de cuja realização temos alguma dúvida” e leva à servidão. Um indivíduo premido pelo medo do envelhecer, pela exclusão social, amedrontado pelas estatísticas de doenças e fragilidades pode tornar-se um bom consumidor de mercadorias e produtos, cirurgias, medicamentos, práticas corporais. O mesmo medo de envelhecer que leva à reprodução de preconceitos, ao idadismo e continua construindo estereótipos sobre a velhice e o envelhecer.

Como o medo da doença, da fragilidade, da dependência, da velhice, do corpo fora dos padrões pode ser produzido, mobilizado e transformar-se em motor de obediência a ditames para o bom envelhecer? Tomamos o medo como afeto biopolítico, como elemento apto a direcionar subjetivações.

“Por afeto compreendo as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada, e, ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções” (Spinoza, 2008, p.163). Afetar e ser afetado refere-se a passagem, transição de uma perfeição menor a uma maior – alegria -, ou de uma maior a uma menor – tristeza. Assim, correlacionamos o medo, que se refere a um afeto triste segundo a tipologia de Spinoza, como elemento que diminui a potência de agir de um corpo ou sua força de existir.

Entendemos que a autorresponsabilização e autorregulamentação, que levam à boa velhice – segundo as prescrições postas -, é aquela onde o trabalho representa fonte de prazer e ocupa lugar central da vida, aliado à perspectiva de segurança e possibilidade do consumo. Da mesma forma, a dieta alimentar, os exercícios para o cérebro e para o corpo, a vida “ativa” insere-se em um contexto, onde a palavra risco adquire importância absoluta e passa a ser explorada como novo mecanismo de controle: deve-se administrar os riscos à saúde, à morte e o risco à juventude, representado pelo envelhecer.

Assim, o aumento da população de velhos, na contemporaneidade, acaba por configurar-se como problema político e traz como consequência da biopolítica um assujeitamento da subjetividade ao modelo do envelhecimento saudável e ativo.

Na pesquisa, *Idosos no Brasil (2006)*, realizada em meados da primeira década dos anos 2000, os respondentes, ao serem questionados sobre “as piores coisas que viriam com a idade”, apontam as debilidades físicas, a dependência, a perda de autonomia e a discriminação social.

A perda de autonomia e a dependência surgem novamente no questionamento sobre “percepções sobre a morte”. A maioria assegura não ter medo da morte, grande parte respaldando-se na confiança em Deus, a quem a vida pertence, e na crença de uma vida eterna, mas a perda da autonomia e a dependência, além do sofrimento e dor, são temores e medos mencionados.

As formulações destinadas à posituação da velhice, preconizada em documentos e formulações, acabam, na verdade, por subjugar o envelhecimento, e, quem envelhece, a ordenações e modelos que se justificam e agrupam seguidores, também, através do medo.

Lembramos aqui do atual jargão, amplamente utilizado dos “novos velhos”. Uma contradição de termos que tem sua razão de ser, uma vez que se joga com uma formulação como se fosse uma disposição para ser diferente - para contrariar um estereótipo - e, no entanto, é a juventude fixada como referência de uma existência segura.

Assim, nos deparamos com uma prática discursiva que, em suas proposições, procura harmonizar esperança e a segurança e carrega, ao mesmo tempo, seu contraponto - o medo e o desespero.

Nesse âmbito do campo das proposições direcionadas à posituação da velhice, uma série de relações e formulações constrói uma política de afetos tristes, que se efetiva numa forma de controle, exatamente pelo seu caráter biopolítico. Ou seja, formulações que paralisam corpos, regulando-os de acordo com modelos controlados, que esvaziam a possibilidade de descobertas e criatividade. Tais modelos mobilizam devires perversos e pouco acolhedores na medida em que permitem e estimulam estados de servidão fechados sobre si mesmos.

Na moralização da vida, que estabelece e determina a escolha entre o bem e o mal, é que se manifestam a culpabilização, o ressentimento e o desespero. Entendemos que tais sentimentos e percepções podem ser provocados, ou serem consequência de todo um complexo de informações, ações e orientações que têm por objetivo o “envelhecer bem”, e, quando tais orientações apresentam-se na forma de injunção por meio de normas e regulações e criam tal pressão - para que todos

se incluam nos padrões e sigam modelos prescritos - acabam por constituir-se como opressão e dominação, particularmente, em uma sociedade onde o trabalho, a produção, a independência são fundamentais. Conforme Foucault (2014, p.10) “[...] suponho que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos [...]”.

Os modelos comandam os comportamentos, a reprodução e a passividade de tal maneira que qualquer menção à fuga das subjetivações modelares passa a ser temida e questionada. Nesse sentido, qualquer disposição para a invenção e reinvenção da vida, para descoberta de novos modos de existência, é percebida com desconfiança.

Importa aqui destacar que tais considerações apoiam-se na perspectiva da opção da vida ou na invenção de um modo de vida ético, a vida ética em oposição à vida moral. Uma ética que se pauta pela não obediência aos códigos de comportamento estabelecidos, e sim, por uma maneira de relação consigo.

Noto que estou ficando velho. Porque desaprendi a caminhar na rua. Fico tonto em meio à multidão. Enrosco e desenrosco. Estou parecendo um parafuso. Frouxo.

Noto que estou ficando velho. Porque agora eu sou mais pontual. Tenho acordado animado para tomar café com leite. Eu que nunca gostei de leite. E estou proibido de tomar café.

Noto que estou ficando velho. Porque tenho contado nos dedos o número de amigos. Verdadeiros. Alguns já estão morrendo. Tão cedo. Cedo.

Noto que estou ficando velho. Porque detesto grito de criança. E latido de cachorro. E nem tenho ouvido tanto grito e latido. Meu ouvido anda mouco.

Noto que estou ficando velho. Porque me deu na cabeça de fazer um jardim. Juro. Estou entendendo tudo sobre adubos. Flores. Vivo cheio de amores por um beija-flor.

Noto que estou ficando velho. Porque acabei de escrever um romance. Deixei os contos de lado. Os microcontos. Minha alma diz que cresci. Até que enfim. Maduro.

Noto que estou ficando velho. Porque não me olham do mesmo jeito. Quando eu passo. Havia algo em meu peito que chamava a atenção. Agora é só tosse. E solidão.

Noto que estou ficando velho. Porque hoje estou mais feliz. Garanto. Dono de meu tempo. Nem penso na morte. Estou ficando velho. Nesta vida. Eis a minha grande sorte.

De forma bem-humorada, Marcelino Freire (2017) apresenta alguns dos medos e temores que recobrem a velhice: a morte, as perdas dos amigos, a solidão, a necessidade de dietas para, finalmente, atento às variações contínuas em sua força de existência, de sua potência de agir, em uma perspectiva que vislumbra e referencia o acolhimento de sua velhice, assume: “Noto que estou ficando velho. Porque hoje estou mais feliz. Garanto. Dono de meu tempo. Nem penso na morte. Estou ficando velho. Nesta vida. Eis a minha grande sorte.”.

Ao optarmos por uma existência moral, nos baseamos no que é certo ou errado, em regras coercitivas, e escolhemos o enfraquecimento da vida.

Tendo em vista a reflexão sobre o uso do medo como dispositivo, que promovemos aqui, lembramos que apesar de sabermos estarmos permanentemente sob controle, o medo que nos captura pode nos transformar, justamente, em agentes do que queremos negar.

Considerações

Olhar para o envelhecimento sob uma ética da existência exige a substituição da moral do dever. Pautar-se por um pensamento ético supõe desprender-se do dever e da obediência uma vez que a ética é o que somos ou não capazes de fazer e não de dever. Não há como negar que quando envelhecemos nossa potência de agir, nossa força de existir se altera e nosso poder de ser afetado se transforma e se modifica.

Saber envelhecer é entender e aprender o que é adequado para si, a partir das próprias experiências e vivências. Mudar o lugar que ainda está reservado à velhice como estado de carência e perdas, para a possibilidade de um modo de vida singular.

Provocar a reflexão sobre o que está posto nos dispositivos que cercam a velhice e nas subjetividades criadas. Pensar que há sim outras formas possíveis de

existir, pois, ainda que a existência esteja submetida a ordenamentos, controles, disciplinas não é dominada completamente, há sempre frestas por onde escapar.

Além disso, somente a reflexão sobre nosso cotidiano e o que nos cerca pode nos permitir olhar, sob outra perspectiva, o que está posto e nos auxiliar a evitar o que nos leva a valorizar, justamente, aquilo pelo qual somos dominados e explorados.

O que consideramos fulcral é a percepção de como os dispositivos de poder colonizam nosso modo de ver, falar e agir sem nos darmos conta, e de como a liberdade, no sentido de responsabilizar-se por si, da gestão de si mesmo, pode ser inventada em pequenos atos de resistência, que nos permitem escapar da programação e ir ao encontro de um modo singular de produzir nossa existência como existência ética.

Fica a consideração: como podemos, cotidianamente, resistir e produzir exercícios de liberdade?

Referências

Agamben, G. (2009) **O que é contemporâneo?** e outros ensaios. Trad. Vinicius Nicastro Honesko. 1. ed. Chapecó: Argos.

Azevedo, C. & Souza, I (2016). Os públicos experientes que habitam o Sesc em São Paulo. **Revista Mais 60: estudos sobre envelhecimento**. São Paulo, v.27, n. 65, p. 52-69.

Deleuze, G. **Abecedário de Gilles Deleuze**. Transcrição integral do vídeo de entrevista concedida a Claire Parnet. Disponível em <http://escolanomade.org/wp-content/downloads/deleuze-o-abecedario.pdf>. Acesso em 19.dez.2015.

Foucault, M. (1985a). **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal.

Foucault, M. (1985b). **História da sexualidade III: o cuidado de si**. Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal.

Foucault, M. (1993) **O anti-édipo: uma introdução à vida não fascista - Prefácio à edição americana**. Trad. Fernando José Fagundes Ribeiro. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, v. 1, n. 1, p.197-200.

Foucault, M. (2004). **A hermenêutica do sujeito**. Trad. Márcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

Foucault, M. (2006). **Microfísica do poder**. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 22 ed. Rio de Janeiro: Graal.

Foucault, M. (2008a). **Nascimento da biopolítica**. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2008). **Segurança, Território, População**. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2014). **A ordem do discurso**. Trad. Laura Fraga. 24. ed. São Paulo: Loyola.

Lopes, E. e Pack, M. (2007). Representação social de crianças acerca do velho e do Envelhecimento. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 12, n. 2, p.141-148.

Freire, M. **Estou ficando velho**. Disponível em <https://marcelinofreire.wordpress.com/2013/06/10/estou-ficando-velho/>. Acesso em 20.nov.2017.

Ramos, A. (2009). O Corpo-bagulho: ser velho na perspectiva das crianças. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v.34, n. 2, p.239-260.

Sêneca. (2008). Da qualidade da vida comparada com sua duração. In: Sêneca **Aprendendo a viver**. Trad. de Lúcia Sá Rebello. Porto Alegre: L&PM.

Spinoza, B. (2008). **Ética**. Trad.Tomaz Tadeu. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editôra.

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

Villas Bôas, M.H. (2007). Medo de envelhecer ou de parecer? **Revista Kairós**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 19-44.

CAPÍTULO 04 – EDUCAÇÃO PARA O SUPORTE SOCIAL E SATISFAÇÃO COM A VIDA EM IDOSOS

Lúcia Cunha
Fernando Pereira
Armando Loureiro

Nas últimas décadas a sociedade portuguesa e europeia têm registado um evidente envelhecimento populacional. Na maioria dos países europeus a proporção da população idosa e o índice de envelhecimento são deveras preocupantes e as projeções demográficas anunciam o seu agravamento. De acordo com Giannakouris (2015), para os 27 países da União Europeia (UE27), a população com mais de 65 anos aumentará dos atuais 17,1% para 30,0% no ano de 2060 e o índice de dependência dos idosos aumentará, no mesmo período, de 25,4% para 53,5%; ainda segundo a mesma publicação, Portugal segue quase fielmente os valores médios encontrados para o EU27. Paralelamente, no caso português, assiste-se a um número crescente de idosos vivendo sozinhos ou na companhia de outros idosos, conseqüentemente, o tradicional sistema de entreaajuda que garantia o devido apoio e cuidados prestados aos idosos, nas pessoas, amigos e vizinhos, encontra-se ele também bastante debilitado (Pereira, 2014). Isto ocorre quer no interior despovoado do país, quer nos bairros anônimos das grandes cidades do litoral.

A sociedade terá de acomodar este fenómeno social, procurando, por um lado, inverter os indicadores demográficos e, por outro, atender às necessidades de um grupo social com bastante tempo livre, com muito potencial social, com conhecimento e cultura, mas que corre o risco de exclusão social e conseqüente desagregação da sociedade.

Na perspetiva do ciclo de vida, a terceira e quarta idade, comumente designadas por velhice, são etapas de profunda reconstrução identitária dos indivíduos, caracterizadas pela perda e ganho de novos papéis sociais (Carrajo, 1999; Pereira, 2012; Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004), designadamente: cessação total ou parcial da atividade profissional, perda de familiares e amigos, adaptação a situações de debilidade, processos de institucionalização, necessidade de lidar com mudanças do corpo e imagem, possibilidade de novas aprendizagens e

novas relações, por exemplo. Enquanto processo social, estas etapas também dizem respeito ao entorno social e familiar do idoso, ou seja, tal como a pessoa idosa também os seus significativos mais próximos vivenciam esses fenômenos.

O desenvolvimento individual é um processo natural e contínuo em que as etapas do ciclo de vida se sucedem e, com elas, a aquisição e desenvolvimento de competências. Em conformidade, a preparação para encarar as circunstâncias da velhice deve ser prevista e preparada garantindo, como sugere Erikson (1972) na sua teoria do desenvolvimento psicossocial, que o indivíduo experimente uma sensação de integridade e satisfação com o seu percurso de vida e, acrescentámos nós, com conforto, segurança e a felicidade possível. Importa também relevar que embora existam características próprias comuns aos idosos, não pode, em circunstância alguma, ser ignorada a subjetividade que torna o indivíduo singular no grupo social.

Neste capítulo partimos do indivíduo (o idoso), das suas circunstâncias (no caso a sua satisfação com o suporte social e a sua satisfação com a vida) e as suas competências e interesses, para chegar a propostas para o desenvolvimento de estratégias socioeducativas e de animação sociocultural, no pressuposto da vida ativa e plena. Nos pontos seguintes procuramos ilustrar como a educação, a animação sociocultural e o envelhecimento ativo se podem conjugar como promotores do desenvolvimento pessoal dos idosos e garantir a satisfação com o suporte social e a satisfação com a vida.

O lugar da educação

O processo educativo acompanha o homem durante todo o seu ciclo vital. O homem está sempre em construção e a educação é um dos recursos desse processo de construção contínua. A educação é permanente e ocorre sob as mais diversas modalidades e tipos, que podemos sistematizar em educação formal, não formal e informal (Silvestre, 2013; Trilla Bernet, 1998). Portanto, também ocorre para e com os idosos, sobretudo através de práticas educativas não formais (organizadas, específicas, assentes em metodologias dialógicas e participativas) e informais (difusas e que ocorrem em simultâneo a outras situações sociais).

No entanto, o papel que a educação, sobretudo a não formal, pode e deve ocupar nesta população está, ainda, em diversos contextos geográficos e sociais, subaproveitado para que se possa afirmar que se trata de um instrumento

determinante de apoio ao suporte social e que contribui de forma significativa para a satisfação com a vida nos idosos. A função da educação é fazer com que os idosos continuem a participar na sociedade, nos meios sociais de que fazem parte e nos quais estão integrados, e que o façam, sempre que possível, com uma consciência crítica e criativa, é prevenir declínios prematuros tanto físicos como cognitivos.

Quando se pensa a organização de processos educativos para e com os idosos há um conjunto de princípios e de cuidados que devemos ter presentes. Antes de mais nada, não existe o Idoso, existem idosos. Ou seja, trata-se de uma categoria social que não é homogênea, é multidimensional e complexa. Para além da idade em si mesma, há uma série de outras variáveis que têm de ser tidas em conta, como, por exemplo, o nível de escolaridade, a situação económica e social, a condição física e mental dos idosos.

Na nossa perspetiva, tais processos educativos, não devem assentar em metodologias assistencialistas, que se baseiam no modelo deficitário do envelhecimento e encaram o idoso, essencialmente, de forma homogênea e uniforme (Osorio, 2005). Como referimos acima o idoso é complexo, é multidimensional, é heterogêneo e é em si mesmo um enorme recurso educativo. Portanto, fará sentido ter em conta os seus saberes, conhecimentos e também, naturalmente, as suas verdadeiras necessidades, fará sentido conhecer as situações concretas dos idosos com que se vai trabalhar do ponto de vista educativo, dialogando com eles, fazendo com que se sintam implicados no processo.

Não negando a importância da educação formal/escolar, quando se trata de pensar e concretizar a educação nesta população é mais apropriado o uso dos princípios da educação não formal, mesmo que o objetivo seja, por exemplo, alfabetizar pessoas idosas. Este modelo parte das pessoas, dos seus contextos, encara-as como um recurso, é interativo, é bilateral, assenta na comunicação dialógica (Freire, 1987), permite encarar os idosos como agentes educativos. Neste tipo de processos educativos as aprendizagens a serem feitas não ocorrem de forma simplesmente abstrata e descontextualizada, pelo contrário, têm em conta os contextos, a vida dos idosos.

Por fim, quando se pensa a educação para e com e para idosos convém ter presente que centrar a ação de forma exagerada apenas nessa mesma categoria pode contribuir para o seu isolamento. Por isso, é pertinente pensar e executar

processos educativos que favoreçam a interação intergeracional e a participação dos idosos em diversas ações culturais e sociais de forma não segregada.

A concretização destes princípios que, sumariamente, enunciámos, podem ser, e na verdade já são, materializados em vários espaços e âmbitos de atuação, nos quais a educação e os seus profissionais (educadores sociais, educadores de adultos, pedagogos com orientação gerontológica, entre outros) têm um papel relevante a desempenhar, contribuindo de forma mais significativa para uma vida ativa da população idosa. Vejamos alguns desses espaços e âmbitos (Mínguez, 2004; Sáez Carreras, 2003).

Uma das possibilidades é a realização de programas de educação para a saúde e o autocuidado. A principal finalidade é contribuir para o aumento do conhecimento sanitário para que se consiga diminuir comportamentos de risco, por exemplo, ao nível da alimentação.

O serviço domiciliário pode e deve, na nossa perspetiva, incluir uma ação socioeducativa. Neste caso, o papel dos profissionais da educação pode passar, entre outras atividades, pela organização de ações de formação para o pessoal técnico e auxiliar de ajuda ao domicílio, pela intervenção socioeducativa junto da família do idoso, pela preparação deste para participar em ações de voluntariado, por proporcionar ao idoso um serviço de biblioteca e de consumo de outros bens culturais.

A intervenção educativa também pode ocorrer nos centros de dia. Nestes contextos a figura do educador é essencial. Ele pode, a partir de um estudo prévio de diagnóstico, organizar várias atividades, como seja educar para a participação cívica, cultural, para o tempo livre, para a criatividade, para o seu renascer, para a autoestima.

O mesmo se pode afirmar em relação aos centros residenciais. Apesar de existir uma evolução positiva no sentido de uma maior abertura destes contextos ao meio onde estão inseridos, a verdade é que muitos destes centros ainda se encontram muito fechado sobre si mesmos. Esta realidade pode ser fator de maior isolamento dos idosos que aí se encontram. Quem vive nestes espaços dispõe de muito tempo de ócio, por isso, o papel do educador é, uma vez mais, fundamental, ele deve, inclusive, ser um dos recursos humanos destas organizações para contribuir para que os idosos vivam efetivamente nessas instituições. O seu papel educativo deve estar centrado e ter em conta os idosos, a instituição e o meio. Os

programas a realizar podem ser vários e passar por diversas atividades, tais como, por exemplo, realização de leituras, de exercícios de dinâmica de grupos, de atividades físicas, de convívios e encontros com idosos de outras instituições, nos quais se realizem ações de caráter cultural e educativo – peças de teatro, exposições, etc.

As universidades seniores, da terceira idade, são dos espaços educativos mais conhecidos e reconhecidos na e para esta categoria etária. Elas existem desde há longa data, organizam-se sob diferentes formas, realizam diversas ações, atividades, cursos e surgem, diversas vezes, como espaços de aprendizagem, socialização e de envelhecimento ativo (Loureiro & Esteves, 2013). Apesar disso, não será excessivo lembrar as metodologias que devem estar presentes nestes espaços educativos: motivadoras, promotoras de desenvolvimento pessoal, grupal e comunitário, dialógicas (partindo dos interesses, aspirações e saberes dos idosos), participativas, cooperativas, flexíveis, personalizadas, diferenciadas.

A entrada na idade da reforma é uma fase que pode ser complexa, trata-se de uma transição que pode ser acompanhada por um sentimento de vazio. Por isso, existem programas educativos em vários países que ajudam a ver nesse período uma oportunidade para um novo começo, para uma nova atividade, para um assumir de novos papéis sociais. Esses programas preparam as pessoas para o ócio e têm-se centrado, de forma resumida, em torno das seguintes tendências: desenvolvimento da autoestima, na promoção das relações interpessoais, no autodescobrimento, na redescoberta da criatividade.

Por fim, referimos os programas de educação intergeracional, que podem ocorrer em diferentes contextos: centros de dia, centros comunitários, residências, escolas. Nestes, a interação entre crianças/jovens e idosos pode ser feita de uma forma indireta, através da inclusão nos currículos de aspetos relativos a essa faixa etária, por forma a proporcionar aos jovens um maior conhecimento sobre os idosos. Mas, pode e deve ser feita, sobretudo, através do contacto direto entre ambos, o que permite um melhor interconhecimento, mais respeito mútuo, trocas de conhecimentos específicos de cada uma das gerações. Tais momentos educativos podem passar por várias modalidades, como, por exemplo, através da criação de oficinas que se baseiem na metodologia do aprender a partir do fazer.

Todas estas e outras atividades educativas devem ter sempre presente os princípios acima enunciados, caso contrário podemos estar a criar programas,

atividades para idosos, mas não com os idosos. Podem até tratar-se de programas bem-intencionados mas com resultados práticos pouco ou nada satisfatórios para quem neles deve participar efetivamente: os idosos.

O lugar da Animação Sociocultural

A Animação Sociocultural (ASC), enquanto metodologia de intervenção com características próprias, embora não exclusivas, e enquanto prática social, tem um contributo significativo no desenvolvimento social e na resolução de questões sociais, como o envelhecimento. Deste modo, procuramos autores que nos permitiram compreender a ASC como metodologia de intervenção e transformação da realidade.

A partir da análise de diversas definições de ASC Lopes (2006) assinala a sua pluralidade conceptual traduzida em diferentes expressões: “*processo de consciencialização*”; “*desenvolvimento e autodesenvolvimento*”; “*participação*”; “*transformação*”; “*metodologia ativa/método*”; “*conjunto de práticas*”; “*intervenção*”; “*estímulo*”; e “*conjunto de técnicas*”. Portanto, continua o autor, não poderá haver uma definição “*unívoca, necessariamente redutora e parcial, sobretudo quando tem a pretensão de fixar o que, por natureza, é infixável*” (Lopes, 2006). Referindo-se aos âmbitos da ASC, o mesmo autor, refere a dimensão etária; a dimensão espacial de intervenção (animação urbana, animação rural) e dimensão temática (a educação, o teatro, os tempos livres, a saúde, o ambiente, o turismo, a comunidade, entre outros).

Sobre os paradigmas teóricos da ASC Caride enfatiza que:

[...] enquanto referente de mudanças possíveis e necessárias na sociedade e como compromisso com uma sociedade em contínua transformação, a ASC baseia-se em conceções do Homem, do mundo e no papel da cultura, na elaboração de novas formas de relacionamento, expressão e comunicação, bem definidas, embora não dogmáticas mas que vão orientar a sua ação sempre com o intuito de consolidar o protagonismo de cada sujeito no aperfeiçoamento progressivo da sua existência, pautada de valores e experiências que permitam “a tomada de consciência dos cidadãos, para a liberdade, justiça, igualdade e pluralismo” (Caride, 2004, p. 45).

Segundo o autor o pluralismo teórico, como forma de explicar a mesma realidade sob diferentes pontos de vista, ou “diferentes formas de perguntar e responder o mundo”, permite um entendimento global das realidades sociais complexas, através de uma diversidade metodológica e transdisciplinaridade (Caride, 2004). Assim, para o autor, na ASC, o pluralismo teórico “coincide com a pluralidade política das sociedades que subscrevem as suas propostas a favor de uma democracia cultural que estimule a participação de todos os grupos sociais” (Caride, 2004: p. 50) e coaduna-se com o seu propósito de processo cultural ao serviço do desenvolvimento pessoal e coletivo dos cidadãos.

Para Trilha Bernet (2004) ao conceito de ASC está subjacente o conceito de cultura partindo da sua acessão antropológica onde estão incluídos conhecimentos, valores, arte, leis, moral, costumes, tradições, bem como hábitos e capacidades adquiridos e que se transferem socialmente. Este autor estabelece a ligação entre ASC e alguns conceitos próximos da ASC, tais como: educação permanente, educação social, pedagogia social, educação não formal e informal, pedagogia do ócio e educação dos tempos livres. A ASC, na sua vertente educativa, enquadrar-se-ia na educação não formal considerando contextos de atuação institucionais tais como: centros de educação de tempos livres, associações, estabelecimentos de ensino e suas atividades formais e não formais.

De um modo geral, compreendemos que a abordagem do idoso como ator social não pode ser desligada da perspectiva de sujeito com as suas características individuais que o torna tão singular como qualquer outro. Contudo o facto de pertencer a uma determinada faixa etária contribui para que este grupo de atores sociais tenha algumas especificidades biopsicossociais (Fonseca & Paúl, 2006), nomeadamente: a tendência para a diminuição da sua rede de relações sociais, uma maior disponibilidade de tempo livre, o descomprometimento com algumas das suas responsabilidades sociais inerentes à vida ativa, limitações devidas ao envelhecimento primário e/ou secundário, grupo possuidor de um capital de conhecimento e de experiência de vida que importa preservar, entre outros. Todos estes aspetos podem ser facilmente considerados em processos de intervenção da ASC.

A ASC permite compreender e intervir na realidade social dos idosos e do envelhecimento dado que a percebe considerando aspetos essenciais, tais como: envelhecimento ativo, intergeracionalidade, educação ao longo de todo o ciclo de

vida, inclusão social, entre outros. Diversos autores enraízam as suas estratégias de intervenção tendo em conta estes aspetos, com o fim de contribuir para o bem-estar dos idosos (Gómez Garcia, 2013; Ruiz Delgado, 1995; Sáez Carreras, 2003).

A ideia de vida ativa

A ideia de vida ativa em vez da ideia de envelhecimento ativo. Em publicação anterior (Pereira, 2012), a propósito do envelhecimento ativo, propusemos a sua substituição pela ideia de vida ativa. Neste ponto fazemos a atualização desta escolha e perspetiva, pois pensamos que ela serve melhor o interesse dos idosos e da sociedade em geral.

O envelhecimento ativo deve ser a expressão plena, vivida em total liberdade, do último estágio do desenvolvimento dos indivíduos, que, na lógica de Erikson (1972) tal como iniciamos no início do capítulo, visa a integridade do *self*, em que ideias, desejos, sonhos, devem ser, tanto quanto o possível, potencializados. A vivência positiva destes estádios de desenvolvimento é fundamental à construção de uma identidade saudável e coerente capaz de enfrentar os desafios da vida durante toda a vida. Nestes termos, a biografia do indivíduo tem de ser levada em devida conta, assumindo-se como a referência maior.

A continuidade de uma narrativa (identidade biográfica) nas palavras de Giddens (2001) é essencial para os indivíduos integrarem de forma eficaz os eventos escolhidos da interação contínua com os outros e com o mundo exterior. Mendes (2001), malgrado a necessária flexibilidade das interações e arranjos sociais, assinala que o indivíduo, por outro lado, tem necessidade de manter a coerência interna na forma como percorre a vida. Assim salvaguardando a diversidade dos contextos identitários e a coerência biográfica podemos apontar três lógicas de planeamento e desenvolvimento das atividades e ação para os idosos.

Primeira - continuidade, na lógica da continuidade ou da coerência identitária, na terceira e quarta idade, aliviados das obrigações da atividade profissional, os indivíduos devem aproveitar o dia (*carpen dien*) para se dedicarem a outras atividades, do seu agrado e da sua escolha, que antes se encontravam restringidas ou comprometidas; todos os indivíduos têm um qualquer interesse para além da sua atividade profissional o qual pode então ser explorado e desenvolvido. Ainda nesta lógica, a própria continuidade da atividade profissional deve ser incentivada, embora num ritmo e com objetivos diferentes; o trabalho a tempo parcial, o voluntariado, o

trabalho a título gracioso, ou os “biscates” descomprometidos, encontram aqui condições de expressão.

Segunda - descoberta, na lógica da descoberta ou da experimentação, potenciando a neotenia, a terceira e quarta idade, são igualmente etapas de aprendizagem, de curiosidade e de apetência pelo lúdico, logo, a experimentação de novas atividades deve ser estimulada. Todavia a experimentação deve partir de um impulso interior do idoso que pode, ao não, ser suscitado pelo contexto em que está inserido. Os idosos nunca devem ser forçados a participar em atividades nas quais não estejam minimamente interessados, particularmente em atividades que tenham um carácter regular. A não observação deste cuidado pode conduzir a fenómenos de desintegração do *self* como é o caso da infantilização dos idosos e da omissão ou minimização do determinante género e cultura, por exemplo.

Terceira - compensação, na lógica da compensação, ou do equilíbrio, a terceira e quarta idade, são etapas que podem ser aproveitadas para compensar uma vida dura de trabalho seja do ponto de vista físico ou intelectual, ou então para compensar uma vivência relativamente isolada, ou ainda para corrigir e minimizar vulnerabilidades do foro físico, mental ou social. Tem lugar o descanso e a vontade de descansar (tantas vezes ouvido aos idosos), ou poderá fazer sentido iniciar uma atividade estimulante que ajude a desentorpecer o corpo ou a alma, ambos cansados ou mesmo maltratados. A ideia de “mimo”, autoconcedido e/ou proporcionado por outrem parece-nos fazer aqui todo o sentido. Dentro desta lógica podemos imaginar uma quarta lógica que denominaríamos de “lógica de rutura” que faz sentido quando importa mitigar debilidades físicas e psicoafectivas do indivíduo como as resultantes de situações de solidão, maltrato, desgaste físico provocado pelas provações e privações da vida.

Estas lógicas de construção identitária não são mutuamente exclusivas, pelo contrário, é perfeitamente possível e até desejável, que a escolha de uma atividade ou ação com os idosos possa ser simultaneamente de descoberta e de compensação. Por exemplo a natação ou a hidroginástica podem se constituir como atividades de descoberta e ao mesmo tempo de compensação de alguma vulnerabilidade física ou postural devida a uma vida de trabalho. O que é fundamental em que as atividades propostas façam sentido para o idoso e que lhe reforcem o sentido de utilidade.

A ideia de vida ativa tem vários méritos sobre a ideia de envelhecimento ativo, designadamente: (1) desdramatiza a questão controversa de se determinar com exatidão o momento da senescência e do declínio psicossocial dos indivíduos; (2) atenua o risco de crise identitária da entrada na reforma, pois, de facto, na atualidade, os marcos de passagem das diferentes etapas de vida (que são construções sociais) são cada vez mais difusos e flutuantes; (3) é facilitadora do desenvolvimento de atividades intergeracionais espontâneas; (4) diminui o risco de idadismo e de qualquer atitude promotora de exclusão social baseada na idade dos indivíduos; (5) diminui o risco de substituição da estereotipia baseada na incapacidade do idoso pela estereotipia da sua capacidade plena (Fonseca, 2006).

A interiorização desta ideia assim como a sua observação ao nível das práticas é um processo que carece de ser construído socialmente, é uma mudança geracional a ser alcançada gradualmente. O reforço de programas educacionais (nível escolar e profissional) no sentido da inclusão social e da vida ativa e outrossim a melhor articulação das políticas sociais e dos atores institucionais no terreno são instrumentos essenciais para o alcance de uma vida mais ativa, mais compensadora, mais feliz.

O envelhecimento ativo não é um desiderato alcançável com políticas ou programas de desenvolvimento avulso e sectoriais. O envelhecimento ativo deve fazer parte de uma estratégia de desenvolvimento que proporcione a cada cidadão toda uma vida ativa vivida com qualidade, isto é, deve corresponder ao ideal de uma sociedade inclusiva. Simplificando, às vezes é mais útil simplificar do que complicar, *carpem diem*, aproveitem o dia ou gozem o dia, fazendo aquilo que ainda podem e desejem fazer em cada momento.

Enfoque metodológico

A literatura científica oferece diferentes definições de suporte social coincidindo, todavia, na ideia da disponibilidade de outros significativos de quem os idosos podem esperar apoio a diferentes níveis. Ribeiro (2011), suportado em diferentes autores, define suporte social como a disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós, reforçando que a rede de apoio social é composta pelo conjunto de sistemas (cuidados formais, explicitamos nós) e de pessoas significativas (cuidados informais) que compõem os elos de relacionamento recebidos e percebidos do indivíduo.

Domingues (2012) assinala que as relações sociais podem resultar de um vínculo, forte ou fraco, que determina a sociabilidade e a mobilização de recursos, sendo que os laços fortes facilitam a mobilização de recursos designadamente aqueles de âmbito pessoal ou informal. Ainda de acordo com Ribeiro, (2011) diferentes autores referem diferentes tipos de suporte social designadamente: suporte social psicológico e não-psicológico, o primeiro referindo-se aos afetos e o segundo ao tangível e material; suporte social percebido *versus* suporte social recebido, o primeiro referindo ao suporte social que o indivíduo percebe como disponível se precisar dele e o segundo que descreve o suporte social efetivamente recebido por alguém; suporte formal, que diz respeito às organizações formais (serviços de saúde, serviços de apoio aos idosos) e informal que emanam das relações de familiares, vizinhança e amizade, que tanto prestam cuidados de natureza mais material e instrumental como afetiva e de proximidade.

Relativamente à satisfação com a vida, nas palavras de Simões (1992), ela diz respeito ao grau de contentamento do indivíduo face à forma como a sua vida tem decorrido; um juízo subjetivo sobre a qualidade da própria vida, por relação a padrões estabelecidos pelo sujeito (por exemplo, a saúde, a riqueza), e não fixados por outrem. Costa (2013), citando vários autores (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Paúl & Fonseca, 2005; Tooth et al., 2008; Westaway, Olorunju e Rai, 2007), assinala que a satisfação com a vida, no envelhecimento, é geralmente influenciada pelas alterações físicas, mentais e sociais e também pela perceção que o indivíduo tem de si próprio. A mesma autora, também citando vários autores (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Diener, 2000; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Galinha & Ribeiro, 2005), lembra que o bem-estar subjetivo inclui uma componente de julgamento cognitivo, caracterizada pela satisfação com a vida em domínios específicos (como a capacidade física e mental ou os relacionamentos sociais) e uma componente emocional, esta caracterizada pelo equilíbrio entre aspetos positivos e aspetos negativos relatados pelo indivíduo. Deste modo, apoiada Diener (2000), a autora refere que a satisfação com a vida assume um papel importante na avaliação que o indivíduo faz da mesma, ou seja, o balanço entre expetativas/desejos e a perceção do estado atual.

Como instrumentos de recolha de dados foram utilizadas a Escala de Satisfação com a Vida (ESV) validada por Simões (1992) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) validada por Ribeiro (2011). Para a versão espanhola

da ESV utilizámos a versão validada por Diener et al. (1985), Atienza et al. (2000) e Pons et al. (2002) de acesso livre no site da Universidade de Valência (<https://www.uv.es/uipd/cuestionarios/accesolibre/ESV.pdf>). Para a versão espanhola da ESSS procedemos à sua validação sociocultural. A escolha da ESV prendeu-se com a sua reconhecida utilidade e validade psicométrica e também, nas palavras do autor que a validou para a população portuguesa Simões (1992) os retoques na tradução da escala original, tornou-a mais adequada a populações de diferentes idades e níveis culturais. Por outro lado, é uma escala pequena de fácil aplicação que nos pareceu apropriado para não sobrecarregar o entrevistado. A opção pela ESSS baseou-se na sua abrangência dado que estuda cinco dimensões do suporte social (amizade, intimidade, família e atividades sociais), todas relevantes face aos nossos objetivos de contribuir para a proposta de ações e medidas que melhorem a cidadania ativa dos idosos e a sua satisfação com a vida. Este instrumento permite ainda avaliar o contributo das redes informais as quais, segundo Domingues (2012), oriundas dos vínculos de parentesco, vizinhança e comunidade, em parceria com a rede formal formada pelo conjunto de instituições públicas, em especial, as da área social e saúde, representam o desafio que se tem para trabalhar-se as questões que envolvem o envelhecimento.

A população em estudo é a população idosa residente em ambiente rural dos municípios de Chaves (Portugal) e Verim (Espanha) na qual vive uma população de cerca de 53000 indivíduos dos quais cerca de 14000 são idosos. Trata-se de um território muito despovoado, muito envelhecido e com baixa dinâmica económica e social. Foram realizados 60 inquéritos a idosos portugueses e espanhóis, tendo a amostra sido constituída de forma não probabilística. Foi efetuado o pré-teste do questionário com cinco idosos com características sociodemográficas similares aos da amostra, tendo o mesmo se revelado funcional.

Aos idosos foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados e o seu uso exclusivo para fins académicos e científicos. No início da interlocução com os idosos procedemos sempre à nossa identificação e esclarecimento dos nossos objetivos e da finalidade da informação recolhida. Foi dito aos idosos que eles poderiam recusar a responder a qualquer questão e que poderiam por termo ao inquérito e/ou entrevista quando o desejassem.

Resultados

O grupo de idosos em estudo revela ser muito homogêneo quanto às suas características sociodemográficas (Tabela 1). A média de idades ronda os 76 anos e os anos de permanência média no local de residência é de cerca de 57 anos. Quanto ao sexo a amostra é equilibrada a maioria (58,3%) é casado ou vive em união de facto e vive com o companheiro/a (51,7%). A maioria vive em habitação própria (96,7%) do tipo rural/tradicional (78,3). A escolaridade é baixa, 35% não têm escolaridade alguma e 60,0% apenas o ensino básico. Todos os idosos do estudo indicam como rendimento as pensões com destaque para a pensão de reforma.

Tabela 1 – Principais dados sociodemográficos dos idosos da amostra (n=60)

	med±dp	
Idade (média de idades)	76,1±6,41	
Permanência no local de residência	54,6±24,34	
	n	%
Nacionalidade		
Portugal	30	50
Espanha	30	50
Sexo:		
Feminino	29	48,3
Masculino	31	51,7
Estado Civil:		
Solteiro/divorciado/separado	8	13,3
Casado/união de facto	35	58,3
Viúvo	17	28,3
Agregado:		
Vive só	13	21,7
Vive c/ companheiro(a)	31	51,7
Outras situações	16	26,7
Tipo de Habitação:		
Rural/Tradicional	47	78,3
Moradia	13	21,7
Vínculo da Habitação:		
Própria	58	96,7
Cedida	1	1,7
Outra	1	1,7
Escolaridade:		
Sem escolaridade	21	35
Ensino básico	36	60
Ensino secundário/superior	3	5
Fontes de Rendimentos:		
Pensão de reforma	51	85
Pensão de sobrevivência	3	5
Pensão social	6	10

Fonte: Dados do estudo

Os idosos do estudo manifestam bons níveis gerais de satisfação com o suporte social ($68,9 \pm 12,93$) e de satisfação com a vida ($80,3 \pm 13,32$), numa escala de 0 a 100 (Tabela 2). A satisfação com o suporte social é mais elevada em relação aos familiares ($81,2 \pm 18,48$) e apenas mediana em relação à satisfação com as atividades sociais ($50,22 \pm 23,64$). A satisfação com o suporte social com os amigos e relativas à intimidade alinham pelos valores de satisfação com o suporte social total.

Tabela 2 – Satisfação com o Suporte Social e Escala de Satisfação com a Vida

Itens (escala de 0-100)	med \pm dp
Satisfação com a vida Total	80,3 \pm 13,32
SSStotal	68,9 \pm 12,93
SSSfamília	81,2 \pm 18,48
SSSamigos	70,6 \pm 17,93
SSSatividades sociais	50,2 \pm 23,64
SSSintimidade	71,2 \pm 15,61

Fonte: Dados do estudo

Na satisfação com o suporte social todas as dimensões estão correlacionadas positivamente com a satisfação total (Tabela 3). A idade não está correlacionada significativamente com a satisfação com o suporte social e está positivamente correlacionada com a satisfação com a vida mas de forma muito fraca ou desprezível.

Tabela 3 – Correlações (ρ Spearman) entre a idade, nível de SSS e de EVS

ρ de spearman	Idade	ESV EVS Total	SSS Amigos	SSS Intimidade	SSS Família	SSS Activ.Sociais	SSS Total
Idade	1	,257*	-0,159	0,017	-0,154	0,144	-0,037
ESVTotal		1	0,17	0,248	0,186	0,064	0,25
SSSamigos			1	,390**	,519**	,364**	,877**
SSSIntimidade				1	,311*	0,118	,588**
SSSFamília					1	0,043	,648**
SSSActiv.Sociais						1	,553**
SSSTotal							1

* A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral);

** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral)

Fonte: Dados do estudo

Os dados relativos ao nível de satisfação com a vida e com o suporte social encontram-se expressos na Tabela 4.

Tabela 4 – Médias e desvio padrão e teste F dos valores SSS e ESV, em relação às variáveis sociodemográficas

	ESV Total	SSS Total	SSS Amigos	SSS Intimidade	SSS Família	SSS Act. Sociais
Nacionalidade:						
Portuguesa	78,5±14,3	69,3±13,3	68,7±19,3	70,0±13,5	78,0±21,9	60,0±24,8
Espanhola	81,1±12,3	68,4±12,8	72,5±16,6	72,3±17,7	84,4±13,9	40,5±18,0
<i>Teste U (significância)</i>	<i>p=0,304</i>	<i>p=0,906</i>	<i>p=0,304</i>	<i>p=0,521</i>	<i>p=0,494</i>	<i>p=0,003</i>
Género:						
Feminino	78,5±13,8	63,7±10,8	63,7±14,2	66,9±14,9	76,8±19,6	45,9±22,1
Masculino	82,1±12,8	73,7±13,0	77,0±18,9	75,2±15,5	85,3±16,6	54,2±24,7
<i>Teste U (significância)</i>	<i>p=0,355</i>	<i>p=0,002</i>	<i>p=0,001</i>	<i>p=0,081</i>	<i>p=0,084</i>	<i>p=0,190</i>
Estado Civil:						
Solteiro/div./sep.	73,5±18,8	62,6±15,8	69,0±21,5	60,0±21,4	74,9±18,0	42,5±26,2
Casado/União de Facto	82,2±12,3	73,0±12,6	75,1±17,6	75,0±15,1	85,7±16,3	54,1±24,4
Viúvo	79,8±13,3	63,2±08,8	62,1±14,2	68,5±10,6	74,9±21,1	45,8±20,3
<i>Teste K-W (significância)</i>	<i>p=0,462</i>	<i>p=0,013</i>	<i>p=0,024</i>	<i>p=0,041</i>	<i>p=0,074</i>	<i>p=0,296</i>
Agregado:						
Vive só	75,1±13,5	63,4±11,5	64,9±16,8	67,3±18,0	71,9±20,5	46,7±22,6
Vive c/ Companheiro(a)	81,2±13,5	73,1±12,9	75,0±17,6	74,7±16,0	84,5±16,7	56,4±24,8
Outras situações	83,0±12,5	65,0±11,9	66,8±18,3	67,5±11,6	82,4±18,7	41,2±19,6
<i>Teste K-W (significância)</i>	<i>p=0,320</i>	<i>p=0,026</i>	<i>p=0,097</i>	<i>p=0,275</i>	<i>p=0,136</i>	<i>p=0,096</i>
Tipo de Habitação:						
Rural/Tradicional	79,8±13,9	66,5±12,2	67,6±17,5	69,3±15,3	78,9±19,4	48,6±23,2
Moradia	82,2±11,4	77,2±12,6	81,5±15,7	78,1±15,5	89,6±11,7	55,9±25,4
<i>Teste U (significância)</i>	<i>p=0,684</i>	<i>p=0,017</i>	<i>p=0,017</i>	<i>p=0,140</i>	<i>p=0,074</i>	<i>p=0,381</i>
Escolaridade:						
Sem escolaridade	84,6±14,0	65,5±09,7	66,5±16,0	69,3±13,2	76,8±19,7	47,6±20,3
Ensino Básico	78,1±11,4	69,6±13,9	71,6±18,5	71,3±16,5	83,5±18,1	50,0±24,8
Ensino Secundário/Superior	77,3±26,6	82,7±14,1	88,0±17,4	83,3±20,8	84,3±14,0	71,0±30,1
<i>Teste K-W (significância)</i>	<i>p=0,112</i>	<i>p=0,095</i>	<i>p=0,100</i>	<i>p=0,436</i>	<i>p=0,386</i>	<i>p=0,408</i>
Fontes de Rendimentos:						
Pensão de Sobrevivência	72,0±24,0	69,0±12,2	68,0±24,3	68,3±16,1	89,0±19,1	51,3±33,7
Pensão social	73,3±17,5	59,7±08,5	59,3±11,4	61,7±16,9	70,2±17,1	42,0±21,2
Pensão de reforma	81,7±12,0	70,0±13,1	72,1±18,0	72,5±15,3	82,0±18,4	51,1±23,7
<i>Teste K-W (significância)</i>	<i>p=0,456</i>	<i>p=0,105</i>	<i>p=0,142</i>	<i>p=0,435</i>	<i>p=0,143</i>	<i>p=0,734</i>

Fonte: Dados do estudo

A satisfação com a vida parece não depender das características sociodemográficas dos idosos, todavia verificam-se algumas tendências (sem

significado estatístico) designadamente: os espanhóis estão mais satisfeitos com a vida do que os portugueses; os homens estão mais satisfeitos com a vida e com o suporte social do que as mulheres; os casados e/ou os que vivem com o companheiro estão mais satisfeitos com a vida e com o suporte social do os que vivem sós; os que vivem em moradias estão mais satisfeitos com o suporte social do que os que vivem em habitações rurais tradicionais; os idosos com menos escolaridade estão mais satisfeitos com a vida mas menos satisfeitos com o suporte social do que os idosos com mais escolaridade; por fim, os que beneficiam de pensão de reforma estão mais satisfeitos com a vida e com o suporte social do que os que recebem a pensão social ou de sobrevivência.

Já na satisfação com o suporte social a situação é distinta. Quanto ao suporte social total verificam-se diferenças com significado estatístico estando mais satisfeitos os homens ($p=0,002$), os casados ($p=0,013$), os que vivem com o companheiro ($p=0,026$) e os que vivem em moradias ($p=0,017$). Relativamente ao suporte recebido dos amigos estão mais satisfeitos os homens ($p=0,001$), os casados ($p=0,024$) e os que habitam em moradias ($p=0,017$). Quanto ao suporte relacionado com a intimidade verificamos diferenças com significado estatístico apenas para o caso dos casados ($p=0,041$). No que concerne ao suporte recebido por parte dos familiares não se encontraram diferenças com significado estatístico embora, tendencialmente, a satisfação acompanhe a satisfação com o suporte social total. Finalmente, quanto ao suporte oriundo da disponibilidade de atividades sociais verificamos que os portugueses estão mais satisfeitos do que os espanhóis ($p=0,003$).

Discussão e considerações finais

Os idosos do nosso estudo apresentam características sociodemográficas similares às de outros estudos realizados na região do interior norte de Portugal independentemente de ocorrerem em meio rural ou urbano (Cunha, Lopes, & Pereira, 2013; Pereira et al., 2016; Rodrigues, 2017; Sobral, 2015) o que revela uma certa homogeneidade da situação sociodemográfica dos idosos.

Os bons níveis de satisfação com o suporte social e com a vida, estão em linha com os resultados de um estudo exploratório realizado no mesmo município (Cunha et al., 2013), mas com idosos vivendo em ambiente urbano, o qual revelava

uma boa rede de suporte social, suportada sobretudo na família e amigos, e que os idosos manifestavam-se bons níveis de satisfação com a sua vida.

É inequívoca a importância do suporte social da família e dos amigos, reforçando a ideia de como o sistema informal, baseado nos laços de família, amizade e vizinhança, ainda continuam a ser decisivos para a sociabilidade, conforto e segurança dos idosos residentes em comunidades rurais, isto apesar da situação de rutura ditada pelo envelhecimento demográfico (Pereira, 2014).

Escapando a leitura fria dos dados dos inquéritos, lendo nas entrelinhas dos diálogos e tomando sentido nas palavras e linguagem gestual dos entrevistados, e ainda na observação do local e das condições em que vivem, verificamos que se trata de pessoas habituadas a muitas privações e provações, por vezes com a saúde debilitada, resilientes, profundamente ancoradas na fé, que tendem a não ser muito exigentes com a vida. Isto aumenta ainda mais a responsabilidade dos promotores de programas de ASC, dado que devem procurar superar as necessidades expressas indo mais além nos seus objetivos de intervenção.

O alcance da educação e da ASC discutidos anteriormente, assim como o desenvolvimento da ideia de vida ativa encontram aqui um lugar de eleição. Estes idosos, homens e mulheres possuem um capital cultural muito rico. Viveram as condições da modernidade, atravessaram fronteiras geográficas, políticas e socioculturais. E agora, já mais para o fim das suas vidas vivem as condições vertiginosas da pós-modernidade. Impõe-se que esse capital cultural, que une dois mundos, o moderno e o pós-moderno, seja devidamente considerado e sublimado nos modos de pensar o desenvolvimento.

Os dados também demonstram que a ASC pode ter um papel decisivo no bem-estar destes idosos se for capaz de desenvolver e proporcionar programas ajustados ao gostos e necessidades dos mesmos, designadamente no reforço da sociabilidade e na disponibilização de atividades lúdicas e socioculturais. Deste modo os idosos poderiam afirmar e redefinir os seus papéis sociais encontrando novos laços e vínculos, trabalhando a interculturalidade e permitindo uma reaproximação mais vinculativa entre pessoas de diferentes localidades e num contexto transfronteiriço.

Percebendo a realidade desta comunidade e entendendo o ponto de vista das pessoas, podem ser pensadas algumas estratégias que poderiam passar pelo envolvimento de jovens e idosos em tarefas como: vindimas, colheitas, sementeiras,

bordar, tecer ou fiar. Recuperando património identitário, etnográfico e acompanhando com os estudos interdisciplinares através da aplicação de conhecimentos em história, ciências, literatura, entre outros, de forma contextualizada na sua realidade, alargando o âmbito escolar à comunidade e tornando as aprendizagens significativas. Elaborar exposições, espetáculos, usar as redes sociais para divulgar trabalhos e temas específicos destas comunidades, como as rotas de contrabando, as atividades agrícolas, a emigração, a recriação de músicas, canções e danças antigas, em conjunto com jovens, no âmbito do ensino da música e da dança.

Referências

Caride, J. (2004). Paradigmas Teóricos na Animação Sociocultural. In **Animação Sociocultural . Teorias, Programas e Âmbitos** (pp. 45–64). Lisboa: Instituto Piaget.

Cunha, L. P., Lopes, M. S., & Pereira, F. A. (2013). Papel da educação para a promoção do suporte social e nível de satisfação com a vida. In **Congresso Internacional de Pedagogia Social** (pp. 228–235). Oviedo: Universidade de Oviedo. Retrieved from <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/9461>.

Domingues, M. A. (2012). Mapa Mínimo de Relações do Idoso: uma ferramenta para avaliar a rede de suporte social. In F. A. Pereira (Ed.), **Teoria e Prática da Gerontologia – Um guia para cuidadores de idosos**. (1ª). Viseu: Psicosoma.

Erikson, E. (1972). **Identidade, Juventude e Risco**. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Fonseca, A. M., & Paúl, M. C. (2006). **Envelhecer em Portugal**. (Climepsi, Ed.). Lisboa.

Freire, P. (1987). **Pedagogia do Oprimido** (17ª). Rio Janeiro: Paz e Terra.

Giannakouris, K. (2015). Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies.

Giddens, A. (2001). **Modernidade e Identidade Pessoal** (2ª). Oeiras: Celta Editora.

Gómez Garcia, L. (2013). A construção da cidadania como um eixo estratégico da Animação Sociocultural das Pessoas Idosas. In J. Lima Pereira, M. Lopes, & T. Moreira (Eds.), **Animação Sociocultural, Gerontologia e Geriatria: A Intervenção social, cultural e educativa na Terceira Idade** (pp. 197–208). Chaves: Intervenção.

Lopes, M. de S. (2006). Animação sociocultural em Portugal. **Edita Intervenção**. Retrieved from <http://www.lazer.eefd.ufrj.br/animadorsociocultural/pdf/ac105.pdf>.

Loureiro, A., & Esteves, T. (2013). A universidade sénior como espaço de

aprendizagem, socialização e envelhecimento ativo: o estudo exploratório de um caso. In J. Pereira, M. Lopes, & T. Rodrigues (Eds.), **Animação Sociocultural, Gerontologia e Geriatria. A intervenção social, cultural e educativa na terceira idade** (pp. 85–91). Chaves: Intervenção.

Mendes, J. M. (2001). O Desafio das Identidades. In B. S. Santos (Ed.), **Globalização. Fatalidade ou Utopia?** (pp. 489–523). Porto: Edições Afrontamento.

Mínguez, J. (2004). **La Educación en Personas Mayores**. Madrid: Narcea.

Osorio, R. (2005). **Educação Permanente e Educação de Adultos**. Lisboa: Instituto Piaget.

Pereira, F. A. (2012). A Ideia de Vida Ativa. In F. Pereira (Ed.), **Teoria e Prática da Gerontologia. Um Guia para Cuidadores de Idoso** (pp. 208–213). Viseu: Psicossoma.

Pereira, F. A. (2014). Fatores de sustentabilidade e de insustentabilidade nos sistemas de apoio aos idosos no interior norte de Portugal. In **Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas** (pp. 197–206). Retrieved from <http://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/9462>.

Pereira, F., Nunes, B., Azevedo, A., Raimundo, D., Vieira, A., & Fernandes, H. (2016). Multidimensional assessment study of the elderly living alone in the county of Alfândega da Fé – Northeast of Portugal. **Journal of Aging and Innovation**, 5(2), 27–39.

Ribeiro, J. L. P. (2011). Escala de satisfação com o Suporte Social. (1^a). Lisboa: Placebo Editora.

Rodrigues, M. A. (2017). **Avaliação multidimensional do idoso e prevalência de doenças neuro degenerativas nos idosos do concelho de Vinhais**. Instituto Politécnico de Bragança.

Ruiz Delgado, B. (1995). Fomentando una percepción positiva del anciano: la educación y la tercera edad. **Pedagogia Social. Revista Interuniversitária**, 12, 23–37.

Sáez Carreras, J. (2003). **Educación y Aprendizaje en las Personas Mayores**. Madrid: Dykinson.

Silvestre, C. (2013). **Educação e Formação de Adultos e Idosos. Uma nova oportunidade**. Lisboa: Instituto Piaget.

Sobral, C. da G. C. (2015). **Avaliação Multidimensional (OARS) do Idoso na Cidade de Bragança**. Instituto Politécnico de Bragança.

Trilla Bernet, J. (1998). **La Educación Fuera de la Escuela. Ámbitos no formales y educación social**. Barcelona: Ariel.

Trilha Bernet, J. (2004). **Animação Sociocultural. Teorias, Programas e Âmbitos**. Lisboa: Instituto Piaget.

CAPÍTULO 05 – O ENVELHECIMENTO E A TRANSFORMAÇÃO DA IDENTIDADE PESSOAL

Irene Gaeta

Sua percepção se tornará clara somente quando você puder olhar para dentro de sua alma. (Carl Gustav Jung)

Atualmente, a expectativa de vida do brasileiro é de 74,8 anos. O número mais que dobrou desde os anos 1930. O aumento previsto por muitos cientistas para os próximos anos, no entanto, pode ser muito mais rápido e impactante. Em um período curto, chegar aos 120 anos pode ser algo simples.

Antes de qualquer coisa quando falamos em velhice devemos pensar em termos de processo, em ciclo da vida: a velhice não é um fato estático; é o resultado e o prolongamento de um processo. É um aprender a metamorfosear.

Para Jung (1986, p. 85), a vida psíquica é um desenvolvimento que pode estacionar nas etapas iniciais da vida [...] “É como se cada indivíduo tivesse um peso específico próprio, e de acordo com ele subisse ou descesse, até encontrar o ponto de equilíbrio onde encontrasse seu limite”.

Nenhuma pessoa inteligente será, por isso, levada a ocultar segredos, pois sabe perfeitamente que o segredo do desenvolvimento psíquico jamais pode ser traído, simplesmente porque o desenvolvimento depende da capacidade de cada um. Jung afirmava que homens e mulheres na meia-idade sofrem um processo de individuação, no qual expressam aspectos da personalidade até então negligenciados.

Algumas questões podem ser fundamentais na meia-idade, como abrir mão da imagem da juventude e entrar em contato com a finitude. Considerar a vida como um processo ininterrupto no qual passamos estar em constante desenvolvimento é fundamental.

Envelhecer pode ser perigoso quando na segunda metade da vida carregamos o passado como um imenso fardo – os sentimentos, frustrações da vida, da vida não vivida, a urgência em amar quando não foi possível experimentar o amor em sua plenitude, os ressentimentos, as mágoas. O desafio é o abandono do

tempo Kairós, do passado que foi vivido, abrindo fenda ao futuro. Mas a fixação aos afetos muitas vezes pode nos aprisionar nesse passado e então o tempo Cronos nos devora com novas descobertas para velhas situações ainda não solucionadas.

Precisamos revisitar o tempo e perceber de forma diferente a ideia de tempo, e principalmente acompanhando sua dialética interna; o homem não está no tempo, é o tempo que está no homem. Viver até os 80 ou 90 anos tem um grande significado para nossa espécie.

Na primeira metade da vida o indivíduo vai buscar as estruturas necessárias para a construção concreta da sua vida, os meios necessários para sustentar-se e à sua família, ou seja, criar um sistema externo para sua sobrevivência. Quando isso se efetiva, resta ao indivíduo olhar para si próprio e buscar uma ressignificação para vida. Não é tarefa fácil porque, esse olhar para si próprio, pode trazer à tona questionamentos, frustrações e desejos reprimidos.

Na primeira metade da vida, há uma orientação rumo à personalidade, a busca pelo “lugar ao sol”, posições e certo “status”, o que é esperado e aceito pela sociedade.

O ser humano está em constante evolução e podemos entendê-lo a partir de uma metáfora: a primeira metade da vida corresponde ao sol nascente que atinge seu ápice ao meio-dia, podendo ser considerada como a primeira metade do ciclo vital. A segunda metade da vida corresponde ao sol poente que aos poucos vai perdendo a força e o calor sem, no entanto, deixar de brilhar e ser quem é. Esse processo de individuação pode trazer a possibilidade de um encontro com a criatividade, com a espiritualização. O corpo físico pode perder suas formas joviais e, ao extenuar suas forças, vai potencializar o encontro com a finitude, ainda desconhecida, não aceita (Gaeta, 2016).

Na segunda metade da vida, há uma reorientação do foco, em que o ser ganha destaque, a personalidade inconsciente começa a constelar, para que haja integração de conteúdos inconscientes. Há um chamado para que o indivíduo retome a sua própria história, reveja o que foi realizado na primeira metade da vida, integre conteúdos, pode ser um período de transformação e mudança intensos (Gaeta, 2016).

Dentro da psicologia analítica (Carl Gustav Jung), a segunda metade da vida é denominada de metanóia, onde podemos experimentar a consciência de nós mesmos como parte de algo mais amplo.

Jung afirma reiteradamente em sua obra que na metanóia (conceito que não tem conotação rigidamente cronológica, mas sim depende do processo de desenvolvimento individual) o ser humano é obrigado a se confrontar com o fato de que o avançar da idade não pode ser tomado como mero apêndice da juventude, e que o declínio físico não significa afastamento de sua alma, mas exatamente o contrário: a possibilidade de realização do Si mesmo, ou seja, ser quem se é, incluindo na personalidade conteúdos até então inconscientes devido à unilateralidade do ego jovem.

A esta tarefa Jung dá o nome de processo de individuação. Esse processo de individuação pode trazer a possibilidade de um encontro com a criatividade, com a espiritualização.

Metanóia é um termo grego que indica a transformação da própria identidade pessoal depois de uma experiência que transforma os valores até então adotados pelo indivíduo.

Jung retoma o termo para indicar o fenômeno de crise psicológica através do qual sucede a inversão radical de todos os valores sobre os quais está ordinariamente fundamentada a existência de um homem (Pierri, 2002, p. 323): a ilustração clássica da metanóia dá-se por ocasião da análise do limiar que liga e distingue a primeira e a segunda metade da vida: nessa fase de passagem por-se-iam na sombra todos os valores sobre os quais o indivíduo está fundamentado, e contemporaneamente por-se-iam em luz outros valores que estão em oposição. A primeira fase de nossa vida é muito centrada na identidade do ego; tentamos nos firmar no mundo exterior com casamento, profissão, etc. Mas, quando ultrapassamos o meio do caminho, que Jung denominou de metanóia, é o momento de sermos nós mesmos com uma dedicação séria e necessária para atingir esse autoconhecimento. O desenvolvimento dessa percepção de si mesmo requer um rompimento do determinismo, da herança dos condicionamentos, um rompimento com os padrões de funcionamento.

Depois de haver esbanjado luz e calor sobre o mundo, o sol recolhe os seus raios para iluminar-se a si mesmo. Em vez de fazer o mesmo, muitos indivíduos idosos preferem ser hipocondríacos, avarentos, dogmatistas e laudatores temporis acti (louvadores do passado) e até mesmo eternos adolescentes, lastimosos sucedâneos da iluminação do si mesmo, conseqüência inevitável da ilusão de que a

segunda metade da vida deve ser regida pelos princípios da primeira (Jung, 2000, p. 349).

Jung compara a vida humana com o Sol, com os 180 graus de seu arco e a vida sendo dividida em quatro partes. A primeira parte, ele representou como sendo a infância, na qual não teríamos problemas conscientes; na verdade, quando crianças, somos problemas para os outros (pais, educadores, médicos etc.). Nesse estágio de consciência não há problemas, pois a dependência aos pais nos mantém imersos na atmosfera dos pais.

Depois na adolescência, com a maturidade sexual, há de fato um rompimento com os pais; deixamos a vida simbiótica, o que será considerado como um nascimento psíquico; então ocorre uma diferenciação consciente em relação aos pais. Nesse momento, a mudança fisiológica, com suas manifestações corporais, ocasiona uma imposição desmedida do eu e é por isso que a adolescência é considerada como uma fase difícil, de rebeldia.

Então, temos na infância uma forma de consciência, que é um estado anárquico; no segundo estágio, na adolescência, temos o complexo do eu desenvolvido e no terceiro estágio avançamos em direção à consciência da divisão. Nesse momento, no ingresso da vida adulta, temos dúvidas a respeito de nós mesmos. Se houver um preparo, essa passagem pode ser tranquila, mas se existirem ilusões que impeçam a visão da realidade, poderão surgir dificuldades.

Nesse caso, então, tenderíamos a regredir para os estágios anteriores de desenvolvimento. “Alguma coisa dentro de nós quer permanecer como criança, quer permanecer inconsciente, ou quando muito consciente apenas do seu ego” (Jung, 2000, p. 342).

A sociedade não valoriza os aspectos psíquicos e da consciência; pelo contrário, só valoriza as aquisições materiais, intelectuais e não a personalidade, o que para o jovem se torna um grande desafio – ser e estar no mundo –, tendo que adquirir tais condições que lhe conferem poder e prestígio social.

Em busca desta autoafirmação, o jovem tem que desenvolver a eficiência, a utilidade, que poderiam ampliar e consolidar sua existência de forma a fixá-lo no mundo; mas tudo isso dificulta o desenvolvimento da consciência humana.

Nessa busca, muitas vezes, o jovem pode se distanciar do seu ideal, pois ele tenta adaptar o que foi dado no passado às exigências do futuro. É uma luta travada

dentro e fora de si próprio e comparável à luta da criança pela existência do eu. Só se alcança o objetivo social com sacrifício da totalidade da personalidade.

São muitos – muitíssimos – os aspectos da vida que poderiam ser igualmente vividos, mas jazem no depósito de velharias, em meio as lembranças recobertas de pó; muitas vezes; no entanto são brasas que continuam por baixo das cinzas amarelecidas (Jung, 2000, p. 344-345).

Geralmente, quando atingimos a meia idade (40/50 anos), algumas mudanças começam a ocorrer de forma sutil, por isso nem sempre são percebidas, sendo que essas mudanças começam no inconsciente. A estatística tem mostrado que as depressões são mais freqüentes nessa época. As mudanças de que falamos podem ser as mais diversas; antigos traços da infância poderão vir à tona, antigas inclinações; os interesses, enfim, poderão ser totalmente mudados.

Todos distúrbios neuróticos, bastante freqüentes, da idade adulta têm em comum o fato de quererem prolongar a psicologia da fase juvenil para além do limiar da chamada idade do siso! Quem não conhece aqueles comovedores velhinhos que necessitam sempre de reesquentar o prato de seus saudosos tempos de estudante e só conseguem reavivar um pouco a chama da vida, recordando-se de seus tempos heróicos. [...] não são neuróticos, mas em geral pessoas estereotipadas, tediosas (Jung, 2000, p. 346).

Retornando à comparação que Jung faz com o sol, se na velhice o sol ilumina a si mesmo fazendo o movimento de retorno, o pôr-do-sol da vida humana se assemelha ao nascer do sol, pois, tal como a criança, o velho também passa a ser o problema do outro.

No primeiro momento da vida, não temos problemas com nossa consciência; teremos, sim, a partir do segundo e terceiro momentos (ou seja, na juventude e na meia idade).

A infância e a extrema velhice são totalmente diferentes entre si, mas têm algo em comum: a imersão no processo psíquico inconsciente. Como a alma da criança se desenvolve a partir do inconsciente, sua vida psíquica, embora não seja facilmente acessível, contudo não é tão difícil analisar quantas pessoas muito velhas que mergulham de novo no inconsciente, onde desaparecem progressivamente. A infância e a extrema velhice são estadas da vida sem qualquer problema consciente [...] (Jung, 2000, p. 353).

Esse processo na extrema velhice é também presente na infância; é inevitável; é como se fosse sinalizar uma iniciação para uma transição importante da natureza humana. Reconhecer os sinais do corpo como mensageiros desse processo poderá auxiliar essa passagem da vida.

Para Prétat (1997, p. 66), o corpo retém muitas memórias em suas células, “a descida no corpo e a liberação de antigos assuntos podem ser controlados conscientemente ou acontecer de um modo inconsciente”.

Claro que não é uma decisão mental simplesmente, pois todo nosso ser estará envolvido – mente, corpo, espírito. O próprio Jung produziu muito nessa ocasião, quando estava na casa dos 70/80 anos e, talvez, não o tivesse feito se não passasse pela experiência de um ataque cardíaco.

Embora estejamos condicionados social e culturalmente a encarar a doença como algo penoso, ela também pode nos manter presos à vida. Também pode sinalizar alguns aspectos de nossa vida que não enxergamos e que poderiam ser valorizados.

Quantas vezes não vemos relatos de pessoas que passaram por experiência de “quase morte” e passam a ressignificar a sua vida depois dessa experiência?

Jung falava em *abaissement du niveau mentale*, ou seja, uma diminuição do nível da consciência, um rebaixamento do nível mental. *Abaissement* é um afrouxamento da tensão da consciência, que poderia ser comparado a uma baixa leitura barométrica, que prenuncia o mau tempo. A tonicidade cedeu, o que é sentido subjetivamente como desânimo, mau humor e depressão. A pessoa já não tem nenhum desejo ou coragem de enfrentar as tarefas do dia-a-dia. Ela se sente como chumbo, porque nenhuma parte do corpo parece disposta a mexer, o que é causado pelo fato de a pessoa não possuir nenhuma energia à disposição (Jung apud Prétat, 1997).

Na velhice, com essa modificação da consciência, passamos a valorizar as tarefas cotidianas, tais como as amizades, as crianças, a espiritualidade, ficar em casa, cozinhar, cuidar do jardim em detrimento das atividades que antes eram excitantes como a vida excessivamente intelectual ou social.

O que é tido como uma acomodação da idade na verdade é uma confiança na intimidade e na privacidade. “[...] a integridade, e integração não alcançam aquele que se mantém à distancia da consciência, que se recusa a responder à percepção crescente” (Brennan, 1991, p. 173).

Dentro dessa perspectiva, fica patente a importância de redescobrir a arte de se entreter na segunda fase da vida para que ocorra a individuação, para que se possa fazer a transição do desenvolvimento de ego para o desenvolvimento do si mesmo.

Valorizar o ser em vez do ter causa um grande estranhamento. A busca do prazer para algumas pessoas pode se tornar difícil, porque o prazer, para aqueles que não o praticaram durante toda a vida, é como um músculo atrofiado quando não usado.

Na velhice, buscar o prazer, o lazer, a espiritualidade é fundamental – momentos de imersão no inconsciente. “O entretenimento e a oração conectam-nos com nosso mais profundo ‘si mesmo’. O entretenimento e a oração permitem-nos perceber o quanto mais de nós existe além de nosso ego” (Brennan, 1991, p. 178).

Os valores sociais não importam tanto, como quando criança que nos ocupamos principalmente de brincar como algo fundamental na vida. Sendo assim, a vida longa pode ser encarada como uma dádiva, pois permite a plena realização da personalidade; é um chamado para uma transformação contínua.

Jung, nos últimos anos de sua vida, além de continuar sua obra escrevendo muito, deixando seu legado à humanidade, aliou esta tarefa de forma prazerosa, nas pequenas coisas da vida. Há relatos de Brennan (1991, p. 178) de como Jung usou seu tempo nos últimos dias, referindo que:

O tempo tem estado indescritivelmente bonito, e isto é o que mais tem contribuído para que eu não escreva cartas e, em vez disso, eu acabei de pintar o teto de Bollingem e trabalhei mais em minha escritura – e por último, embora não menos importante – recanalizei os riachos para evitar infiltrações e preparei comida gostosa, encontrei e comprei um vinho excelente. Tudo isso me tem repousado e me curado de vários aborrecimentos.

Dessa forma, percebemos como o entretenimento com as coisas simples da vida, como o lazer, a contemplação possibilitam ao ser humano se tornar integrado a si mesmo. Por causa da simplicidade de estarmos prontos a responder às solicitações cotidianas que a vida vai apresentando: ficar no presente, dar um passo de cada vez, com toda a consciência do seu significado.

Devemos buscar o sentido da vida não nos grandes momentos ou grandes gestos, mas nas pequenas atividades e emoções da vida cotidiana.

Brennan (2004) chama a atenção para questão da espiritualidade e coloca a crise presente na meia idade como uma possível forma de reorientação onde o foco ou o centro de atenção sai do ego em direção ao Self. Chamamos de ego um corpo de pensamentos, emoções e sensações que define o universo pessoal garantindo uma certa identidade física e psicológica, representa apenas uma parcela do espectro psíquico e não a sua totalidade. Corresponde ao centro da consciência. Sua função é responder e intermediar as solicitações do mundo exterior e do Si-Mesmo, sendo responsável pela adaptação. Em relação às partes da personalidade que ficaram na Sombra, a tarefa do ego é reconhece-las e integrá-las à consciência.

Self ou Si-Mesmo é o arquétipo que representa a unidade dos sistemas consciente e inconsciente, funcionando, ao mesmo tempo, como centro regulador da totalidade da personalidade.

No movimento de retorno ao Self desenvolve-se uma outra forma de criatividade que emerge a partir do indivíduo frente a situações novas.

Essa criatividade é flexível, não traz em si uma estrutura repetitiva e nem está a serviço do passado psicológico do indivíduo.

O Self é uma realidade ontológica universal. Transcende diferenças culturais. Na segunda metade da vida, pode haver um desenvolvimento da personalidade um retorno ao Self.

Enquanto na infância e na juventude o mundo exterior nos chama, na meia-idade e nos anos maduros o mundo interior é que nos chama. Sendo assim muitas vezes o ambiente exterior cede lugar ao ambiente interior.

Desta ligação entre os níveis superiores do psiquismo é que o ser humano pode desenvolver um crescimento equilibrado, de forma a expandir a sua consciência. É uma esfera em expansão, muito mais do que uma linha reta. Esta forma de expansão não linear, ou expansão da consciência pressupõe uma expansão das atividades superação do egocentrismo ou das atitudes separatistas que nos afastam dos demais, enfim expansão que potencializa a criatividade que possibilita a expressão de todos os recursos que constituem a nossa totalidade. Esta mudança de foco pode se tornar uma verdadeira revolução, onde a espiritualidade pode ser direcionada de forma inconsciente. A espiritualidade ou o chamado a espiritualidade pode ser uma forma de um continuum do desenvolvimento, onde o questionamento: Quem sou realmente? Busca a resposta internamente. Apesar dos

fatores externos da existência não serem negados eles mudam de ênfase não sendo priorizados.

Para Brennan (2004, p. 65), a espiritualidade na meia idade flui de uma nova atitude e orientação. A mudança de vida na meia idade é uma mudança revolucionária. Quando se entra na meia idade o Self torna-se central, substituindo o tão importante ego. Um novo ponto de vista e uma nova atitude afloram na pessoa, acompanhada por novos valores.

Este processo de desenvolvimento presente na meia-idade pode durar três ou quatro décadas da vida. É uma retomada da própria história, é um chamado para integrar os aspectos que foram negligenciados até então, onde o passado pode ser externado, e reconfigurado. A este processo de reconstrução e integração interior foi nomeado por Jung de Individuação, presente como desenvolvimento próprio da segunda metade da vida. A mesma devoção e atenção dada na primeira etapa de desenvolvimento humana deve agora ser direcionada e exige a mesma devoção. A pessoa na meia-idade deve entregar-se a si mesma para poder ser remodelada. É preciso ser moldado pela sua própria história (passado), pelo seu mundo interior, pelas suas experiências e realidades únicas (presente), bem como pelo discernimento do Espírito, que nos guia através de novos vales e montanhas (futuro) (Brennan, 2004, p. 67). Dentro desta perspectiva o ser Humano está em constante processo de crescimento pessoal, realizando seu potencial não manifesto.

Primeira metade da vida	Segunda metade da vida
Ego	Self
Personalidade	Personalidade Inconsciente
Eventos externos	Eventos internos
Conquistas	Integração
Fazer	Ser

Este processo de desenvolvimento presente na meia-idade pode durar três ou quatro décadas da vida. É uma retomada da própria história, é um chamado para integrar os aspectos que foram negligenciados até então, onde o passado pode ser externado, e reconfigurado. A este processo de reconstrução e integração interior foi nomeado por Jung de Individuação, presente como desenvolvimento próprio da

segunda metade da vida. A mesma devoção e atenção dada na primeira etapa de desenvolvimento humana deve agora ser direcionada e exige a mesma devoção.

Jung aponta o caminho da individuação como possibilidade de crescimento e desenvolvimento durante toda a nossa existência. Principalmente na segunda metade da vida, ou seja, depois de termos construído uma base sólida, uma família, uma profissão, temos a jornada interior. A integração dos aspectos femininos (anima) e masculinos (animus) da nossa personalidade para que possamos enfim descobrir e viver o amor verdadeiro.

O corpo físico pode perder suas formas joviais e, ao extenuar suas forças, vai potencializar o encontro com a finitude, ainda desconhecida, não aceita. Jung afirmava que homens e mulheres na meia idade sofrem um processo de individuação, no qual expressam aspectos da personalidade até então negligenciados.

Algumas questões podem ser fundamentais na meia idade, como abrir mão da imagem da juventude e entrar em contato com a finitude.

Considerar a vida como um processo ininterrupto no qual passamos estar em constante desenvolvimento é fundamental. Envelhecer pode ser perigoso quando na segunda metade da vida, carregamos o passado como um imenso fardo – os sentimentos, frustrações da vida, da vida não vivida, a urgência em amar quando não foi possível experimentar o amor em sua plenitude, os ressentimentos, as mágoas.

A afetividade na velhice

A vida de uma pessoa não é o que lhe aconteceu, mas o que ela recorda e como o recorda. (Gabriel Garcia Márquez)

A emoção é uma das condições humanas mais mobilizadora, pois norteia as relações interpessoais, possibilitando ou impedindo a interlocução saudável com o mundo. Schopenhauer, assim como Jung, consideram a emoção, a afetividade, como uma função psíquica distinta e autônoma, norteadora de toda a ação humana. De acordo com Pieri:

o ser humano faz sempre apenas o que quer e o faz necessariamente; isto se deve ao fato de ele já ser o que ele quer, pois daquilo que ele é segue necessariamente tudo o que faz a cada

instante. Mesmo admitindo que muitas decisões da vontade são intermediadas ou ponderadas pelo intelecto, não devemos esquecer que todo elo de uma cadeia de idéias tem determinado valor sentimental, que é a única coisa essencial para chegar à decisão da vontade, e sem este valor sentimental, como fenômeno parcial, está por baixo das mudanças do todo [...]. Resulta então que mesmo o processo intelectual mais puro só chega, portanto, à decisão da vontade através do valor sentimental. Por isso o primeiro motivo de qualquer ação anormal, supondo que o intelecto esteja relativamente preservado, deveria ser procurado no campo do sentimento (2002, p. 20).

Um dos grandes desafios da velhice é a perda do Sentido de Ser que ocorre quando por fatores sociais, culturais ou familiares, o indivíduo perde sua fluidez, sua mutabilidade, sua liberdade. E resgatar o modo próprio e singular de ser no mundo, habitar o mundo de forma prazerosa e confortável implica num bom intercâmbio de afetividade.

A afetividade, no âmbito da constituição psíquica, é descrita como estrutura elementar presente desde o nascimento do indivíduo, que preside o pensamento e a ação, o intelecto e a vontade. Desenvolver a afetividade em grupos de idosos pode possibilitar uma ampliação do olhar frente ao mundo e também uma escuta diferenciada, permitindo que novos significados possam ser atribuídos a velhas situações, proporcionando a compreensão da noção do todo e sua complexidade em detrimento à tendência de isolar os fatos; restringindo, assim, as experiências vividas.

Neste sentido, o idoso pode ir em busca de sua identidade apoiado em seu próprio mundo interno. Jung observou que a alma pode ser considerada em ação, sempre presente quando emoções e afetos estão agindo no homem e que ela intensifica, exagera, falsifica e mitologiza todos os relacionamentos emocionais tanto com o trabalho como com outras pessoas, e isto ocorre em ambos os sexos.

No fenômeno afetivo estaria inerente a possibilidade de uma transformação no nível de adaptação ao mundo, alcançado pelo indivíduo, ou mesmo de uma melhora na relação com o mundo. O afeto é considerado uma das formas que mais facilita o acesso do inconsciente ao consciente. Poderia ser uma das tarefas dos grupos de idosos procurar uma objetivação dos afetos, a fim de confrontá-los com a consciência.

Dado que entre afeto e consciência subsiste uma circularidade ineludível, Jung convida a considerar as possibilidades que podem surgir em nível

psicoterapêutico, exatamente na presença dessas manifestações. “Uma vez que momentos de afeto mostram-se involuntariamente as verdades do outro lado, é aconselhável aproveitar esses momentos para que tal aspecto tenha a ocasião de expressar-se. Por isso o indivíduo deveria cultivar a arte de falar consigo mesmo numa situação de afeto e em seus marcos, como se o próprio afeto falasse, sem levar em conta a crítica razoável. Enquanto o afeto, como crítica da consciência fala a própria consciência, esta, [esclarece Jung], deverá evitar criticá-lo; ao contrário, no fim ela deverá também submeter a crítica a própria crítica que lhe foi dirigida o afeto.

Qual a fórmula mágica capaz de devolver ao Homem que envelhece o seu “Estar no Mundo” de forma confortável, garantindo um bom intercâmbio em suas relações interpessoais?

Desenvolvendo o mundo interno com amorosidade. Eros precisa do esclarecimento de uma consciência evoluída, a fim de atingir sua meta específica que é a consciência. Em última análise, o Eros é um grande mistério, pois a consciência só pode ser alcançada pelo amor. Jamais os valores da alma se realizam mediante a repressão dos sentidos, porque, com frequência, atinge-se o espírito através dos sentidos e por vezes do desenvolvimento espiritual. Procurando evitar o conflito dos opostos (aspectos racionais e emocionais) do ser pela negação de um lado da vida (o afetivo) prejudica-se o espírito, privando-o da plenitude e inteireza.

Referências

- Brennan, J. B. (1991). **Meia idade e vida**. São Paulo: Paulus.
- Gaeta, I. (2016). **Memória Corporal**: o simbolismo do corpo na trajetória da vida. São Paulo: Vetor.
- Groesbeck, C. J. (1983). A imagem arquetípica do médico ferido. **Revista Junguiana** (SBPA), São Paulo.
- Jung, C. G. (2000). **A natureza da psique**. Rio de Janeiro: Vozes.
- Jung, C. G. (1985). **Fundamentos de psicologia analítica**. Petrópolis: Vozes.
- Jung, C. G. (1975). **Memórias, sonhos e reflexões**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Márquez, Gabriel García (2004). **Memória de mis putas tristes**. Barcelona e Bogotá: Editorial Norma.

CAPÍTULO 06 – PRÁTICAS EDUCATIVAS E DESAFIOS DO CONSTRUTO SOCIAL DA VELHICE

Vera Lucia Frazão de Sousa
Nadia Dumara Ruiz Silveira

O envelhecimento populacional tem sido apontado como um fenômeno mundial, decorrente de acentuadas e crescentes mudanças demográficas nas últimas décadas, presentes na maioria dos continentes, inclusive em países subdesenvolvidos. As alterações dos padrões etários resultam em inúmeros desafios para diferentes culturas e organizações sociais, pela abrangência de sua multidimensionalidade. Nesse sentido a complexidade do envelhecimento, articula-se com as singularidades da velhice considerando que:

A velhice é um fenômeno biológico: o organismo do homem idoso apresenta certas singularidades. A velhice acarreta, ainda, consequências psicológicas [...] tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história. [...] seu estatuto lhe é imposto pela sociedade à qual pertence (Beauvoir, 1990, p. 15).

A referida concepção de velhice implica reconhecer a mútua dependência entre os aspectos biológico, psicológico e social, fato este que compõe a complexidade do processo de envelhecimento presente em todas as etapas do curso vital. Cabe retomar nesta dimensão de abordagem a identificação de destinos singulares do envelhecer na sua relação com determinantes sociais quanto às expectativas e papéis atribuídos aos velhos.

[...] o processo do envelhecimento é muito mais amplo do que uma modificação de pesos de uma determinada população, pois altera a vida dos indivíduos, as estruturas familiares, a demanda por políticas públicas e afeta a distribuição de recursos na sociedade (Camarano & Kanso, 2009, p. 10).

Destaca-se também nesse sentido a perspectiva multidimensional assumida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ao expor seu entendimento sobre “[...] saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (Ferreira, 2014, p. 2).

Evidencia-se que essa compreensão, ancorada na multiplicidade de fatores implicados na questão do envelhecer, oportunizou que a Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir dos anos 90, passasse a desenvolver o conceito de Envelhecimento Ativo de modo a incluir, ao lado dos cuidados com a saúde, outros aspectos que afetam o envelhecer. Em concordância com esse ponto de vista, a OMS instituiu a Política de Envelhecimento Ativo (PEA) por entender que uma vida mais longa deveria ser acompanhada de oportunidades contínuas e diversificadas, além de aspectos como participação e segurança (OMS, 2005).

Segundo (Sousa, 2018), o significado da palavra ativo está associado não somente à capacidade do indivíduo de manter fisicamente ativo ou integrar a força de trabalho, mas atuar como um agente de intervenção no contexto socioeconômico e cultural da sociedade civil exercitando sua cidadania.

A referida abordagem baseia-se no reconhecimento e luta pela garantia dos direitos humanos das pessoas adultas e idosas, tendo em vista os princípios de autonomia, participação, dignidade, alteridade e autorrealização. Decorre, assim, uma concepção de velhice, construída na intenção de eliminar o estigma referente a preconceitos e exclusão, imposto em especial ao segmento idoso, promovendo uma imagem associada a sua inserção social em dimensão global.

Ao definir critérios na busca de um novo paradigma para o segmento idoso, a Organização das Nações Unidas (ONU, 2002), com o objetivo de enfrentar os desafios do século XXI, no que tange ao envelhecimento populacional, desenvolve o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, e expressa reconhecimento às suas potencialidades ao explicitar que:

[...] sendo maior o número de pessoas que recebem melhor educação e desfrutam de longevidade e boa saúde, os idosos podem contribuir mais do que nunca para a sociedade e, de fato, assim o fazem. Os idosos que podem e querem trabalhar devem ter a oportunidade de assim o fazer, e todas as pessoas devem ter a oportunidade de continuar aprendendo ao longo da vida (ONU, 2002, p. 14 - 15).

A interpretação em pauta, dentre outras da mesma natureza, respalda-se numa ética de respeito à vida, com ênfase na promoção de igualdade de oportunidades, ressaltando a importância do envolvimento da sociedade no esforço

para que as pessoas idosas possam desenvolver suas competências e saberes em todos os ambientes de convivência.

Souza e Silveira (2016) corroboram sobre o exposto ao afirmarem que a complexidade inerente à vida do ser humano faz da longevidade um fenômeno desafiador. Apesar da multiplicidade de questões nela implicadas, é fato que na velhice podem surgir obstáculos à vida com qualidade, mas “envelhecer é viver”, e a vida é “polaridade dinâmica”, segundo Canguilhem (1960 como citado em Sousa, 2018, p. 60). Nesse processo, oportunidades devem, então, ser criadas para que a experiência do envelhecer seja de construção participativa e compartilhada.

Dentre as reflexões críticas e propositivas sobre o envelhecimento, cabe acrescentar a necessidade de se promover educação na perspectiva de mudança de paradigma que promova resiliências frente aos estereótipos implícitos às pessoas idosas e à velhice. Nesta perspectiva deve-se protagonizar uma prática educativatransformadora, tendo em vista os conhecimentos gerontológicos disponíveis e em construção.

Retomando reflexões pontuadas, cabe destacar que a promoção de uma vida digna por meio da educação articula-se com a questão da garantia dos direitos humanos, a qual se encontra respaldada na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Dentre suas prescrições, ganha relevância significativa o Capítulo “Dos Direitos Sociais” no Capítulo II do Título II, dos Direitos e Garantias Fundamentais no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, que inclui a educação, dentre outros (BRASIL, 1988).

A educação como direito no Brasil e as práticas socioeducativas destinadas às pessoas idosas, ao contemplar a realidade do envelhecimento e da velhice em nossa sociedade, encontram ressonância no Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, o que é abordado no Art. 3º das Disposições Preliminares:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

A garantia desses direitos depende de múltiplos fatores, dentre eles da proposição de práticas que respondam a questões pertinentes ao campo da Gerontologia, principalmente quando correspondem a ações fundamentadas no legado de Paulo Freire, como explicitado por Silveira (2012).

Pensar o sentido da vida e da existência na velhice nos remete à necessidade de refletirmos sobre o significado e a importância da educação de pessoas idosas, considerando o legado de Paulo Freire. O pensamento freireano se impõe como paradigma imprescindível para construirmos uma pedagogia político-social, comprometida com o desenvolvimento do pensamento crítico, do processo de conscientização e da criatividade a partir da realidade desse grupo etário (Silveira, 2012, p. 126).

Entendemos que, nesse sentido as ações de intervenção na realidade e junto ao segmento idoso exigem de seus proponentes o compromisso com uma formação consciente e reflexiva que favoreça a transformação. Segundo Freire (2016, p. 120) a conscientização é um "processo mediante o qual os seres humanos participam criticamente num ato transformador" ao exercitarem sua cidadania.

Diante da inquietação pela busca de informações sobre ações que contribuam para o construto social da velhice, o objetivo deste trabalho foi pesquisar práticas de educação que se reportam à temática da velhice numa visão transformadora, apresentadas em artigos científicos publicados no Portal de Periódicos Capes.

Procedimentos metodológicos

A identificação metodológica deste estudo de natureza qualitativa caracteriza-se por seu caráter exploratório, desenvolvido por meio de pesquisa bibliográfica. Para o levantamento dos artigos, realizou-se uma busca na base de dados Portal de Periódicos Capes, correspondente ao período de 2015 a 2016.

Foram utilizados, os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa: idoso, velhice, envelhecimento e educação. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos materiais foram: publicação em português, artigos na íntegra que retratassem a temática deste estudo, e publicações indexadas nos últimos vinte anos. As análises descritivas dos textos selecionados tiveram como referencial teórico o aparato conceitual de Paulo Freire, com destaque às concepções pertinentes a educador progressista e ação educativa transformadora.

Configuração do cenário

Cabe ressaltar inicialmente que dos 94 artigos publicados no Portal de Periódicos CAPES entre os anos de 2013 a 2016, cujas temáticas referiam-se a idosos, velhice, envelhecimento e educação, constituiu a amostra final desta pesquisa quatro artigos científicos, os quais se caracterizam por ter como foco a prática educativa na visão transformadora, de acordo com os critérios estipulados para este estudo. A tabela 1 apresenta a identificação da referida amostra, sua localização no Portal e os objetivos desses trabalhos.

Tabela 1: Portal de Periódicos CAPES/MEC- artigos selecionados /produção 2013-2016.

Base de Dados	Títulos	Autores	Periódicos	Objetivos dos estudos
Portal Periódicos CAPES	Impacto de atividades dialógicas intergeracionais na percepção de crianças, adolescentes e idosos.	Massi, G. Santos, A R. Berberian, A P. Ziesemer N B.	Rev. CEFAC. 2016 Mar/Abr.18(2): 399-407.	Analisar o impacto que atividades dialógicas intergeracionais podem ter na percepção que crianças e adolescentes têm sobre pessoas idosas e vice-versa.
Portal Periódicos CAPES	Dançando, cantando e contando histórias, os velhos do Mato Grande/RN educam através dos gestos e da oralidade.	Aquino, M E S P. Porpino, K O.	Holos, ano 30, vol. 5. doi: 10.15628/holos. 2014. 2519	Identificar os velhos mestres brincantes da região do Mato Grande, registrar suas experiências de vida relacionadas às brincadeiras da tradição e o modo como os mesmos percebem essas referências na atualidade, investigar e registrar práticas educativas que considerem as brincadeiras dos velhos na educação atual.
Portal Periódicos CAPES	Efeitos da educação em saúde sobre atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica.	Patrocínio, W P. Pereira, B P C.	Trab. Educ. Saúde. Rio de Janeiro, v.11 n.2, p.375-394, maio/ago.2013.	Avaliar os efeitos de um programa de educação popular em saúde dirigido a idosos comunitários sobre suas atitudes
Portal Periódicos CAPES	A pesquisa sobre o idoso no Brasil: diferentes abordagens sobre educação nas teses e dissertações (de 2000 a 2009).	Oliveira, R C S.	Acta Scientiarum. Education. Maringa, v. 35, n. 1, p. 79-87, Jan/June, 2013.	Refletir sobre as políticas públicas e a educação para o idoso

No âmbito das políticas públicas brasileiras identifica-se a concepção de educação do idoso como uma das formas de desconstruir a representação social de estereótipos negativos sobre o velho, porém os artigos publicados no Brasil sobre a temática ainda são quantitativamente inexpressivos.

Contudo, os trabalhos mostraram que as ações educativas voltadas ao contingente idoso são fundamentadas nas diretrizes internacionais que propõem mudança cultural sobre o envelhecimento e velhice além de propiciar base para as atuais representações sociais da pessoa idosa como sujeito ativo, conhecedor de seus direitos, participativo e integrado socialmente.

Essa constatação encontra-se presente nos estudos de Massi et al. (2016) sobre a relação entre gerações, que analisou o impacto de atividades dialógicas intergeracionais entre crianças e adolescentes e pessoas idosas. Os autores utilizaram a análise de conteúdo, considerando como amostra da pesquisa 12 idosos e 21 crianças e adolescentes. Esses grupos participaram de ações conjuntas organizadas semanalmente, durante oito meses, em atividades dialógicas orais, de leitura e escrita, envolvendo a questão da intergeracionalidade.

Como procedimento de coleta de dados foi utilizado questionário com perguntas semiestruturadas para verificar o impacto das atividades sobre os sujeitos da pesquisa. As respostas foram organizadas e interpretadas por meio de análise de conteúdo, com base na delimitação de sete categorias.

Os resultados deste estudo evidenciaram uma visão menos preconceituosa dos participantes idosos frente às demais gerações, crianças e adolescentes, que por sua vez, reconheceram a necessidade de ultrapassarem estereótipos negativos sobre a velhice. Identifica-se que essa visão pejorativa permanece disseminada na sociedade envolvendo a família, comunidade, meios de comunicação entre outros.

Nesse sentido é constatada a abertura para a construção de uma nova cultura sobre o envelhecimento, considerando o observado em manifestações das crianças e adolescentes reveladoras da percepção das possibilidades de aprendizagem que podem surgir mediante o convívio com os idosos.

Freire (2000, p. 133) associa essas questões à relação entre educação e esperança, ao explicitar a possibilidade de enfrentamento de violências como aquelas decorrentes de estigmas e preconceitos: “[...] aceitar o sonho do mundo melhor e a ele aderir é aceitar, entrar no processo de criá-lo. Processo de luta profundamente ancorado na ética. De luta contra qualquer tipo de violência”.

O estudo apresentado no artigo de Aquino & Porpino (2014) resultou de dissertação, com foco na educação realizada pela oralidade e gestualidade de velhos mestres brincantes do território do Mato Grande/RN, com objetivo de refletir sobre a relação entre os saberes dos idosos e a educação escolar. Dentre os fatos

observados destacam-se as experiências de vida relacionadas às brincadeiras típicas da tradição cultural e o modo como são percebidas na atualidade. As análises se reportam também à forma como as práticas educativas consideram as brincadeiras dos velhos na educação atual.

Foram identificados dezessete velhos brincantes do território do Mato Grande/RN, sendo 11 mulheres e 6 homens. Esses idosos apresentam as seguintes características: moradores do território do Mato Grande; faixa etária entre 60 e 98 anos de idade; descendentes de negros, índios e lusitanos; baixa escolaridade; exercem ocupações como agricultores, pescadores, artesãos, aposentados.

Os idosos que vivem na região estudada aprenderam as brincadeiras com os mais velhos da família e alimentam esperança em dar continuidade a essa experiência. Dentre as particularidades que caracterizam os brincantes, foram destacadas: a capacidade de lembrar todos os passos das danças, sua formação e organização, a sequência dos cantos, entonação das vozes de acordo com os ritmos, a criatividade em adequar as músicas aprendidas à realidade sócio histórica do lugar e a estética nas apresentações (figurino, maquiagem, adereços).

Neste contexto, Paulo Freire em sua obra “Pedagogia da Autonomia”, enfatiza em suas reflexões que ensinar exige respeito aos saberes dos educandos, ao expor que:

Pensar certo coloca ao professor e à escola, respeitar os saberes dos educandos – saberes socialmente construídos na prática comunitária [...] por que não estabelecer uma “intimidade” entre os saberes curriculares fundamentais aos alunos e a experiência social que eles têm como indivíduos (Freire, 2016, p.31).

Assim as ações educativas, denominadas pelos idosos brincantes de brincadeiras, foram constituídas nas narrativas dos contos, nas cantorias, nas danças e no sentimento do viver que essas brincadeiras lhes proporcionam ao serem vivenciadas no envelhecimento. Trata-se de uma Educação fundada pela tradição oral, nos desdobramentos da voz, gestos e performance dos participantes idosos, conforme explicitação pertinente a essa ênfase:

Entendemos também como verdadeiras escolas de vida as danças populares rurais e urbanas, que propiciam a integração de seus componentes na busca da vivência estética do dançar, mediada por todo um contexto também estético, de preparação de seus rituais,

incluindo-se desde o planejamento dos ensaios, a confecção de vestimentas, a preparação do ambiente cênico, dentre outros. Tais experiências guardam em si possibilidades educativas que vão além do ensino formal, que são vividas informalmente, e até mesmo transmitidas e recriadas de geração em geração, como no caso das danças mais tradicionais (Aquino & Porpino, 2014, apud Porpino, 2006, p. 114).

As brincadeiras referem-se a folguedos⁴ populares que atualmente se encontram em voz silenciadas, memórias esquecidas, corpos imobilizados, mas que a partir desse resgate colocam em discussão os modos pelos quais a tradição oral do Mato Grande pode ser reconhecida a partir das ações de: narrar, cantar e dançar. Essa vivência lança ainda um olhar para a relação entre o velho, o conhecimento da tradição e a educação sistematizada (Aquino & Porpino, 2014).

Corroborando com essa discussão (Freire, 2016) aponta que no processo de educação exige-se o respeito aos saberes socialmente construídos na prática comunitária. O autor defende o sentido transformador das ações o que é percebido nesta pesquisa, pois os idosos brincantes viviam desmotivados, desvalorizados e sentiam-se fragilizados, porém com as brincadeiras se dispuseram a dialogar, desabrochando muita sensibilidade. Essa sensibilidade foi observada pelos pesquisadores em expressões corporais quando “[...] recuava, alterava o timbre de voz, passava a mão no rosto, desatava a rir, chorava, percebeu-se assim a existência de uma memória que ali se expressava, e constituía os ossos, o ventre, a alma e a carne dessas pessoas”.

No que se refere à educação popular em saúde, Patrocino e Pereira (2013) estudaram os efeitos de um programa de educação popular em saúde destinado a idosos comunitários sobre suas atitudes em relação à velhice, sob a égide da política de envelhecimento ativo da Organização Mundial da Saúde fundamentada nos pilares: saúde, participação social, proteção e treinamento contínuo.

O estudo teve como respaldo os fundamentos de Paulo Freire que concebe a importância da educação para desenvolver nas pessoas o reconhecimento de si mesmas como sujeitos e uma visão crítica sobre a sociedade em que vivem, o que implica em processos contínuos e permanentes de formação.

⁴**Folguedos** são festas populares de espírito lúdico que se realizam anualmente, em datas determinadas, em diversas regiões do Brasil. Algumas têm origem religiosa, tanto católica como de cultos africanos, e outras são folclóricas.

A pesquisa contou com 16 idosos, divididos em dois grupos de idade entre 60 a 75 anos. Nos 16 encontros semanais o tempo de cada sessão foi de 150 minutos, com perguntas norteadas sobre: medidas sociodemográficas, saúde, estilo de vida e de atitudes em relação à velhice. Os resultados revelaram que a frequência de atitudes negativas tem diminuído de maneira significativa nesta população e observou-se o aumento positivo da percepção de que a velhice é permeada tanto de ganhos quanto de perdas. Essa visão contribui para mudanças de atitudes, hábitos e proporciona uma melhor qualidade de vida.

O estudo realizado por Oliveira (2013), afirma que as políticas públicas ainda não reconhecem a relevância da educação para o idoso e pouco se tem registrado a respeito. Contudo, diferentes ações nesse âmbito têm sido implementadas por Instituições de Ensino Superior, que mantêm Universidades Abertas à Terceira Idade - UNATIs.

Quanto ao processo de ensino-aprendizagem no Brasil a educação de idosos ocorre em vários contextos, que envolve tanto as UNATIs, como programas socioeducacionais realizados em instituições públicas e privadas que oferecem salas para alfabetização de adultos. As instituições de saúde e organizações não governamentais também são espaços que têm desenvolvido programas com este enfoque.

Segundo Oliveira (2013) nas Universidades Abertas a Terceira Idade, no mundo inteiro têm sido disseminadas estratégias para o empoderamento do idoso, por meio da educação não formal e de uma educação permanente concomitante que se propõe a instrumentalizar o idoso com conhecimentos e informações, visando legitimar o exercício pleno da cidadania nos níveis social, cultural, econômico e político.

Sobre o processo de ensino-aprendizagem na educação, Patrocínio e Pereira, (2013, pp. 377 - 378) sugerem que: “Um dos aspectos essenciais para a eficácia do processo de ensino-aprendizagem na educação de pessoas de todas as idades é a formação do profissional que vai coordená-lo”.

As ações educativas voltadas para a população idosa devem ter como referência a realidade do idoso brasileiro, sob ponto de vista crítico da sociedade capitalista na qual o ter é atributo de valor e o ser “velho” é concebido no sentido da improdutividade, além da conotação carregada de estigmas e preconceitos.

Deve-se reconhecer a fundamental importânciada construção de conhecimentos que, embasado no pensamento crítico reflexivo, vise à participação ativa do segmento idoso na sociedade, por meio do exercício de cidadania, garantidos seus direitos e cumprimento dedeveres.

Discussões interpretativas

Considerando os trabalhos selecionados, que se referem à velhice eações educativas pautadas no sentido transformador, sintetizamosa seguir reflexões norteadas por categorias pertinentes aos temas relativos à abordagem dos artigos, quais sejam: *Relação entre gerações; Saberes e a educação escolar; Educação popular e saúde; Processo de ensino-aprendizagem no Brasil*.

Relação entre gerações. As ações de educação no estudo “Impacto de atividades dialógicas intergeracionais na percepção de crianças, adolescentes e idosos.” possibilitou um resgate de memórias vividas, movimento que, ao relembrar o passado, possibilita que os idosos ressignifiquem o presente, além do despertar para uma percepção mais positiva de si mesmos e fortalecimento do vínculo intergeracional.

Ascrianças e adolescentes reconheceram a necessidade de ultrapassarem os estereótipos negativos em torno da velhice, o que tem sido disseminado pela família, comunidade, sociedade e meios de comunicação.

Essa possibilidade de ações educativas intergeracionais vem contribuir para uma nova cultura sobre o envelhecimento, reconhecendo ovalor do idoso enquanto ser que percebe novas possibilidades de aprendizagem mediante o convívio entre crianças, adolescentes e idosos.

*Saberes e a educação escolar.*O estudo“Dançando, cantando e contando histórias, os velhos do Mato Grande/RN educam através dos gestos e da oralidade” evidencia um resgate do próprio sujeito pelas memórias e valorização da cultura local, ao propor uma articulação entre memória e identidade.

Viver as brincadeiras que se encontravam silenciadas pela voz e não ativadas na memória dos idosos permitiu resgatar lembranças, discutir e reconheceras tradições da região,além de produzir um novo olhar da relação entre o velho, o reconhecimento da tradição por meio da educação, favorecendo aos idosos assumirem-se como protagonistas da história, cidadãos ativos.

Educação popular e saúde. Constatou-se pelo estudo “Efeitos da educação em saúde sobre atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica” que há uma tendência positiva sobre a percepção dos idosos referente à velhice, no grupo estudado. Trata-se de uma população referenciada por Centros de Saúde e espaços de participação de idosos, nos quais os profissionais no contato com estes grupos têm como princípio dispensar atendimentos pautados nas diretrizes da Política Nacional e do Estatuto do Idoso.

As ações realizadas seguem os parâmetros previstos para propiciar condições de promoção, integração, autonomia e participação na sociedade, além da proteção. Pode-se inferir que esta percepção pelos idosos está associada à sua proteção, amparo e participação no exercício de cidadania, tanto pelos elementos constitucionais quanto pela efetivação dessa construção no compromisso institucional e profissional da educação em saúde.

O processo de ensino-aprendizagem no Brasil, foco do estudo “A pesquisa sobre o idoso no Brasil: diferentes abordagens sobre educação nas teses e dissertações (de 2000 a 2009)” demonstra que as Universidades Abertas à Terceira Idade no Ensino Superior têm exercido um papel fundamental no processo de educação de idosos.

Caracterizada como modalidade de educação não formal, o trabalho realizado nas UNATIS possibilita empoderamento e inserção social do idoso. A educação desenvolvida nesse modelo representa a esperança na mudança de novo paradigma sobre concepção da velhice.

Sínteses finalizadoras

O envelhecimento ocorre dentro de um contexto que envolve cultura e seus valores, abrangendo as pessoas em todas as faixas etárias, o que inclui crianças, jovens, adultos e velhos. A convivência dessas gerações ocorre de diferentes maneiras envolvendo amigos, colegas de trabalho, vizinhos, membros da família, caracterizando os diferenciais das populações, modelando a forma de envelhecer.

Os estudos pesquisados revelaram que a educação por meio de propostas pedagógicas diferenciadas possibilita reformulações conceituais sobre cidadania, velhice e envelhecimento por meio da participação de profissionais de diversas áreas, interessados nessas temáticas emergentes, com a intenção de contribuir para

a mudança cultural da visão estereotipada da velhice impregnada no próprio velho, na família, comunidade e na sociedade de modo geral.

Frente a esse complexo panorama aporte teórico considerado nas práticas educativas foi de fundamental importância na propositura dessas mudanças no cotidiano profissional de quem se dedica à prática da educação para o idoso, na defesa intransigente de promover uma visão propositiva sobre a velhice, considerando a existência de perdas e ganhos no envelhecer. Deve-se sobretudo contribuir para que o idoso neste cenário seja favorecido por meio de ações educativas com uma visão transformadora, para sua inserção e participação social, além da efetivação de uma formação crítica de todos os cidadãos sobre longevidade e velhice na contemporaneidade.

Referências

Aquino, M. E. S. P.; Porpino K. O. (2014). Dançando, cantando e contando histórias, os velhos do Mato Grande/RN educam através dos gestos e da oralidade. **Revista Holos**, v. 30, n. 5, p. 2014-2019.

Beauvoir, S. (1990). **A Velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (2003). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2003/lei-10741-1-outubro-2003-497511-normaatualizada-pl.pdf> Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Camarano, A. A.; Kanso, S.(2009). Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados. Rio de Janeiro, 2009. Recuperado em 30 de maio, 2018, de http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1426.pdf.

Ferreira, C.F. (2014). *Guia de Estudos*. Organização Mundial da Saúde (OMS). Sinus. Recuperado em 25 de maio, 2018, de <http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS-Guia-Online.pdf>.

Freire, P. (2016). **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Freire, P. (2000). **Pedagogia da Indignação - cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: UNESP.

Massi, G.; Santos, A.R.;Berberian, A P.&ziesemer, N.B. (2016). Impacto de atividades dialógicas intergeracionais na percepção de crianças, adolescentes e

idosos. Revista CEFAC, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 399-407. Recuperada em 10 de junho de 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201618223015>.

Oliveira, R.C.S. (2013). A pesquisa sobre o idoso no Brasil: diferentes abordagens sobre educação nas teses e dissertações (de 2000 a 2009). **Revista Acta Scientiarum Education**, Maringá, v. 35, n. 1, p. 79-87.

Organização Mundial da Saúde. (2005). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Organização das Nações Unidas. (2002). **Plano de ação internacional contra o envelhecimento**. Organização das Nações Unidas, tradução de Arlene Santos. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Brasília, v. 1, n.49, p. 1-84.

Patrocínio, W. P.; Pereira, B. P. C. (2013). Efeitos da educação em saúde sobre atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica. **Revista Trab.Educ.Saúde**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.375-394.

Porpino, K. Dança é educação: interfaces entre corporeidade e estética. Natal: EDUFRN 2006.

Silveira, N.D.R. (2012). Pensar o sentido da existência. In: **Paulo Freire, anistiado político brasileiro**. Instituto Paulo Freire e Comissão de Anistia. Ministério da Justiça (orgs.). São Paulo: Editora e Livraria Instituto Paulo Freire; Brasília: Comissão de Anistia. Ministério da Justiça. p. 1-158.

Sousa, V. L. F. (2018). **Suporte social e qualidade de vida de mulheres climatéricas coronarianas**. (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC, São Paulo, SP, Brasil.

Sousa, V.M, Silveira, N.D.R. Vivências do envelhecer em comunidade: velhices no espaço de Cultura e solidariedade do Jardim da Conquista. In: Fonseca, S. C. (org.). (2016). **O Envelhecimento Ativo e seus fundamentos**. São Paulo: Portal edições. p. 78-99.

CAPÍTULO 07 – A CULTURA DO LONGEVIVER E A CURADORIA DO SABER

Beltrina Côrte
Vera Brandão

A cultura é a única faceta da vida e da condição humana em que o conhecimento da realidade e do interesse humano pelo auto aperfeiçoamento pela realização se fundem em um só [é] o único conhecimento audacioso o bastante para oferecer ao mundo seu significado, em vez de acreditar (ou fingir acreditar), com ingenuidade, que o significado está ali, já pronto e completo, à espera de ser descoberto e aprendido. A cultura, portanto é o inimigo natural da alienação. Ela questiona constantemente a sabedoria, a serenidade e a autoridade que o real atribui a si mesmo (Bauman, 2012, p. 300-301).

O conceito de cultura, em sua clássica definição, é como um repertório de normas, crenças, hábitos, modos de ver, viver e se relacionar – um sistema de valores – que define no plano individual e social, e de acordo com tempo e lugar, a identidade do indivíduo e do grupo de pertença. É composto do conjunto de conhecimentos adquiridos nas experiências vividas cotidianamente e do acervo construído por meio da educação formal certificada, após longos anos de estudos.

Sem nada descartar, agregamos neste capítulo o conceito de cultura, destacado na epígrafe, como *conhecimento da realidade* no território de vida com seus questionamentos, ambiguidades, mudanças, instabilidades, caracterizadas pelas experiências no *livre fluxo de informações – movimento mais incerteza* - próprio à transformação humana na busca de sentidos (Bauman, 2012; Balandier, 1997).

Nesta perspectiva a cultura, tal qual trabalhamos no Portal do Envelhecimento⁵, pode ser pensada em seu sentido mais amplo e filosófico, como o processo ligado a “inconclusão do ser humano” e permanente questionamento, contestação e transformação dos saberes adquiridos, e o uso que deles fazemos na busca de sentidos. Como afirma Hegenberg (2002, p. 25):

⁵ Ver <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br>

O ser humano transforma a circunstância em mundo [ele] reconhece as coisas, “entende-as”, sabe valer-se delas, para seu benefício [...] o caos circundante se transforma em mundo – uma circunstância dotada ainda que parcial e provisoriamente, de certa interpretação. A este tipo de ajuste, ainda rudimentar, cabe denominar *saber de*⁶.

A Cultura e o Longevidade na Sociedade Contemporânea

Ao abordar o conceito ‘cultura do longevivo’ valorizamos esse desafio de inter-relacionar as diferentes significações de cultura e seus saberes - formais e informais - tendo como panorama o processo de transformações e incertezas da sociedade contemporânea. Nela compreendemos os sistemas de significação e sentido do processo de envelhecimento acelerado, nunca antes vivido, e a experiência de viver mais tempo, em meio à incerteza e a provisoriedade na qual se depara com a própria fragilidade, vulnerabilidade, ignorância, impotência, e o que “repentinamente escapa ao nosso saber, ao nosso poder e à nossa vontade” (Larrosa, 2015, p. 42).

Construímos a ‘cultura’ por meio das palavras, a partir do que experienciamos, refletimos e compartilhamos, deixando ecos de questões não resolvidas, não respondidas – um movimento que questiona a sabedoria como apanágio de um só ou de um grupo. Nos ‘abrirmos’ em palavras ao outro pode ser o necessário passo para a reflexão, compreensão e divulgação desse complexo tema, e pensarmos juntos sobre possibilidades da convivência e ação igualitária no panorama de instabilidade pessoal e social – do *saber de* para o *saber como*.

Os estudos de Antropologia indicam como as etapas etárias da vida são marcadas e ritualizadas de modo diverso, nos diferentes grupos sociais – como, por exemplo, a idade em que um jovem é considerado adulto e quando este é considerado velho. Nas sociedades tradicionais são inúmeras as descrições tanto da valorização da sua experiência, como também de seu afastamento, voluntário ou determinado, conhecimento que nos faz questionar nelas a ‘idealização’ do papel do idoso, como o clássico detentor da sabedoria da cultura, como já indicam alguns estudos (Minayo e Coimbra, 2002; Lins e Barros, 2000; Uchôa, 2003).

Na sociedade contemporânea o ‘rito de entrada’ para a idade está mais fluido, devido às condições inerentes à época atual, mas verificamos o mesmo

⁶ O autor vai fazer a distinção entre *saber de*, como sistema de significação; *saber que*, como sistema lógico; e *saber como*, como sistema ligado à ação apropriada ao contexto.

descompasso entre valorizar ou menosprezar o velho, indicadores da necessidade de abertura para o tema se almejamos o longeviver com dignidade, como propõem os documentos oficiais, termo cujo significado ainda carece de reflexão aprofundada e deixamos em aberto à discussão.

Na sociedade de consumo e descarte, o principal rito de passagem para o 'ser' velho é a aposentadoria – a morte social – que marca o início do período de perdas financeiras, físicas e sócio emocionais. Muitos dos que ajudaram a construir a sociedade seja com o trabalho assalariado convencional, seja com seus pequenos fazeres informais – um processo de reconstrução cotidiana – tornam-se dependentes de esquemas viciados de remuneração, que impactam a qualidade de vida ao final do seu ciclo. São os 'deserdados' do sistema de trabalho-emprego e, de modo mais impactante, aqueles que viveram na informalidade, sem contribuição securitária formal, e que se mantêm com escassas benesses sociais. Além da assistência social e de saúde, a manutenção de certa independência financeira nessa etapa da vida é fundamental na conservação da capacidade de decisão, impossibilidade que eleva o grau de fragilização.

A 'metamorfose' é também a marca do que hoje se considera trabalho, produção e recompensa, e é urgente a reflexão e ação para que os direitos adquiridos por essa geração de idosos, cada vez mais longevos, não seja usurpado. No futuro outras questões devem surgir para os adultos jovens que vivem esse momento de transformação. O desejo de construção de uma cultura do longeviver, no escopo dessa realidade, busca superar esses desafios, em meio ao *movimento mais incerteza*, a favor de uma sociedade envelhecida, realidade nos países desenvolvidos, cada vez mais próxima no Brasil.

Esse tem sido nosso objetivo nos muitos anos de trabalho na área da gerontologia social, no qual buscamos a perspectiva interdisciplinar na articulação dos diferentes saberes, incluindo as experiências cotidianas dos indivíduos que envelhecem, e informando em mídia aberta os muitos modos de viver e envelhecer, com o objetivo de colaborar na compreensão, participação e construção da 'cultura do longeviver' como responsabilidade social. Desse modo, valorizamos as experiências e aprendizagens múltiplas, que se complementam e reconstroem ao longo da vida, compondo os saberes que possam colaborar na construção de espaços de vida plena, compartilhados por todas as idades. Para tanto é preciso dialogar e articular as palavras proferidas por especialistas e velhos cidadãos na

construção de conhecimentos renovados, uma interlocução fundamental, no espaço e tempo social, para pensar o longeviver na sociedade de comunicação. Como afirma Martín-Barbero (2014, p. 33):

Dialogar é arriscar uma palavra ao encontro não de uma ressonância, de um eco de si mesma, mas sim de outra palavra, da resposta de um outro [...] é descobrir na trama de nosso próprio ser a presença dos laços sociais que nos sustentam. É lançar as bases para uma posse coletiva, comunitária, do mundo.

O longeviver é considerado uma das maiores conquistas da humanidade, resultado do progresso técnico, científico e social. Mas ainda existem preconceitos contra os idosos, faltam políticas públicas mais consistentes, verifica-se má gestão de recursos e programas a eles dirigidos, além de formação inadequada de profissionais na área da gerontologia social, entre outros problemas, passíveis de serem superados por meio da formação e informação à sociedade de modo amplo.

Neste contexto, destacam-se os aspectos ligados às construções sociais sobre o ser que envelhece, nas quais ainda predomina a visão estereotipada ligada aos termos empregados na sua denominação, que reforçam a ideia desse processo como ligado às fragilidades e perdas, desconsiderando aspectos positivos – interesse, sabedoria, dignidade e criatividade, entre outros (Brandão & Mercadante, 2009).

Esclarecemos que os termos longevidade e envelhecimento são empregados, muitas vezes, como sinônimos, mas aqui serão abordados como correspondentes a duas realidades inter-relacionadas, que não querem dizer o mesmo. O *envelhecimento* é um processo de desenvolvimento e inerente à condição biológica de todo ser vivo, ciclo vital que vai do nascimento à morte, considerando seu processo natural. Como resultado dos progressos das diferentes ciências, se observa a crescente extensão deste ciclo, apontando o aumento da esperança de vida. A *longevidade* é o tempo de vida que o ser humano, como espécie, vive.

Há de se esclarecer, no entanto, que a longevidade humana não aumentou, pois até o momento não existem pesquisas relatando que o ciclo de vida de um ser humano ultrapasse os 125 anos. O que ocorre é o aumento da expectativa de vida, ou seja, o maior número de anos que se vive, chegando-se cada vez mais próximos ao topo do tempo de vida que a espécie humana consegue viver, que é de 120 a 125 anos, resultando, assim, em um maior número de pessoas longevas. Por isso

trazemos aqui o termo *longeviver* que traduz, a nosso ver, de modo mais fiel a ideia de vida em processo de ‘maturação’, com interfaces biológicas, sociais, econômicas e existenciais – na qual existe, para muitos, a possibilidade de um prolongamento do “tempo de vida” (Brandão, 2013).

Esse tempo – o longeviver – é denominado por alguns estudiosos como quarta idade, com crescente número de indivíduos de 80 anos e mais, uma realidade nos países desenvolvidos e que se observa em desenvolvimento em nosso país (Papaléo Neto & Kitadai, 2015). Na Europa já é comum se falar em quinta idade (dos 90 aos 99 anos), centenários (100 a 109 anos) e supercentenários (acima dos 110 anos).

Importante ressaltar, no entanto, que a característica da população idosa não se apresenta como uma estratificação, que vai dos menos idosos aos mais velhos, mas a coexistência, na mesma idade, e até mesmo na idade avançada, de indivíduos que apresentam diferentes graus de comprometimento na saúde. O grau de saúde condiciona ‘modos de vida’ distintos uns dos outros, sejam pelo horizonte de tempo que lhes estão associados, os espaços que os definem, os riscos que os habitam, as atividades e sociabilidade que impulsionam (Lalivé d’Epinay & Spini, 2007).

Para refletir sobre o longeviver na sociedade contemporânea consideramos não só o número de anos a ser alcançado, mas como vivê-los⁷. Segundo informações da Comissão Europeia para Saúde Pública⁸ no planejamento das políticas públicas devem ser considerados os dados relativos ao tempo de vida saudável - ou esperança de vida sem incapacidades - que indicam o número de anos que uma pessoa pode esperar viver sem limitações importantes. Nos documentos oficiais o indicador "Anos de Vida Saudável" (*HLY - Healthy Life Years*) faz parte do principal conjunto de indicadores estruturais europeus.

No Brasil, este indicador deve ser considerado de extrema relevância nas análises de nossa população, e impactar a elaboração de políticas públicas voltadas tanto para a prevenção e manutenção da qualidade de vida no período mais estável, como o provimento de recursos econômicos e humanos na perspectiva dos anos de vida com incapacidades e fragilidades maiores. Nesse conjunto, a seguridade

⁷ Dados do IBGE (2016) indicam que o número de idosos com 80 (oitenta) anos ou mais deve ultrapassar 19 (dezenove) milhões de pessoas até o ano de 2060.

⁸ Ver <https://ec.europa.eu/info/index>

econômica é atualmente um dos mais significativos desafios a serem enfrentados ante esse aumento da população idosa e o crescente empobrecimento da população em geral⁹:

Revolução é o colapso da ordem social em favor de um novo sistema. A revolução da longevidade nos força a abandonar as noções existentes de velhice e de aposentadoria. Essa construção social é simplesmente insustentável diante do incremento de 30 anos de vida (ILC, 2015, p.16).

Reflexões sobre o Saber e o Longevidar

Na epígrafe deste capítulo, Bauman (2012) afirma que a cultura se opõe, necessariamente, à alienação por questionar o que diz ser ‘sabedoria’, contestando sua pretensa *autoridade e serenidade sobre o real*. O que se considera saber pode ser, nesta perspectiva, indagado – O que é? Como se constituiu? Como utilizá-lo para a vida? A primeira reflexão nos indica sua pluralidade – saberes – já que não se pode pensar que em um saber único, como verdade absoluta. Segundo Maturana e Varela (2001, p. 265-270):

[...] ao pretendermos conhecer o conhecer encontramos-nos nitidamente com o nosso próprio ser [...] todo conhecer é um fazer [e] todo o ato humano, ao construir um mundo na linguagem, tem um caráter ético, porque ocorre no domínio social.

O termo ‘conhecer’ – *saber de* - já nos indica um primeiro passo no caminho complexo no processo de integração dos saberes como ato humano em meio social. Devemos considerar que a primeira impressão – *o saber de* - vem das experiências que vivemos e do *que se passa e do que nos acontece* a partir dela (Larrosa, 2015). O que nos impacta? A experiência, única e individual, é percebida pelos sentidos e filtrada pelo corpo, e a sensação que dela deriva já foi considerada pela Filosofia como *elemento simples e último do conhecimento*. As sensações básicas de frio, calor, dor, paladar, cheiros, sons, nos fornecem os indícios do ambiente circundante e, gradativamente, criamos classes de experiências agradáveis e desagradáveis.

Assim, cada indivíduo experiencia e elabora conhecimentos sobre o ‘mundo’ e adquire um repertório de sensações e aprendizados e cria ‘seu’ universo de saberes

⁹ Envelhecimento da população não prejudica a Previdência Social. Entrevista com prof. Jair Cardoso, da Faculdade de Direito de Ribeirão Preto (FDRP) da USP. <https://jornal.usp.br/atualidades/envelhecimento-da-populacao-nao-prejudica-a-previdencia-social/>

– *saber de*. Como incorporamos e transformamos experiências, os conhecimentos individuais em saberes logicamente organizados – *saber que*; visando ações coletivas, com benefícios comuns – o *saber como*.

Foi a necessidade de sobrevivência dos primeiros grupos humanos que promoveu o encontro entre os conhecimentos incipientes sobre o desafiador mundo natural na busca do bem comum, formando um acervo de conhecimentos que, ao longo de milhares de anos, se transformaram em saberes que possibilitaram o desenvolvimento de grupos comunitários até as grandes civilizações. Como afirma Fourez (2000, p. 6):

A distinção entre os conhecimentos de uma pessoa em particular e os saberes estabelecidos e socializados mostra que cada pessoa constrói sua própria representação do mundo (seus conhecimentos), enquanto que os saberes são representações instituídas e padronizadas e, portanto, comunicáveis em contextos sociais mais abrangentes.

A comunicação entre os sujeitos mostra-se, desde o início, fundamental para a construção de saberes úteis na elaboração de modos de conviver – *saber como* - mesmo antes da palavra se tornar meio de comunicação, segundo indicam diferentes estudos sobre nossos ancestrais. Ao longo do tempo os conhecimentos foram sendo intercambiados, articulados e divulgados até formar o acervo de saberes a partir dos quais se desenvolveu a expressão oral e, progressivamente, as ciências geradoras de progresso humano e material (Morin, 1996).

O processo de *educação formal* foi se consolidando ao longo da história tornando-se imperativo no mundo moderno e contemporâneo, seus resultados trouxeram inúmeros benefícios para o desenvolvimento das ciências, mas a engenhosidade humana não fez apenas bom uso dos saberes, como vemos hoje nos espaços de conflito, sejam presenciais ou nos meios de comunicação.

Idealmente a educação pressupõe diálogo - comunicação. Não apenas transferência de saberes, mas encontro de sujeitos que buscam significações e sentidos, expressos pela linguagem, e compreender de maneira ampla o objeto da comunicação. Os saberes se constroem na troca solidária, valorizando as experiências e os projetos de vida-trabalho.

O que se denomina hoje *educação continuada* é processo de aprendizagem e formação permanente visando melhor desempenho e progresso, ao longo da vida

pessoal e profissional, articulando os saberes formais e os derivados das práticas cotidianas. Os espaços para a educação continuada devem ter como premissa a interdisciplinaridade com objetivo de promover a abertura para troca de experiências e conhecimentos diversos; respeitar a diversidade; promover o diálogo e parceria.

Nessa perspectiva é fundamental que o professor-mediador seja um profissional reflexivo (Schon, 2007), ponte entre o mundo acadêmico e a prática profissional, que seja um facilitador na construção de saberes em rede, como responsabilidade social, valorizando os saberes-fazer de todos os cidadãos.

Na perspectiva da educação formal ou continuada em Gerontologia Social buscamos novas e melhores soluções frente à complexidade inerente a todas as etapas da vida, incluindo os muitos anos que se vive como velhos, saudáveis ou não, desafio suplementar que se impõe na contemporaneidade. Articular os saberes formais e experiências profissionais sobre os idosos com o saber e a experiência daqueles em processo de envelhecimento, visando melhor enfrentamento das dificuldades e implantação de projetos inovadores que possam transformar positivamente o longeviver, construindo um novo imaginário social e favorecendo a troca intergeracional.

As questões teóricas e filosóficas que permeiam as reflexões sobre a existência humana indicam a necessidade da compreensão do longeviver como fenômeno complexo, que abriga um conjunto de saberes e áreas de conhecimento - sociologia, psicologia, antropologia, serviço social, economia, política, direito, biologia, filosofia, comunicação, entre outras - uma perspectiva abrangente e substantiva. Ele deve ser pensado como relações e interfaces, características da interdisciplinaridade, pois refletir sobre o processo de envelhecimento e o longeviver sugere o desenvolvimento de novo olhar, novo pensar a respeito dos seus vários significados e dimensões, visando ações consistentes.

Consideramos que esse processo de educação continuada não é apenas transferência de conhecimentos, mas criação de possibilidades para a sua própria construção, com a consciência do seu inacabamento. Vivemos a cultura do 'possível', pois a instabilidade é hoje cotidiana, não mais vivemos períodos de crise – ela é permanente - o que exige abertura ao diálogo, gerador de acertos possíveis em cenários de fragmentações e reconfigurações.

Consideramos, assim, que a educação continuada, a pesquisa, a informação qualificada e sua divulgação em mídia aberta são fundamentais para ultrapassar os

estereótipos que formam um arco tendo em uma ponta a visão da decrepitude e na outra a disposição e saúde idealizadas, além do incremento de políticas sociais (Brandão & Mazzaferro, 2013).

Trazemos para esta reflexão a perspectiva da *educação ao longo da vida* (*lifelong learning*) que se refere às oportunidades educacionais e de aprendizado para adultos em geral, como possibilidade de promover melhor qualidade de vida, e instrumento contínuo de transformação. Segundo Alheit e Dausien (2006, s/p) essa política encontra-se definida no *Memorandum sobre a educação e a formação ao longo da vida*, documento ratificado em Lisboa, pela Comissão Europeia:

A aprendizagem ao longo da vida (*lifelong learning*) não é apenas mais um dos aspectos da educação e da aprendizagem; ela deve se tornar o princípio diretor que garante a todos o acesso às ofertas de educação e de formação, em uma grande variedade dos contextos de aprendizagem (Commission of the European Communities, 2000, p. 3)¹⁰.

Alheit e Dausien (2006, s.p.) iniciam suas reflexões afirmando que:

O conceito de "aprendizagem ao longo da vida" permanece mal definido. Que nós aprendemos durante toda a nossa vida, é evidente. Desde nossos primeiros passos e de nossas primeiras palavras até a nossa idade mais avançada, fazemos experiências novas, adquirimos novos saberes e novas competências. Somos quase tão inconscientes do modo que temos de aprender, quanto do fato de respirarmos.

Os autores reconhecem o aprendizado da educação formal, como escola e universidade, lugares, segundo eles, 'instituídos de formação e de aprendizagem'. Contudo, reconhecem que 'o que aprendemos de verdadeiramente importante' na maior parte das vezes não tem relação com as grades curriculares. Para Field (2000), a 'escola' mais efetiva que há é a 'universidade da vida', espaço em que cada um experimenta situações, adquire habilidades, testa emoções e sentimentos.

Alheit e Dausien (2006), seguindo essa mesma linha de pensamento, assinalam que é no cotidiano que se aprende, não importando se essa maneira é "trivial ou requintada. Para eles a formação se dá nas relações de amizade, na leitura de livros, navegando na internet, "tanto quanto quando refletimos e quando

¹⁰ http://arhiv.acs.si/dokumenti/Memorandum_on_Lifelong_Learning.pdf

fazemos projetos” (s/p). Segundo os autores, “somos aprendentes ‘no longo curso’ da vida” (s/p).

A aprendizagem contínua favorece o bem-estar e é considerada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)¹¹ um dos componentes mais importantes do capital humano em um mundo que está envelhecendo. Este importante tema é retomado em destaque no documento *Envelhecimento Ativo* (ILC, 2015), ao lado da saúde, participação, segurança/proteção. Assim, a aprendizagem ao longo da vida,

É um pilar que sustenta todos os outros pilares do Envelhecimento Ativo. Nos instrumentaliza para permanecer saudáveis, relevantes e engajados na sociedade. Confere, portanto, poder de decisão e maior certeza de segurança pessoal. No nível social, pessoas bem informadas e capacitadas de qualquer camada social e de todas as idades contribuem para a competitividade econômica, o emprego, a proteção social sustentável e a participação dos cidadãos. A aprendizagem ao longo da vida, ao facilitar a prosperidade em geral, contribui significativamente para a solidariedade entre gerações (ILC, 2015, p. 49).

Neste contexto, a interdisciplinaridade em sua perspectiva crítica, que alia teoria e prática se consolida, pavimentando o caminho da aprendizagem ao longo da vida, que envolva todos os cidadãos e resulte em ação comprometida na articulação dos saberes vinculados à vida cotidiana, destacando questões relacionadas à identidade e subjetividade, às trocas sociais e afetivas, à saúde, à previdência social, ao trabalho, à família e às políticas públicas, dentre outras. O exercício de reaprender e refazer, individual e coletivo, se concretiza no movimento da escuta sensível de nós mesmos e dos outros - descobrir, construir, aprender e ensinar com e a partir da intersubjetividade (Brandão& Côrte& Fazenda, 2015).

Se os conhecimentos demandados forem partilhados por todos já não serão mais vantagens, muito menos competitivas, especialmente no sistema de produção acadêmica que estimula, atualmente, um ciclo infinito de inquietação, insegurança e desestímulo à produção e divulgação de importantes estudos na área.

O estabelecimento e divulgação dessa visão alargada sobre o processo de envelhecimento, por meio de trocas de conhecimentos e saberes, deve ser

¹¹ Cf. Keeley B. (2007). OECD Insights - Human Capital: How what you know shapes your life. Paris: OECD Publishing.

destacado na mídia como promotora do “novo olhar” sobre viver e envelhecer - rompendo o discurso ainda predominante que mais veicula notícias sobre os seus “custos” para a sociedade, reforçando, assim, o preconceito e a exclusão - e aposta na construção de uma sociedade para todos e livre das barreiras etárias.

Para Moran (2017) é urgente e viável pensar no processo de ensinar e aprender visando uma vida plena, que depende de cada um de nós. Afirma que:

É importante mostrar a cada pessoa, no momento em que se encontra hoje, que o investimento mais importante que pode fazer é em estar mais atenta para aprender com tudo, com as pessoas, com o entorno físico e o digital, em um mundo tão pulsante e dinâmico. Aprender de forma aberta e intencional é a maior riqueza que podemos acumular, a que acrescenta maior valor e significado à nossa vida e a que nos trará maior realização em tudo (2017, s.p. grifo do autor).

Mídia e Curadoria: Portal do Envelhecimento

Refletindo sobre o trabalho profissional na Gerontologia Social verificamos que nossa atuação aborda os diferentes modos de organizar os conhecimentos e aprendizagens múltiplas em saberes, material partilhado em congressos científicos, por meio de artigos e livros, resultados de estudo e pesquisa permanentemente. O trabalho se desdobra na organização e docência de cursos universitários e os de especialização / educação continuada nos quais é imperativo pesquisar o acervo temático para extrair o que é relevante ao contexto e, posteriormente, desempenhar o papel de professor-mediador com público formado por profissionais que buscam aprimoramento de suas práticas.

Neste ponto surge o desafio de articular os saberes desses profissionais, de diferentes áreas, com os derivados das práticas cotidianas, com seus desafios e conquistas, com os já instituídos e parte do acervo formal da área. A mediação, nestes casos, deve buscar o equilíbrio entre os diferentes saberes-fazer, incentivando o diálogo interpares, com respeito às diferenças, no estabelecimento de um saber integrativo. O apoio dado à escrita e publicação dos trabalhos finais desses cursos tem sido importante na apropriação, rearticulação e divulgação de saberes construídos por cada um e pelo grupo, tornando claro o processo de educação continuada, posteriormente divulgado em mídia aberta.

Constatamos atualmente nestes cursos maior frequência de pessoas com educação formal finalizada, mas que não são profissionais atuantes, e que vêm em

busca de conhecimentos na área do envelhecimento, seja por participar dos cuidados de familiares idosos, para a compreensão do próprio processo de longeviver ou para, inclusive, entrar no mercado de trabalho. Essa perspectiva indica a necessidade da implantação e manutenção dos cursos livres, com temáticas variadas, dirigidos ao público em geral, no qual seja possível favorecer a aprendizagem ao longo da vida, estimulando o conhecimento de si e do outro, a reflexão sobre a vida e seus desafios em perspectiva humanística, buscando a solidariedade intergeracional, entre outras possibilidades.

Deixamos neste ponto uma nota a respeito de alguns cursos dirigidos ao público idoso, especialmente nas Universidades Abertas, nas quais se observa que os indivíduos são agrupados sem um critério específico, partindo da 'ideia' de que eles desejam apenas 'passar o tempo', e não é realizada uma supervisão formal adequada. Abordamos brevemente esta questão por também fazer parte de nossa experiência profissional em diferentes espaços, nos quais nos deparamos com desafios importantes ao buscar exercer o papel de mediadores, escapando ao modo clássico de ensino-aprendizagem. Em muitos espaços o docente 'show' é mais valorizado do que aquele que chama o grupo à reflexão. Se a perspectiva é uma educação para o longeviver deixamos este ponto em aberto para pensar em novas possibilidades.

A reflexão sobre nosso trabalho nos levou a considerar outra perspectiva, que diz respeito às escolhas feitas no acervo de saberes, seja para organizar um curso, uma aula, orientar um trabalho de pesquisa, escrever um artigo ou, como editoras, avaliar um trabalho para publicação. Concluímos que fazemos uma busca, organização e ação no campo dos conhecimentos - uma curadoria de saberes.

Para contextualizar esta afirmação verificamos que o termo curadoria tem como matriz a palavra cura - com sentimento de desvelo e responsabilidade pelo outro - que se desdobra nos termos cuidar/cuidado, no sentido de zelo e atenção. A primeira significação do cuidar está associada ao ato de proteger e ajudar quem necessita de apoio diante de fragilidades físicas e/ou emocionais (Boff, 2005). Na perspectiva do longeviver é a ação de se (pre) ocupar e agir para melhora ou manutenção da qualidade de vida do idoso - seja como familiar ou na atividade profissional.

Na área da educação formal, continuada ou permanente, 'cuidamos' do acervo de conhecimentos próprios e compartilhados, assumimos uma atitude de

responsabilidade e atenção na sua divulgação em espaço aberto à discussão pelos participantes. O termo curadoria é habitualmente utilizado na área artística, e ‘fazer uma curadoria’ em artes plásticas, como exemplo, implica conhecer, selecionar e organizar obras de um ou diferentes artistas, seguindo determinada temática ou cronologia, dando um sentido ao acervo selecionado. É possível ‘contar’ uma história sobre o percurso do (s) autor (es), de determinada corrente artística, ou ‘provocar’ o expectador a uma reflexão a partir do tema e obras escolhidas.

Podemos dizer que a curadoria dos saberes – ou conteúdos – tem princípios semelhantes, pois ao organizar um curso, propor determinadas leituras teóricas, ou textos livres, sugerir pesquisas em bases de dados on-line também estamos organizando, com zelo e atenção um acervo, digamos, de ‘primeiro grau’, numa perspectiva humanista que acolhe e promove a troca de conhecimentos, experiências e saberes em contexto adequado.

Cuidamos da educação formal, continuada ou permanente de muitos indivíduos ampliando possibilidades de ser e saber, pois ao acervo escolhido agregamos aqueles trazidos pelos participantes – sejam textos complementares, notícias ou relatos de experiências. Afirmam Gonçalves e Teixeira (2017, p. 5) que:

Essa humanização no processo permite observar a curadoria como mais do que um instrumento ou ferramenta replicável, e sim como fonte de capital social a ser estudado, em fluxos que favorecem o fortalecimento de redes e a produção de conhecimento. O compartilhamento é que o curador de conteúdo adicionou algum valor ao que está sendo compartilhado, ou seja, não é apenas uma regurgitação de conteúdo que foi encontrado.

Neste momento o docente / mediador reforça a curadoria no estímulo a reflexão crítica e no cuidado ético para que o espaço de liberdade seja favorável à partilha e troca de saberes – acolhendo discordâncias, mudanças, negação – abrindo caminhos de articulações, mesmo com diferentes posições, em direção a um patamar de ‘segundo grau’ – saberes rearticulados.

De acordo com Dimenstein e Cortella (2015), a curadoria deve ter como base a credibilidade e o curador, neste sentido, é um ‘compartilhador’ que promove o conhecimento, a partir de bases bem estabelecidas, para a comunidade e a sociedade ampla. Como no exemplo da exposição artística os autores afirmam que o curador deve instigar o pensamento, tirar do conforto e mesmo provocar como

possibilidade de renovação. Afirma Martin-Barbero (2014, p. 80), que na sociedade contemporânea “as transformações no modo como circula o saber [constituem] uma das mais profundas transformações que uma sociedade pode sofrer”.

Foi nesse novo cenário de ‘circulação de saberes’ por meio de diferentes mídias, em uma sociedade em processo acelerado de envelhecimento, que surge, no ano de 2004, o espaço midiático *Portal de Envelhecimento*, com a missão de:

Transferir informações qualificadas sobre a velhice e o envelhecimento possibilitando o acesso democrático ao conhecimento sobre esta instigante fase da vida por meio de conteúdos com credibilidade. O Portal oferece acesso livre e imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de disponibilizar gratuitamente o conhecimento sobre o envelhecimento ao público amplo, e proporcionar, além de sua maior democratização, a consolidação da cultura da longevidade.

Neste contexto objetiva construir uma rede de solidariedade entre diversos segmentos sociais, além de pensar nova concepção sobre a velhice, em sua complexidade e múltiplas dimensões.

A linha editorial do *Portal do Envelhecimento* adota os conceitos da Gerontologia Social ao destacar que a vida está acima da doença, e que em um corpo doente habita um sujeito, um ser que envelhece e não unicamente um ser que adocece. Apoiados em Martín-Barbero consideramos o meio virtual como um espaço democrático de comunicação, educação continuada e permanente, apoiado na curadoria dos conteúdos publicados, pela palavra mediadora e geradora de “novos sentidos que possam reinventar o presente e reconstruir o futuro” (Martin-Barbero, 2014, p. 18).

A reinvenção do presente e a reconstrução do futuro compõem o eixo principal desse desafio no panorama do crescente longeviver, contexto no qual consideramos a comunicação virtual como meio de informação, educação continuada/permanente e espaço para a palavra dos idosos e profissionais da área. Observamos ser grande o desconhecimento a respeito do processo de envelhecimento e o longeviver, apesar de ser hoje tema da grande mídia que mantém um discurso eivado de prejulgamentos e estigmas e que não colabora para que esse período da vida, parte do ciclo vital, seja compreendido em suas reais dimensões (Brandão & Côrte, 2017).

Neste sentido consideramos o espaço virtual como campo de possibilidade para o diálogo social amplo e transformador, proposta do *Portal do Envelhecimento* que se amplia com a criação em 2010 da *Revista Portal de Divulgação* (2010-2018)¹² que traz artigos ligados à velhice, envelhecimento e o longeviver humano com rigor, simplicidade e acessível ao leitor não especialista. Segundo Gonçalves e Teixeira (2017, p. 4):

[...] considerando a ação humana no processo, os termos curadoria digital, curadoria de informações e curadoria de conteúdo são utilizados [...] para definir o conjunto de ações que envolvem descobrir, recolher, contextualizar e apresentar conteúdos digitais (Cui et al., 2013), sejam eles de mídia social ou de outras fontes da web relevantes sobre determinado tema.

O *Portal do Envelhecimento* e a *Revista Longeviver* realizam uma curadoria de amplo espectro, em mídia de acesso livre, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento sobre o processo de envelhecimento ao público proporciona, além de sua maior democratização, a consolidação da cultura do longeviver.

O *Portal* tem atualização diária com criteriosa curadoria de conteúdos que se pauta na pertinência, relevância e veracidade de informações, sejam as replicadas ou nos materiais originais enviados por uma grande rede de colaboradores. As notícias e artigos que envolvem as muitas faces do envelhecimento, e seus desafios migram, gradualmente, para o acervo dividido e disponível em seções ou blogs. Os artigos opinativos não refletem necessariamente a visão do Portal, sendo que a reprodução total ou parcial de textos deve citar sempre a fonte¹³.

A curadoria da *Revista Longeviver*, publicada trimestralmente, segue os mesmos critérios, processo que passa pela avaliação do material recebido para publicação - que pressupõe leitura cuidadosa, analisando forma e conteúdo - dos artigos, resenhas e relatos de experiência enviados por docentes e estudantes de cursos superiores e especialização, além de profissionais de várias áreas do conhecimento e de diferentes estados brasileiros, que aprovados são publicados,

¹² A Revista *Portal de Divulgação* recebe a partir de janeiro de 2019 a denominação de *Revista Longeviver* (ISSN 2596-027X), seguindo os mesmos princípios, objetivos e orientações à publicação, sem descontinuidade, e será assim denominada na sequência deste capítulo.

¹³ <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/revista-longeviver-ano-i-n-1-jan-fev-mar-2019/>.
<https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/quem-somos/>

com o “propósito de estimular o debate sobre os territórios do envelhecimento e da velhice e de refletir as diversas tendências da longevidade humana”¹⁴.

Assim como o *Portal*, seu objetivo é ser meio de educação continuada não formal, na medida em que se engaja na perspectiva de abertura de novos espaços de construção de conhecimentos, comunicação e diálogo por meio virtual, contexto no qual se destaca a possibilidade aberta a trabalhos científicos formais, produzidos na graduação e pós-graduação, conclusão de curso (TCC), relatos de experiências e reflexões, como incentivo às primeiras escritas formais. Na mesma edição, guiados pelo editorial, estabelece-se um diálogo formador entre trabalhos iniciais com escritos científicos convencionais, ampliando a troca de saberes e experiências, em muitos dos quais se escuta a “voz do idoso” que relata o próprio processo de envelhecimento e suas questões.

Afirma Martín-Barbero (2014, p. 80) que “as transformações no modo como circula o saber constitua uma das mais profundas transformações que uma sociedade pode sofrer” que passam a ser constitutivas da cultura, meio no qual se expressam e comunicam de muitos modos, os humanos. Plena de signos e significados que nos constituem e constroem - processo que se retroalimenta com a apreensão, interpretação e devolução pessoal ao meio.

Acreditamos que as palavras provocam mudanças e ao divulgar uma notícia, ou texto opinativo, é fundamental que além de informar, elas possam também anunciar/propor uma reflexão. A credibilidade é o ponto fundamental no contexto, o que reforça a importância da curadoria ética, comprometida com a qualidade, seja na busca de informação e sua reprodução, como na escrita e divulgação de textos acadêmicos e materiais que tenham como objetivo a formação continuada e permanente em mídia aberta.

As palavras são, assim, as mediadoras desses saberes, vetores de possíveis encontros, que buscam outras palavras-respostas ao chamamento ao diálogo, que podem desvelar os laços sociais que nos constituem e sustentam, propiciando o encontro e “posse coletiva e comunitária do mundo” (Martin-Barbero, 2014). O domínio da fala/palavras nos fez humanos, tecendo a cultura com fios que expressam nossos medos, desejos, sonhos e realidades. Delas são feitas as questões que nos movem, pois a busca de resposta se traduz na busca de sentidos,

¹⁴<http://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/about/editorialPolicies#openAccessPolicy>

mais ou menos claros, ao longo da vida. É no seu poder que se apoia o diálogo, busca de entendimento, compreensão e ampliação de horizontes (Larrosa, 2015).

A palavra livre, criadora e comprometida com seu significado profundo, se insere na busca do conhecimento dirigido a uma vida plena, e a liberdade, neste sentido, não é a ausência de disciplina e regras mínimas, mas a de veicular informação na busca do bem comum, que pressupõe o “êxito de nossa integração social” (Mariotti, 1999; Savater, 1998). Tanto Mariotti quanto Savater indicam que a “liberdade de aprender” se torna realidade ao divulgar conteúdos para a reflexão social sobre os temas que envolvem, entre outros, o longeviver humano.

Verificamos, assim, que a interface entre cultura e comunicação é “uma relação de inclusão recíproca que faz que um fenômeno de cultura funcione também como processo de comunicação; ou que um modo de comunicação seja igualmente uma manifestação da cultura” (Caune, 2014, p. 8), tal como acontece no Portal do Envelhecimento.

Finalizando nossas reflexões, enfatizamos o conceito de cultura como *conhecimento da realidade* no território de vida com seus questionamentos, ambiguidades, mudanças, instabilidades, caracterizadas pelas experiências no *livre fluxo de informações*, característica da sociedade contemporânea. Mas, apesar das incertezas, sempre as palavras serão meios de informação e transformação visando o diálogo propício para a formação e transformação humana na busca de sentidos.

A construção da Cultura do Longeviver, linha mestra do *Portal do Envelhecimento* e da *Revista Longeviver*, expõe a face que espelha os sentidos/significados nos muitos modos de viver e envelhecer, ideia/ideal partilhada no espaço virtual pela palavra. O lugar privilegiado que lhe é concedido deve-se ao fato de que a fala humana é o instrumento com o qual o ser humano modela seu pensamento, exprime seus sentimentos, manifesta suas emoções. Caune (2014) assinala ainda que é pela linguagem que o homem exerce sua influência e é influenciado por outros membros da comunidade. Acreditamos que o *Portal do Envelhecimento* e a *Revista Longeviver*, ao fazer a curadoria da experiência humana do envelhecer, estão expressando, assim, as transformações e incertezas de nossa cultura contemporânea, a fim de se refletir sobre o longeviver na sociedade de comunicação.

Referências

Alheit, P. & Dausien, B. (2006). Processo de formação e aprendizagens ao longo da vida. **Revista Educ. Pesqui.** vol.32 n.1 São Paulo Jan./Apr. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022006000100011>. Acesso em 25 de fev 2018.

Bauman, Z (2012). **Ensaio sobre o Conceito de Cultura**. Rio de Janeiro: Editora Zahar.

Balandier, G. (1997). **A Desordem – Elogio do Movimento**. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil.

Boff, L. (2005). O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Revista Inclusão Social**. Brasília, v.1, n.1, p.28-35, out./mar. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1503/1689>>. Acesso em 10 de jan 2018.

Brandão, V. & Côrte, B. (2017). Ecos do envelhecimento na mídia – espaços da memória. **Revista mais60 - Estudos sobre Envelhecimento**. Volume 28 | Número 68 | Setembro. Disponível em: <<https://www.sescsp.org.br/files/artigo/2793b941/cf92/445b/944f/eecf6fe71950.pdf>>. Acesso em 20 jan 2018.

Brandão, V. & Côrte, B. & Fazenda, I. (2015). A Interdisciplinaridade na Gerontologia Social. **Revista Interdisciplinaridade**. N. 7. pp.61-70. ISSN 2179-0094. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/interdisciplinaridade/article/view/25067>>. Acesso em 12 dez 2017.

Brandão, V. (2013). Viver bem para longeviver melhor. **Revista Portal de Divulgação** (São Paulo), 34, Ano III, jul. ISSN 2178-3454. Disponível em: <www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista>. Acesso em 22 mar 2018.

Brandão, V. & Mazzaferro, D (2013). Velhice, Tempo e Memória nos filmes publicitários. **III Congresso Internacional em Comunicação e Práticas de Consumo – ComuniCON**. ESPM-SP. ISBN 978-85-99790-21-2.

Brandão, V. & Mercadante, E.F. (2009) **Envelhecimento ou Longevidade?** São Paulo: Editora Paulus.

Caune, J. (2014). **Cultura e Comunicação**. Convergências Teóricas e Lugares de Mediação. São Paulo: Editora UNESP.

Cui, B. & Wang, W. & Zhou, W., & Yokoi, S. (2013). An Exploration of Protecting Local Culture via Content Curation in Local Online Museum. **Signal - Image Technology & Internet - Based Systems (SITIS)**. December. International Conference on (pp. 391-395) IEEE.

Field, J. (2000). **Lifelong learning and the new educational order**. UK. Editions Stoke on Trent.

Fourez, G. (2000). Fondements Épistémologiques pour l'Interdisciplinarité. **13º Congresso Internacional da Associação Mundial das Ciências da Educação**. Comunicação. Universidade de Sherbrooke, Québec, Canadá.

Gonçalves, S. V. & Teixeira, C.S. (2017). A Ação humana na curadoria de conteúdo como forma de produção do conhecimento. **VII Congresso Internacional de Conhecimento e Inovação**. Setembro. Disponível em: <<http://proceeding.ciki.ufsc.br/index.php/ciki/article/view/309/150>>. Acesso em 18 mar 2018.

Hegenberg, L. (2002) **Saber De e Saber Que. Alicerces da Racionalidade**. Petrópolis, Rio Janeiro: Editora Vozes.

Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC). (2015). Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://ilcbrazil.org/wp-content/uploads/2016/02/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol%C3%ADtico-Centro-Internacional-de-Longevidade-Brasil-Brasil_web.pdf>. Acesso em 12 dez 2017.

Lalivé d'Épinay, C. & Spini, D. (2007). Le grand âge: um domaine de recherche récent. *Fond. Nationale de Gérontologie | Gérontologie et société*, 4 – n. 123. pp 31 à 54. Disponível em: <<http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2007-4-page-31.htm>>. Acesso em 12 dez 2017.

Larrosa, J. (2015). **Tremores**. Escritos sobre a experiência. Belo Horizonte: Editora Autêntica 2015.

Lins e Barros, M.M. (2000). **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Editora FGV.

Mariotti, H. (1999). **Organizações de Aprendizagem**. São Paulo: Editora Atlas.

Martín-Barbero, J. A. (2014). **Comunicação na educação**. São Paulo: Editora Contexto.

Maturana, H. & Varela, F. (2001). **A Árvore do Conhecimento**. São Paulo: Editora Palas Athena.

Minayo, M.C.S. & Coimbra, Jr., C.E. (org.). (2002). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. pp. 51- 72.

Moran, J. (2015). Mudando a educação com metodologias ativas. In Souza, C. A.; Morales Torres, O.E. (org.). **Coleção Mídias Contemporâneas. Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens**. Vol. II. PG: Foca Foto-PROEX/UEPG. Disponível em: <<http://rh.unis.edu.br/wp-content/uploads/sites/67/2016/06/>>. Acesso em 28 mai 2018.

Moran, J. (2017). **Educando para uma vida mais plena**. Disponível em: <http://www2.eca.usp.br/moran/wp-content/uploads/2017/04/educando_vida.pdf>. Acesso em 28 mai 2018.

Morin, E. (1996). **O Paradigma Perdido: A Natureza Humana**. Sintra: Editora Europa-América.

Papaléo Neto, M. & Kitadai, F. (2015). **A Quarta Idade: o desafio da longevidade**. São Paulo: Editora Atheneu.

Savater, F. (1998). **O Valor de Educar**. São Paulo: Editora Martins Fontes.

Schon, D. A. (2007). **Educando o Profissional Reflexivo** – um novo design para o ensino e a aprendizagem. São Paulo: Editora Artmed.

Uchôa, E. (2003). Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 19(3): 849-853, mai-jun. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2003.v19n3/849-853/pt>>. Acesso em 28 mai 2018.

CAPÍTULO 08 – FACULDADE DA TERCEIRA IDADE: UMA EXPERIÊNCIA COM IDOSOS NA DISCIPLINA DE LITERATURA

Denise Cuoghi de Carvalho Veríssimo Freitas
Lilione Souza Ferretti

O processo de envelhecimento no Brasil tem sido rápido. A transição epidemiológica e demográfica caracteriza-se pelo aumento das doenças crônicas degenerativas e não degenerativas, ocorrendo devido a diminuição das taxas de mortalidade e fecundidade, justificativas estas presentes nos dados estatísticos para os próximos anos (Guerra & Caldas, 2010).

O aumento da população de 60 anos e mais no Brasil ocupará a 6^a posição nos próximos 25 anos em números absolutos, sendo que hoje contamos com número de 16 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, para o ano de 2025 esta população será de 32 milhões, representando 15% de nossa população total (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

O processo de envelhecimento é singular, varia de pessoa para pessoa, para homens e mulheres, e nas diferentes faixas etárias a partir dos 60 anos de idade, este processo é considerado como um *continuum* de vida, de experiências vividas pelo indivíduo englobando os aspectos biopsicossociais, estilo e hábitos de vida, condições socioeconômicas, culturais e de saúde (Bajotto & Goldim, 2010).

Neste sentido é importante destacar os aspectos psicológicos e sociais envolvidos nesse processo de envelhecimento o qual abrange dimensões cognitivas, psicoafetivas, participação social e qualidade de vida com atividades exercidas em grupo para os idosos.

Dentre as várias atividades grupais disponíveis para os idosos, as Universidades da Terceira Idade disponibilizam programas de educação permanente de caráter multidisciplinar e universitário tendo como pressupostos a noção de que as atividades ofertadas atuem na promoção a saúde, ao bem-estar psicológico e social e a cidadania das pessoas idosas (Cachioni, 2005).

Para esse grupo etário (idosos), a educação busca facilitar-lhes a vida, seu contato com novas tecnologias, a participação em grupos sociais, de lazer, atividades desportivas, atividades literárias e históricas, contribuem para mantê-los

ativos oportunizando o contato direto com o mundo, combatendo o isolamento e o sentimento de exclusão.

A educação na terceira idade deixa evidente que independente dos anos de vida e do grau de escolaridade, o indivíduo pode aprender a viver de forma ativa, desfrutando de sua autonomia, independência e liberdade, podendo este acompanhar a evolução da sociedade, resgatar e trabalhar com suas reminiscências e aprender novas habilidades.

Referencial teórico

A ação educativa desenvolvida com pessoas idosas, em destaque aos que participam da Faculdade da Terceira Idade, mobiliza efeitos positivos nesta população, oportunizando o convívio benéfico da socialização, aprendizado e trocas.

O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003), em seu capítulo V, artigo 20 os direitos dos idosos quanto à “Educação, Cultura, Esporte e lazer”.

Neste sentido, o presente capítulo aborda a questão da educação, e quando falamos neste tema, nos remete ao denominado período escolar, durante a infância e juventude. Com os idosos o fortalecimento e o estereótipo de participar da Faculdade da Terceira Idade devem ser desmistificados, os saberes adquiridos, as experiências vividas, o êxito/sucessos, os erros/fracassos, as lágrimas/alegrias são compartilhadas, faz parte da biografia do idoso e a participação em grupo torna-se positiva (Takahashi & Alves, 2015).

A preservação das funções cognitivas e mentais do idoso quanto participante de uma atividade grupal, de um Programa de Educação voltado para a terceira idade, instiga o idoso a atuar como ser proativo, onde o aprender faz parte até o final da vida. Continuar o processo de educação através de exercícios e estimulação da inteligência, da memória com vista a mantê-los ativos com qualidade de vida, potencializando as suas capacidades e enriquecendo seu conhecimento e desenvolvendo de aptidões (Ribeiro, 2015).

Assim, é possível criar novas oportunidades para os idosos de cuidarem de sua saúde biopsicossocial, através da participação em grupos ou individualmente nas atividades propostas, com a concepção de uma nova educação prática libertadora (Ordonez & Cachioni, 2011).

Na Faculdade da Terceira Idade, há diversidade de propostas de atividades curriculares, como aulas de informática, de inglês, de italiano, francês, de espanhol, atividades físicas como alongamento, hidroginástica, yoga, aula de literatura brasileira, história da arte, economia, entre outras atividades nas quais os coordenadores das Faculdades elaboram o projeto pedagógico com as disciplinas a serem ofertadas para os idosos (Cachioni, 2005; Ribeiro, 2015; Ordonez & Cachioni, 2011).

Uma das contribuições essenciais para o desenvolvimento, manutenção da atividade psicomotora, cognitiva e de memória e que são ofertadas na Faculdade da Terceira idade é a leitura e redação de textos pelos idosos como atividade nas aulas de literatura brasileira (Vink, 2014).

A leitura é uma atividade essencial na vida do homem, em qualquer idade, possibilita a vivência de novos saberes e sentimentos que surgem a partir da leitura, que apresenta duas modalidades: o ler para estudar para se informar e o ler por prazer; a primeira contribui para a formação do indivíduo; a segunda oportuniza o leitor a ter o contato direto com diversos suportes textuais e informações de diferentes áreas do saber (Vink, 2014).

A atividade de leitura e escrita com a pessoa idosa especialmente na Faculdade da Terceira Idade mobiliza efeitos positivos por contribuir e oportuniza ao aluno uma convivência salutar, de socialização, aprendizagem e trocas de experiências (Vink, 2014).

Na concepção de leitura segundo Freire (2005, p.11) destaca que a compreensão crítica do ato de ler, não se esgota na decodificação pura da palavra escrita, mas antecipa e se alonga a visão do mundo, ainda destaca que ao tomar como argumento o seu conceito de “leitura de mundo” a possibilidade de posturas críticas frente ao que é lido pelo indivíduo.

Para Izquierdo 2010 ao realizar a atividade da leitura, a memória é uma das funções estimuladas na aprendizagem adquirida durante o processo inicial com o texto escrito. Segundo Bossi (2009) a memória deve estar preservada para que o conteúdo textual lido atue como precedente da retenção de conteúdo para em seguida a escrita possa avançar e apresentar coerência e coesão textual.

Metodologia

O curso de Literatura Brasileira para idosos do curso Unisênior engloba leitura, e produção de textos visando benefícios na manutenção da atividade cognitiva dos alunos. Proporcionamos o acesso aos textos literários e enfatizamos a necessidade do envolvimento e a participação dos alunos na leitura e nos debates sobre os textos. Isso contribui de maneira efetiva para os alunos trabalharem a articulação das ideias e a socialização, através dos trabalhos feitos em grupo. Sempre estimulamos as discussões feitas em classe, ouvindo sempre as diversas opiniões dos alunos e fazendo com que todos compartilhassem suas ideias com o grupo.

Foram ministradas aproximadamente 60 aulas de Literatura Brasileira com o objetivo de transmitir conhecimento sobre as obras dos autores de nossa literatura. As aulas foram organizadas em ordem cronológica e histórica de acordo com as épocas literárias: Quinhentismo, Barroco, Arcadismo, Romantismo, Realismo, Parnasianismo, Simbolismo, Modernismo e tendências contemporâneas (Moisés, 2012).

Tivemos a oportunidade de ler textos em verso (poemas) e em prosa (crônicas). Foram estudados textos de autores brasileiros, tais como: Mario de Andrade, Manuel Bandeira, Carlos Drummond de Andrade, Cecília Meireles, Vinicius de Moraes, Mario Quintana, Lygia Fagundes Telles, João Cabral de Melo Neto, Clarice Lispector, Guimarães Rosa, Ferreira Gullar, Cora Coralina, entre outros. Estudamos também alguns autores de romances de literatura engajada, tais como: Rachel de Queirós, Graciliano Ramos e Jorge Amado. Para o estudo de crônicas, estudamos autores, como: Rubem Braga, Fernando Sabino, Clarice Lispector, Carlos Drummond de Andrade, Paulo Mendes Campos, Rubem Alves, Otto Lara Resende, Carlos Heitor Cony, Luis Fernando Veríssimo, Millôr Fernandes, Mario Viana, Martha Medeiros, entre outros. Depois da leitura e interpretação dos textos, optamos por ministrar aulas para incentivar os alunos a produzir seus próprios textos. Estudamos os diversos tipos de crônicas: descritiva, narrativa, dissertativa, humorística, lírica, poética, jornalística e histórica. Vimos que a maioria das crônicas podem ser classificadas em dois ou mais tipos, ou seja, podem ser descritiva-narrativa e lírica, por exemplo. Os temas abordados nas crônicas e nos poemas foram os mais diversos possíveis para mostrar a imensa possibilidade de assuntos que podem ser expressos através da escrita.

Alguns dos diversos poemas estudados em sala de aula foram:

- “A Jesus Cristo nosso Senhor”, de Gregório de Matos Guerra, que tem como tema a confissão do pecado, o arrependimento e a confiança no perdão divino;
- “Marília de Dirceu”, de Tomás Antonio Gonzaga, poemas satíricos num tom agressivo em que o autor critica o governador de Minas Gerais pouco antes da Inconfidência Mineira em 1789;
- “Meus Oito Anos”, de Casimiro de Abreu. Poema que remete à infância, enfatizando um sentimento saudosista.
- “Lua Adversa”, de Cecilia Meireles. Poema em que autora confessa que tem fases, como a lua.
- “A Educação pela Pedra”, de João Cabral de Melo Neto, mostrando a habilidade linguística do poeta dando caráter de pedra aos vocábulos, mostrando as características dessa educação ligada às pedras, a dureza, a resistência ao que flui, a voz impessoal, entre outros.
- “Rosa de Hiroshima”, de Vinicius de Moraes, que foi um poema-protesto sobre as explosões de bomba atômica na cidade de Hiroshima, no Japão, durante a Segunda Guerra Mundial.
- “E agora, José? “, de Carlos Drummond de Andrade, em que o poeta ilustra o sentimento de solidão do indivíduo na cidade grande, sem saber que rumo seguir na vida.
- “O Tempo”, de Mario Quintana, em que o poeta reflete sobre temas como passagem do tempo, memória, existência, velhice e morte.
- “Assim eu Vejo a Vida”, de Cora Coralina, em que com simplicidade e sabedoria, a poeta faz reflexões sobre a vida.

Algumas das crônicas estudadas neste ano de 2018 foram:

- “Furto de Flor”, de Carlos Drummond de Andrade, exemplificando crônica narrativa, lírica e humorística
- “Declaração de Amor”, de Clarice Lispector, texto em que a autora faz uma confissão de amor à Língua Portuguesa.
- “O Padeiro”, de Rubem Braga.
- “Outros Significativos”, de Rubem Alves.

- “Exigências da Vida Moderna”, de Luis Fernando Veríssimo, texto em que o autor faz uma crítica bem humorada ao modo de vida da vida moderna.

- “Carta ao Prefeito”, de Rubem Braga
- “O Menino Escritor”, de Fernando Sabino
- “Segredo”, de Paulo Mendes Campos
- Feliz por Nada”, de Martha Medeiros

Neste trabalho, mostramos a metodologia usada nas aulas que possibilitaram estimular as produções dos textos dos alunos em sala de aula e/ou em casa. Segundo Orlandi, in Zilberman & Silva (1988), “não é só quem escreve que significa; quem lê também produz sentidos. E o faz não como algo que se dá abstratamente, mas em condições determinadas, cuja especificidade está em serem sócio-históricas.” Durante o ano de 2017, quando estudamos os textos poéticos, os alunos fizeram trabalhos de final de semestre escrevendo seus próprios poemas. Sempre optei por deixá-los escrever de maneira livre, tanto no conteúdo quanto na forma, sem priorizar rimas, nem número de versos ou estrofes, no caso dos poemas.

Para a produção escrita do poema, optamos por trazer música clássica e instrumental para a classe, durante a aula, e pedimos para os alunos escreverem palavras que viessem à mente. Depois escreveram algumas frases e, depois tentaram conectar as frases ou enriquecê-las acrescentando algo que estivessem com vontade de escrever. O objetivo era promover o livre fluxo de ideias e imaginação. Alguns alunos escreveram todo o poema ali na classe, durante a aula. Outros, começaram na classe, mas finalizaram o poema em casa. E, finalmente, o restante que escreveu algumas palavras e quiseram escrever o poema todo em casa.

Para a escrita das crônicas, optamos primeiro por ler crônicas dos citados autores consagrados da Literatura Brasileira, e depois, promovemos discussões, debates e reflexões sobre os textos lidos. Segundo Orlandi (1988), “quando lemos estamos produzindo sentidos (reproduzindo-os ou transformando-os)”.

Para ilustra, segue abaixo alguns textos produzidos pelos alunos (poemas e crônicas), que foram escritos após a interpretação e os debates em sala de aula:

Saudades...

Um pedacinho e emoção de dentro da gente
Um toque, um olhar,
Uma angústia repentina
Saudades da pessoa amada
Saudades de quem me deu amor e respeito
Saudades de suas coisas
Saudades do seu lugar
Saudades do seu carinho
Saudades do seu beijo
Saudades de você

SER UNISÊNIO

Ser Unisênio é integrar um grupo diferenciado de pessoas. Pessoas da Terceira Idade ou Melhor Idade.

Ser Unisênio é ter decidido mudar radicalmente de vida, deixando o sofá vazio, a TV desligada, o crochê, o tricô, o bordado, ou o baralho, a sinuca, a bocha.

Ser Unisênio é vencer a solidão, o desânimo, a depressão, a tristeza, até a própria doença, através de um sadio convívio social, voltando aos bancos escolares, numa vida acadêmica, onde aulas dinâmicas, atividades físicas e culturais ampliam conhecimento e ativam o corpo física e mentalmente.

Ser Unisênio é sorrir na hora do café, cantar parabéns nas comemorações natalícias, participar de passeios, excursionar a vários lugares, fotografar e sair nas fotos com um sorriso largo, sincero e radiante.

Ser Unisênio é ser altruísta, acolhedor entender as dores e limitações alheias, abrir o coração a todos, desfazendo diferenças...

Ser Unisênio é conectar-se com os colegas no WhatsApp, no Face, nas redes sociais, é modernizar-se, participar do mundo atual e não ficar na cadeira de balanço ou no banco da praça. É ser jovem de espírito, reconhecendo sua idade.

Ser Unisênio é valorizar a oportunidade de estar num Grupo onde o desempenho cognitivo se aprimora e a qualidade de vida se evidencia.

Ser Unisênio é reconhecer a dedicação da Direção, Coordenação, Professores e Funcionários que, no seu trabalho diário, primam dando o melhor de si.

Ser Unisênio é, sobretudo ser grato a Deus, por fazer do "Exército da Unisal", engrossando suas fileiras, desfraldando a bandeira salesiana, respirando espiritualidade e recebendo bênçãos de Maria Auxiliadora e de D. Bosco.

POEMA

Será que consigo escrever?
Tantas questões nesta vida
Qual escolher?

Momento de tantas dúvidas
Todos estão a questionar
Sem saber se conseguem
Antes mesmo sem tentar

Escolhi dizer da alegria
Que aqui posso ter
Ao lado de pessoas queridas
Só tenho a agradecer

Aprendendo sobre os poetas
Podemos entender
Que a vida é repleta de versos
E muitas prosas poderemos ter

Relato de experiência e considerações finais

Ao ler e interpretar os poemas e as crônicas em sala de aula, tivemos a participação dos alunos com debates e discussões a respeito dos textos lidos. Isso foi muito produtivo, pois a partir dos temas propostos pelos autores dos textos, os alunos puderam articular suas opiniões e mostrar suas habilidades linguísticas para sugerir, propor e compartilhar suas ideias e pensamentos.

Tivemos a oportunidade de mostrar aos alunos a função social da linguagem. Eles puderam perceber o poder das palavras não só nos textos lidos, mas também quando participaram das discussões e reflexões em sala de aula. Assim, puderam opinar, tecer comentários e argumentar. Foi muito gratificante ver os alunos compartilharem as reflexões, interpretações e escrita de seus próprios textos, dando voz aos seus pensamentos e ideias. Uma grande parte dos alunos escreveu seus textos sobre assuntos variados, como os que foram expostos nas aulas de Literatura. Escolheram temas sobre algo que já fez parte de suas vidas, como por exemplo, o fotógrafo de rua, chamado de “Lambe-Lambe”, que hoje não existe mais...

Crônica: “Fotógrafo Lambe-Lambe”

Em uma pequena cidade, à margem de um rio, surgiu um burburinho sobre a Festa do Ano – o Casamento de Elisa!

Elisa, a filha de um fazendo tradicional, cuja a honra de uma filha é toda manifestada no dia do seu casamento.

Sua mãe, Dona Idalina, estava ansiosa com a lista de convidados e os preparativos; pois, havia muito por fazer e muitas encomendas de São Paulo.

Afinal, é uma família de Status Social.

Chega o Dia!

Tudo lindo!

Bolo de quatro andares, doces variados, assados diversos, arroz de forno.

Logo chega o fotógrafo vindo de São Paulo.

-Puff...Puff...escutavam-se por todos os ângulos da festa.

Porém, justamente, na hora em que os noivos cortaram a máquina do Lambe-lambe queimou!

- Que horror! Exclamou a noiva.

Dona Idalina, sua mãe, logo lhe consola dizendo:

- Calma, calma, você seguirá para São Paulo e levará seu vestido de noiva para fazer as fotos de seu casamento e serão fotos lindas!

E festa continua animadíssima.

E com toda alegria dos “pombinhos”, recém-casados.

Aí surge a Tia Gertrudes, muito religiosa, irmã solteirona da Dona Idalina, dizendo:

- Elisa, Elisa, estou muito feliz; pois vou acompanhar você e seu noivo até São Paulo.

Revelando-se surpresa, a noiva diz:

- Como assim?

Isso mesmo, disse a Tia Gertrudes, completando:

-Sua mãe me pediu para que eu os acompanhasse até São Paulo; pois se eu não for, você não poderá fazer as fotos com o vestido branco de noiva..

- O branco do vestido é a sua honra.

Nossa!

Exclamou Elisa para a tia.

Daí o noivo disse para a noiva, pior que uma máquina de lambe-lambe queimar é o balde de água fria da companhia da Tia Gertrudes.

E, tão logo chegaram em São Paulo, foram logo fazer as fotos com o vestido da noiva e, em seguida, despacharam a Tia para interior.

Ficaram felizes para sempre!

Vocabulário:

Fotógrafo Lambe- lambe: um fotógrafo ambulante que exerce a sua atividade nos espaços públicos, como jardins, praças, feiras.

Burburinho: ruído indistinto e prolongado associados à posição de alguém falando ao mesmo tempo.

Status Social: honra ou prestígio associados à posição de alguém na sociedade.

Biografia: Descrição da vida, história de vida.

Bibliografia: Documentação, literatura, livros e documentos.

Crônica: É um texto simples, curto, baseado em acontecimentos diários e, geralmente, é publicado em jornais, revistas e livros.

Humorístico: Uma visão crônica ou cômica.

Interessante notar como um aluno relatou com detalhes como era a máquina fotográfica desses profissionais e todo o procedimento fotográfico da época. Alguns poucos idosos escreveram textos mais emotivos, como por exemplo, poema para os pais já falecidos ou mostrando seu amor para os filhos e netos. Alguns decidiram escrever sobre lembranças de tempos remotos, lugares e pessoas que são ou foram importantes em suas vidas. Houve ainda alunos que optaram por escrever sobre suas experiências no curso da Terceira Idade, mostrando gratidão por poderem frequentar um espaço onde podem encontrar e conviver com colegas da mesma idade ou idade próxima. Expressaram gratidão também, não só pelo convívio social, mas pelo aprendizado através das aulas, palestras e debates organizados pelos professores do curso.

As aulas tornaram-se lugar e espaço de aprendizagem e compartilhamento de ideias e opiniões. A produção escrita permitiu aos alunos organizarem suas ideias e pensamentos, contribuindo assim para evitar o declínio cognitivo na mente dos idosos. A leitura e a escrita contribuem para adiar os prejuízos na produção de frases simples e complexas. Segundo Silva & Zilberman (1988), “a leitura também pode se apresentar na condição de um instrumento de conscientização, quando diz respeito aos modos como a sociedade, em conjunto, repartida em segmentos diferentes ou composta de indivíduos singulares, se relaciona ativamente com a produção cultural, isto é, com os objetos e atitudes em que se depositam as manifestações da linguagem, sejam estas gestuais, visuais ou verbais (oral, escrita,

mista, audiovisual).” Ainda conforme os autores (Zilberman & Silva, 1988), “a leitura coloca-se como um meio de aproximação entre os indivíduos e a produção cultural, podendo significar a possibilidade concreta de acesso ao conhecimento e agudização do poder de crítica por parte do público leitor”. Notamos que isso tem acontecido várias vezes mostrando o quanto é importante providenciar um lugar de acesso para leitura, debates, exposição de ideias e trabalhos para o público da Terceira Idade, que às vezes não encontra mais espaço adequado por já ter se aposentado no trabalho e por não participar de outros grupos sociais.

Pudemos perceber que o processamento semântico e sintático dos idosos, e a habilidade de compreender sentenças se manteve estável durante esse período. Acreditamos que, com as aulas de leitura e produção de texto, contribuímos para o envelhecimento saudável dos idosos para preservar a atividade da comunicação do dia a dia e no meio social em que vivem.

Referências

Guerra, A. C. L. C. & Caldas, C. P. (2010). Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.15, n. 6, p. 2931-2940.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2010). **População acima de 60 anos**. Disponível em: <<http://www.ibicidade.com/2010/09/censo-2010-segundo-dados-do-ibge.html>>. Acesso em: 03 de junho de 2018.

Bajotto, A. P. & Goldim, J. R. (2011). Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, vol..14, n. 4, p. 753-761.

Cachioni, M. (2005). **Universidade da Terceira Idade**. Campinas: Editora Alinea. Brasil. Lei n. 10.741, de 1º de setembro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet]. São Paulo, 2003.

Takahashi, F. G. M. & Alves, V. P. (2015). Imagens representacionais das políticas públicas à educação e saúde, no imaginário de um grupo de idosos da comunidade quilombola – Kalunga de Monte Alegre de Goiás. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.** vol. 23, n.. 88, p. 567-592

Ribeiro, E. C. F. G. (2015) **Programa de aprendizagem ao longo da vida para estudantes seniores: bem-estar psicológico, qualidade de vida e a satisfação com a vida**. Dissertação (Mestrado) - Universidade dos Açores. Ponta Delgada. Disponível em: <<http://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/3764/1/DissertMestradoElviraConceicaoFernandesGomesRibeiro2016.pdf>>. Acesso em 03 junho 2018

Ordonez T. N. & Cachioni M. (2011). Motivos para freqüentar um programa de educação permanente: relato dos alunos da universidade aberta à terceira idade da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 3.

Vink, R.M. (2014). Práticas Leitoras: redescobrimo a leitura na Terceira Idade. **UNILETRAS**, Ponta Grossa, vol.36; n. 1, p. 45-53.. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/uniletras> Acesso em 3 de junho de 2018

Freire, P. (2005). **A importância do ato de ler**. São Paulo, ed.Cortez.

Izquierdo, I. (2010). **A arte de esquecer**. Cérebro e Memória. 2. ed. Rio de Janeiro: Vieira & Lent.

Bosi, E. (2009). **Memória e Sociedade**. Lembranças de velhos. 15. ed. São Paulo, Companhia das Letras.

Moisés, M. A. (2012). **Literatura Brasileira através dos textos**. 29. ed. São Paulo, Cultrix.

Zilberman, R. & Silva, E.T. (orgs.). (1988). **Leitura: Perspectivas Interdisciplinares**. Série Fundamentos. Editora: Ática. São Paulo.

CAPÍTULO 09 - USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS POR IDOSOS E ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO POR RAÇA/COR

Luana Boniolo da Silva
Brigitte Rieckmann Martins dos Santos
Wilson Sabino

Com taxas de crescimento com mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022, o segmento populacional que mais cresce na população brasileira é o de idosos. A população com 60 anos ou mais passou de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões em 2010, devendo atingir 41,5 milhões em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Para os próximos 10 anos, a previsão indica que o crescimento médio de idosos será de mais de 1,0 milhão, anualmente (Ervatti, Borges & Jardim, 2015). O rápido envelhecimento da população tem profundas implicações, trazendo importantes desafios para a sociedade, o que tem motivado estudos voltados para a discussão das formas de lidar com o fenômeno, principalmente em questões relacionadas às condições para a manutenção da qualidade de vida. Nesse contexto, na literatura são encontrados diferentes estudos voltados para a qualidade do uso de medicamentos relacionados às alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento (Oliveira et al., 2011; Rozenfeld, 2003).

As doenças cardiovasculares que afetam principalmente as pessoas idosas são responsáveis por 29,6% dos óbitos na população brasileira, sendo que no município de São Caetano do Sul, essas doenças representam 30,4% dos falecimentos (Luz, Santos & Sabino, 2016). Dentre elas, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é reconhecida como principal fator de risco para doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. A correlação positiva e direta entre pressão arterial (PA) aumentada e risco cardiovascular é contínua, independente, preditiva, consistente e etiológicamente significativa para indivíduos com ou sem doença arterial coronária. Ela tem sido identificada em ambos os sexos, diferentes faixas etárias, raças e níveis socioeconômico e cultural. Quando não tratada adequadamente, a HAS pode resultar em graves consequências a órgãos vitais como coração, cérebro e rins, constituindo, deste modo, um dos mais graves problemas de saúde pública. Nesse sentido, o emprego de esquemas terapêuticos bem como ações educativas para

mudanças no estilo de vida são considerados elementos necessários para atingir o seu controle (Chor et al., 2015).

A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década (VII Diretrizes Brasileira de Hipertensão, 2016). A prevalência de hipertensão em idosos é superior a 60% (Barbosa et al., 2008). Em relação à raça/cor, a HAS tem maior prevalência em negros do que em brancos (Chor et al., 2015). Não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil (VII Diretrizes Brasileira de Hipertensão, 2016).

O tratamento da hipertensão tem como objetivo a redução da morbimortalidade cardiovascular e controle dos níveis pressóricos inferiores a 140/90 mmHg (VII Diretrizes Brasileira de Hipertensão, 2016). O conhecimento dos níveis de controle da hipertensão arterial é considerado importante para a definição e planejamento de recursos terapêuticos e para a avaliação da efetividade das medidas adotadas. Os negros, além de serem mais hipertensos que os brancos, também são menos aderentes à terapêutica anti-hipertensiva e não respondem bem a determinados tipos de monoterapias quando não associadas a diuréticos (Lessa & Fonseca, 1997; Massa et al., 2016). As consequências da não aderência incluem aumento dos sintomas, falha em atingir metas terapêuticas, ajustes desnecessários ao tratamento, insatisfação do paciente, frustração médica e, finalmente, maior impacto na morbidade, mortalidade e custos em saúde pública (Gomes Martins et al., 2014)

Por outro lado, devido à maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, os idosos correm o risco de serem polimedicados. A polimedicação pode interferir na saúde do idoso que, por sua vez, apresenta perfil próprio decorrente de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, resultando em redução na capacidade funcional de muitos órgãos assim como da eficácia dos mecanismos homeostáticos e, conseqüentemente, em alterações de todas as fases do processo farmacocinético e farmacodinâmico (Guimarães et al., 2012; Faustino, Martins & Jacob-Filho, 2011). A polifarmacoterapia traz consigo, além das possíveis interações medicamentosas, a probabilidade do uso de medicamentos que são considerados inapropriados (Cassoni et al., 2014; Obreli Neto & Cuman, 2011) Desta maneira, esse estudo parte do pressuposto de que idosos hipertensos e polimedicados podem apresentar, em sua prescrição, medicamentos potencialmente

inapropriados e, com isso, menor adesão à terapêutica prescrita. Sendo assim, este estudo tem o objetivo descrever a relação entre medicamentos potencialmente inadequados e adesão ao tratamento anti-hipertensivo na população idosa por raça/cor.

Métodos

Trata-se de estudo transversal e observacional, desenvolvido entre setembro e dezembro de 2014, que teve como público-alvo, cento e trinta idosos, usuários das quatro unidades do Centro Integrado de Saúde e Educação da Terceira Idade (CISE) sob coordenação da Coordenadoria Municipal da Terceira Idade (Comtid) do Município de São Caetano do Sul (SP). Para o estudo, foram convidados idosos, a partir de 60 anos, portadores de hipertensão arterial, que utilizam o CISE. Foi estudado o perfil sociodemográfico através de questionário estruturado com questões voltadas ao sexo, idade e raça-cor, operacionalizadas através da autoidentificação ou autoclassificação do entrevistado (Berquó, 2008). A raça negra foi considerada como a soma da categoria preta + parda, por esta se tratar de um construto social (Guimarães, 2003).

A pressão arterial foi aferida preferencialmente no braço direito, com a pessoa sentada, após 3 a 5 minutos de repouso, com o braço no mesmo nível do precórdio. O aparelho utilizado foi o esfigmomanômetro aneróide, calibrado previamente, sendo utilizada a média de duas medidas, descrita nas VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Considerou-se hipertenso controlado o indivíduo com diagnóstico prévio de HAS, inferior a 140 mmHg para a PAS e 90 mmHg para a PAD (VII Diretrizes Brasileira de Hipertensão, 2016).

Para a avaliação da adesão à terapêutica, foi utilizada a Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de oito itens, versão em português da Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). O questionário MMAS-8 é validado apenas para pacientes hipertensos e contém oito perguntas, com respostas fechadas de caráter dicotômico (sim/não), formuladas para evitar o viés de respostas positivas dos pacientes a perguntas feitas por profissionais de saúde, por meio da inversão das respostas relacionadas ao comportamento aderente do entrevistado. Possui sete questões que devem ser respondidas negativamente e apenas uma, positivamente. A última questão foi respondida segundo uma escala de cinco opções: nunca, quase nunca, às vezes, frequentemente, sempre. O grau de adesão terapêutica foi

determinado de acordo com a pontuação resultante da soma de todas as respostas corretas: adesão elevada (oito pontos), adesão moderada (6 a <8 pontos) e baixa adesão (<6 pontos). Foram considerados aderentes aqueles com pontuação igual a oito na MMAS-8.

Para verificar a prevalência do uso de medicamentos potencialmente inapropriados, foi realizada análise das prescrições médicas dos participantes do estudo. Para tanto, foi utilizada a última versão publicada do critério de Beers (American Geriatrics Society, 2015). Esta relação, em específico, baseou-se na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) e na Assistência Farmacêutica Básica (AFB), sendo que, dos 76 medicamentos da lista de Beers, quatro foram excluídos (guanadrel, metaxalone, oxazepan e trimetobenzamida), por não serem comercializados no País.

Análise dos dados

Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis do estudo. As estatísticas utilizadas para análise das variáveis foram: teste do Chi-quadrado, teste de Fisher e *t de student*. Os dados foram transcritos para o meio eletrônico com auxílio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (v.14; SPSS Inc., Chicago, IL USA). Foi considerado nível de significância de 5% ou 0,05.

Os pacientes que demonstraram dificuldades na adesão terapêutica foram orientados quanto à importância da sua utilização correta e sem interrupções, bem como em relação aos malefícios do não tratamento adequado.

Todas as exigências previstas na Resolução do CNS nº 466/12 foram cumpridas, sendo que o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (parecer CEP 610.910, de 07/04/2014).

Resultados

Através da análise dos MPI nas prescrições médicas dos idosos entrevistados, observou-se prevalência de 33,1% para o uso de medicamentos inapropriados, de acordo com os critérios de Beers, sendo os mais prevalentes: omeprazol (56,6%); amitriptilina (7,5%); amiodarona e pantoprazol (5,7%); clonazepan, lansoprazol, paroxetina e glibenclamida (3,8%); ciclobenzaprina, clonidina, doxazosina e prometazina (1,9%).

130 idosos foram entrevistados, sendo a maior parte do sexo feminino (72,3%) e da raça/cor branca (76,2%). Entre os idosos que faziam uso de MPI (tabela 1), 16 (28,6%), 24 (41,4%) e 6 (37,5%) apresentaram níveis elevados, moderados e baixos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, respectivamente. Observamos que não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre adesão ao tratamento terapêutico e o uso de MPI. Entre o sexo feminino (37,2%), foi maior o uso de MPI, entretanto, quando desagregado por raça/cor, entre os negros este valor foi 38,7%, índice maior quando comparado aos brancos. Entre as faixas etárias, pode ser observado que o uso de MPI encontra-se entre os maiores de sessenta e nove anos. Contudo, foi possível observar que, quanto maior o número de medicamentos prescritos, maior é a probabilidade de um idoso receber um MPI. Embora 66,7% dos idosos tivessem apresentado níveis de pressão arterial controlados, 28 (33,3%) fizeram uso de MPI, não apresentando, neste estudo, presumível alteração da pressão arterial por uso de MPI.

Tabela 1 – Distribuição das características de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, variáveis sociodemográficas, número de medicamentos e nível de controle de pressão arterial, segundo o uso de MPI. São Caetano do Sul, SP, Brasil, 2014.

Variáveis	Uso de MPI		Não uso de MPI		p-valor
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Adesão à terapêutica					0,11
Elevada	16	28,6	40	71,4	
Moderada	24	41,4	34	58,6	
Baixa	6	37,5	10	62,5	
Sexo					0,104
Masculino	8	22,2	28	77,8	
Feminino	35	37,2	59	62,8	
Raça/Cor					0,445
Branco	31	31,3	68	68,7	
Negro	12	38,7	19	61,3	
Faixa etária (anos)					0,209
60-64	5	21,7	18	78,3	
65-69	13	31,7	28	68,3	
70-74	17	45,9	20	54,1	
75-79	8	27,6	21	72,4	
Nº medicamentos prescritos					0,006
1 – 4	19	21,1	71	78,9	
5 – 9	21	56,8	16	43,2	
10 – 14	3	100	-	-	
Pressão arterial controlada					0,933
Sim	28	33,3	56	66,7	
Não	15	32,6	31	67,4	

Ao utilizar o MMAS-8 para a avaliação da adesão à terapêutica para o tratamento da hipertensão arterial, observa-se, na tabela 2, que 43,1%, 44,6% e 12,3% dos entrevistados apresentaram níveis elevados, moderados e baixos de adesão ao tratamento. Observou-se diferença significativa ($p \leq 0,05$) quando levada em consideração a variável raça/cor, demonstrando-se proporcionalmente adesão mais elevada entre brancos e, quando comparada à baixa adesão, esta foi três vezes maior entre os negros. Mesmo que não se tenham encontrado valores significativos no controle da pressão arterial, vale ressaltar que entre as faixas etárias, à medida que esta aumenta, há maior chance de encontrar idosos hipertensos entre os idosos com mais de 70 anos.

Tabela 2 – Distribuição das características sociodemográficas dos idosos entrevistados, segundo os níveis de adesão ao tratamento anti-hipertensivo e de pressão arterial controlada. São Caetano do Sul, SP, Brasil, 2014.

Variáveis	Níveis de adesão						p-valor	Pressão controlada				p-valor
	Elevada		Moderada		Baixa			Sim		Não		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)		N	(%)	N	(%)	
Sexo							0,615					0,184
Masculino	14	38,9	16	44,4	6	16,7		20	55,5	16	44,5	
Feminino	42	44,7	42	44,7	10	10,6		64	68,1	30	31,9	
Raça/Cor							0,032					0,66
Branco	45	45,4	46	46,5	8	8,1		65	65,7	34	34,3	
Negros	11	35,5	12	38,7	8	25,8		19	61,3	12	38,7	
Faixa etária							0,081					0,129
60-64	6	26,1	13	56,5	4	17,4		17	73,9	6	26,1	
65-69	16	39,0	20	48,8	5	12,2		29	70,7	12	29,3	
70-74	20	54,1	13	35,1	4	10,8		21	56,8	16	43,2	
75-79	14	48,3	12	41,4	3	10,3		17	58,6	12	41,4	
Total	56	43,1	58	44,6	16	12,3		84	64,6	46	35,4	

Os homens apresentaram níveis de pressão arterial sistólica (PAS) significativamente maiores que as mulheres. Considerando a variável raça/cor, tanto os valores de pressão arterial sistólica como de pressão arterial diastólica (PAD) foram semelhantes entre os grupos estudados. Já os negros fazem uso significativamente maior de medicamentos (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos valores médios de pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD), número de medicamentos e adesão terapêutica ao tratamento anti-hipertensivo dos idosos entrevistados. São Caetano do Sul, SP, Brasil, 2014.

Variáveis	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	p-valor
PAS (mmHg)						
Homens	36	134,4	16,3	110	170	0,012
Mulheres	94	127,4	13	100	160	
Branco	99	130	14,7	100	170	0,576
Negro	31	130,6	12,9	110	160	
PAD (mmHg)						
Homens	36	78,9	8,5	60	90	0,61
Mulheres	94	78,1	7,8	60	100	
Branco	99	77,8	7,9	60	90	0,55
Negro	31	80	8,2	70	100	
Nº de medicamentos						
Homens	36	3,2	1,9	1	11	0,384
Mulheres	94	4,2	2	1	11	
Branco	99	3,9	2,2	1	11	0,001
Negro	31	4	1,5	2	7	

Discussão

Das 130 prescrições analisadas neste estudo, observou-se a prevalência de 33,1% de MPI segundo os critérios de Beers. De acordo com a literatura, os resultados variam de 4,9% a 37,6% (Faustino, Martins & Jacob-Filho, 2011; Guimarães et al., 2012; Vilela et al., 2014). O envelhecimento traz em si mudanças fisiológicas, e grande parte dos fármacos não foram projetados para esse momento, ou seja, a farmacocinética e a farmacodinâmica podem se ver alteradas quando esses são administrados. Na utilização do fármaco os mecanismos mais relevantes ocorrem através da inibição ou indução do metabolismo e a potencialização ou antagonismo farmacodinâmicos, resultando em perda ou aumento do efeito do medicamento. Esse processo ora citado, entre os idosos, pode gerar queixas sintomáticas como fraqueza, incontinência, letargia, tonturas, depressão e quedas (Rozenfeld, 2003). Assim, estes correm risco eminente, já que os MPI têm possivelmente os seus riscos potenciais maiores que os benefícios, fato observado neste estudo em que medicamentos inibidores da bomba de prótons (omeprazol, pantoprazol e lansoprazol) somam 66,1% dos MPI mais frequentemente encontrados. Não há uma lista de critérios de MPI que seja desenvolvida exclusivamente para o Brasil, o país apenas segue a tendência mundial que é utilizar os critérios de Beers. Estes critérios são uma das fontes mais consultadas sobre a segurança da prescrição de medicamentos para idosos e também são amplamente utilizados em cuidados clínicos geriátricos, educação, pesquisa e no desenvolvimento de indicadores de qualidade (American Geriatrics Society, 2015). Além disso, nem sempre os medicamentos contidos nos critérios de Beers são absolutamente contraindicados em pacientes idosos, a exemplo dos antidepressivos tricíclicos para pacientes com dor crônica. Desse modo, os critérios de Beers devem servir como um guia para alertar sobre potenciais efeitos adversos de determinados medicamentos e as condições clínicas que devem ser evitadas. Foi por esse motivo que foi desenvolvida uma lista para uso exclusivo no Brasil com base nos medicamentos contidos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e na Assistência Farmacêutica Básica (AFB) (Oliveira et al., 2011).

Comparativamente a estudos que utilizaram o MMAS-8 como instrumento para avaliação de adesão, os valores de adesão elevada encontrados em São Caetano do Sul encontram-se próximos aos identificados na literatura (Aiolfi et al., 2015). Nota-se, portanto, que há ainda muito que fazer em termos de atenção

básica, pois mais da metade dos entrevistados não estavam aderidos ao tratamento. Em relação à adesão entre os sexos, não foram observadas diferenças entre os grupos estudados, embora as mulheres tenham apresentado tendência a serem mais aderidas ao tratamento farmacológico que os homens. De fato, o maior nível de conhecimento sobre a doença apresentado pelas mulheres foi correlacionado favoravelmente a maiores índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo (Barretos, Reiners & Marcon, 2014; Chor et al., 2015). Além disso, razões ligadas ao próprio serviço de saúde: tais como acesso; disponibilidade de equipe multidisciplinar de saúde, assim como de medicamentos; frequência a consultas; relação da equipe de saúde com o paciente; satisfação do indivíduo com o atendimento, o que inclui orientação; o respeito e a decisão conjunta, e razões de natureza psicossocial como a ausência de sintomas; a melhora e/ou a normalização da pressão arterial; prática regular de atividade física; redução da ingestão de sal; abandono de hábitos relacionados ao etilismo; são considerados necessários para a obtenção de adesão satisfatória (Barretos, Reiners & Marcon, 2014; Magnabosco et al., 2015). Em relação à raça/cor, observou-se uma tendência à diferença de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, ou seja, os negros apresentaram níveis de adesão inferiores aos brancos, concordando com outros estudos (Lessa & Fonseca, 1997; Massa et al., 2016). Não foram identificados na literatura outros estudos realizados no Brasil que associaram o uso de medicamentos anti-hipertensivos e MPI entre idosos negros.

Neste estudo, não foi observada a existência de relação entre adesão ao tratamento terapêutico e uso de MPI junto aos idosos portadores de hipertensão arterial, usuários do CISE de São Caetano do Sul. Ao comparamos o uso de MPI entre brancos e negros, verificamos que os grupos apresentaram comportamento semelhante, porém proporcionalmente maior entre os negros. Possivelmente haveria a necessidade de ampliar o número de negros entrevistados, entretanto foi notável a dificuldade de encontrar indivíduos pardos e pretos que viessem fazer parte deste estudo, não por haver uma negação deles em participar, mas por serem 6,9% segundo o IBGE da população no município e, conseqüentemente, nos CISEs estudados.

Quando analisada a quantidade de medicamentos prescritos por receita, observa-se que a chance de prescrição de MPI é maior à medida que aumenta o número de medicamentos prescritos (Obreli Neto & Cuman, 2011). Segundo a

literatura, considera-se polifarmácia como sendo o uso de cinco ou mais medicamentos concomitantemente (Patel, 2003), de modo que ela pode ser vista como um indicador de MPI, como verificado no projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) no município de São Paulo. O uso de cinco ou mais medicamentos, a presença de duas ou mais doenças e o gênero feminino são considerados variáveis associadas ao uso de MPI (Obreli Neto & Cuman, 2011). O aparecimento de MPI não é visto apenas em atendimentos de atenção básica, mas também nos locais de média e alta complexidade e, sem uma observância, também expõe os pacientes a esse risco (Vilela et al., 2014).

Verificamos que o número de medicamentos utilizados pelos negros foi maior que o utilizado pelos brancos, tornando-os possivelmente mais vulneráveis aos prejuízos da polifarmácia, como risco de interações, uso inadequado de medicamentos e, assim, o de MPI, o que reforça a necessidade da realização de estudos aprofundados com esta população. Um possível fator que pode ter contribuído para o maior uso de medicamentos pelos participantes negros, além das questões de vulnerabilidade social a que provavelmente estão sujeitos, o que aumenta possibilidade de doenças crônicas, é o fato de que estes não respondem bem a determinados tipos de monoterapias quando não associadas a diuréticos (Lessa & Fonseca, 1997). O número de medicamentos prescritos entre as mulheres foi maior que entre os homens, o que corrobora com a literatura (Cassoni et al., 2014; Chor et al., 2015; Rozenfeld, 2003;), porém não foi identificada correlação com a prevalência de MPI, ao contrário de estudo realizado em São Paulo (Faustino, Martins, Jacob-Filho, 2011). Este maior número de medicamentos prescritos para as mulheres pode ser explicado, provavelmente, porque as mulheres apresentam mais queixas e frequentam mais os serviços de saúde (Obreli Neto & Cuman, 2011).

Neste estudo, o sexo masculino apresentou níveis de pressão arterial sistólica superiores aos das mulheres, de modo semelhante a outros estudos (Barbosa et al., 2008; Chor et al., 2015). 64,6% dos entrevistados mantiveram os seus níveis pressóricos controlados, sendo que as mulheres idosas mantiveram a pressão arterial mais controlada, ao contrário dos homens. Comparativamente a outros estudos, os níveis de controle pressóricos identificados foram superiores aos observados por outros autores (Chor et al., 2015). De acordo com a literatura, a hipertensão na raça negra possui prevalência maior e complicações mais graves e frequentes, sendo que este aspecto talvez tenha correlação com o nível

socioeconômico deste grupo, não raramente pertencentes a classes sociais menos privilegiadas (Chor et al., 2015; Lessa & Fonseca, 1997; Oliveira, Thomaz & Silva, 2014). É possível que o resultado obtido neste estudo possa estar relacionado ao IDH do Município de São Caetano do Sul, considerado o melhor do estado de São Paulo. Segundo estudo que analisou os fatores determinantes do IDH dos municípios do Estado de São Paulo, a população que tem acesso à Educação concentra-se nos municípios mais desenvolvidos. Maior renda oferece maior oportunidade de acesso a bens e serviços, inclusive educação de qualidade e assistência de saúde. Todavia, a Despesa com Saúde não discrimina o IDH (Prearo, Maraccini & Romeiro, 2015). A desigualdade educacional é mais nociva porque tem efeito direto sobre a adoção de hábitos de vida saudável, que minimizam os efeitos de risco para as doenças cardiovasculares (Massa et al., 2016).

Este estudo possui limitações por se tratar de estudo transversal, o que não permite a identificação da relação causa e efeito. O acesso e registro das informações sobre o uso de medicamentos devem ser cada vez mais aperfeiçoados. Os profissionais que tratam pacientes idosos devem conhecer as práticas apropriadas de prescrição que podem acontecer por meio do acesso a protocolos de utilização de medicamentos e de ações de educação continuada, o que reduziria a ocorrência de práticas potencialmente inadequadas. Complementando, a adoção de uma lista de MPI adaptada à realidade brasileira, como a proposta por Oliveira (2011), pode nortear a seleção de medicamentos e a elaboração e protocolos de uso de medicamentos em idosos.

Conclusões

Os resultados desta investigação evidenciam a necessidade de maiores cuidados com os idosos no que diz respeito à farmacoterapia prescrita, pois indicam que, quanto maior o número de medicamentos prescritos aumenta a probabilidade de receber medicamentos potencialmente inapropriados à sua condição fisiológica.

O uso dos inibidores da bomba de prótons, como os que foram encontrados neste estudo, precisa ser mais discutido, principalmente entre os profissionais prescritores, pois dentre a classe de antiácidos/antiulcerosos, a maior prevalência encontrada nas prescrições no presente estudo foram destes inibidores, que provavelmente são usados como preventivos em “possíveis” disfunções gástricas causadas pela politerapia.

Mesmo apresentando um número pequeno de idosos negros na localidade de estudo, acende-se uma luz de alerta, pois além destes apresentarem menor adesão quando comparada à branca, neste estudo receberam maior quantidade, 20% aproximadamente, de medicamentos inapropriados.

Faz-se necessária uma maior observância no momento da prescrição, levando em consideração os critérios de Beers, observando-se a condição clínica de cada indivíduo, principalmente, com monitoramento das possíveis interações medicamentosas que podem ser provocadas pela politerapia. Neste estudo, fica um alerta para maior cuidado com os idosos negros que se apresentaram menos aderentes à farmacoterapia prescrita.

Referências

AGS. (2015). American Geriatrics Society: Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 63 , n. 11 , p. 2227-2246.

Aiolfi, C. R.; Alvarenga, M. R. M.; Moura, C. S. & Renovato, R. D. (2015). Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 397-404.

Barbosa, J.B. et al (2008) Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados em São Luís - MA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, n. 4, p. 260-266.

Barreto, M. S.; Reiners, A. A. O. & Marcon S. S. (2014). Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 491-498.

Berquó, E. I. (2008) **Curso de Metodologia e Pesquisa em saúde da População Negra**. Campinas: NEPO/UNICAMP.

Cassoni, T. C. J. et al (2014) Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 8, p. 1708-1720.

Chor, D. et al (2015) Prevalence, Awareness, Treatment and Influence of Socioeconomic Variables on Control of High Blood Pressure: Results of the ELSA-Brasil Study. **PLoS ONE** ,v. 10, n. 6 , : e0127382.

Ervatti, L. R.; Borges, G. M. & Jardim, A. P. (2015). Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. **Estudos & Análises. Organização demográfica e socioeconômica**. Vol. 3. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Faustino, C. G.; Martins, M. A. & Jacob-Filho, W. (2011). Medicamentos potencialmente inapropriados prescritos a pacientes idosos ambulatoriais de clínica médica. **Einstein (São Paulo)**, v. 9, n. 1, p. 18-23.

Fick, D. M. et al (2003) Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. **Archives of Internal Medicine**, v. 163, n. 22 , p. 2716-2724.

Gomes Martins, A. et al (2014) Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.27, n. 3, p. 266-272.

Guimarães, A. S. A. (2003). Como trabalhar com "raça" em sociologia. **Educação e Pesquisa**, v. 29, n .1, p.93-107.

Guimarães, V. G. et al (2012) Perfil farmacoterapêutico de um grupo de idosos assistidos por um programa de Atenção Farmacêutica na Farmácia Popular do Brasil no município de Aracaju (SE). **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 33 , n. 2, p. 307-312.

IBGE.(2010). **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2010

Lessa, I. & Fonseca, J. (1997). Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 68, n. 6 , p. 443-449.

Luz, F.E.; Santos, B. R. M. & Sabino, W. (2017). Estudo comparativo de mortalidade por doenças cardiovasculares em São Caetano do Sul (SP), Brasil, no período de 1980 a 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22 , n. 1, p. 161-168.

Magnabosco, P. et al (2015) Comparative analysis of non-adherence to medication treatment for systemic arterial hypertension in urban and rural populations. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23 , n. 1 , p. 20-27.

Massa, K. H. C. et al (2016) Factors associated with the use of antihypertensives among seniors. **Revista de Saúde Pública**, v.50 , p.75.

Obreli Neto, P. R. & Cuman, R. K. N. (2011). Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos e sua presença no SUS: avaliação das listas padronizadas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 285-289.

Oliveira, B. L. C. A.; Thomaz, E. B. A. F. & Silva, R. A. (2014). The association between skin color/race and health indicators in elderly Brazilians: a study based on the Brazilian National Household Sample Survey (2008). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30 , n. 7 , p. 1438-1452.

Oliveira, M. G.; Amorim, W. W.; Rodrigues, V. A. & Passos, L. C. (2011). Acesso a medicamentos potencialmente inapropriados em idosos no Brasil. **Revista APS**, v. 14, n. 3 , p. 258-265.

Patel, R. B. (2003). Polypharmacy and the elderly. **Journal of Infusion Nursing**, v. 26, n. 3, p.166-169.

Prearo, L. C.; Maraccini, M. C. & Romeiro, M. C. (2015). Fatores determinantes do Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 5, n. 1 , p. 133-156.

Rozenfeld, S. (2003). Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n.3, p. 717-724.

VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2016). **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 107, n.3.

Vilela, F. C.; Carvalho, M.; Adrzejewski, V.M.S. & Frandoloso, G. A. (2014). Uso de medicamento potencialmente inapropriado em idosos hospitalizados segundo critérios de Beers. **Revista de Geriatria & Gerontologia**, v. 8 , n. 4 , p. 227-231.

CAPÍTULO 10 – ENVELHECIMENTO E METABOLISMO DA GLICOSE

Mayra dos Santos Silva

Antes de entrarmos nas alterações do metabolismo energético decorrente do processo de envelhecimento, torna-se viável recorrer a algumas definições e explicações sobre o processo de envelhecimento.

A literatura considera diferentes conceitos para o termo “envelhecimento” levando em consideração todas as alterações físicas, psíquicas e sociais envolvidas no processo. Contudo, ainda não é possível encontrar uma definição de envelhecimento que envolva os mecanismos que o precede e o reconhecimento do ser envolvido. Porém sabemos, que o envelhecimento é um processo natural e irreversível, que varia de indivíduo para indivíduo, podendo ser determinado geneticamente ou ser influenciado pelo estilo de vida, pelas características do meio ambiente e pela situação social e nutricional do ser.

Dentre as muitas definições de envelhecimento, os artigos no âmbito da saúde costumam citar a definição da Organização Pan-americana de Saúde na qual define:

...envelhecer é um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto aumente sua possibilidade de morte.

Diante desta definição entende-se que o envelhecimento é resultante da passagem do tempo que atua sobre o organismo o deixando mais vulnerável às mudanças do meio e o tornando mais susceptível as doenças e a morte.

Na tentativa de explicar o processo de envelhecimento, os cientistas formularam diversas teorias tentando elucidar a razão pelas quais as pessoas envelhecem. Muitas teorias já não são mais comentadas, porém outras, continuam sendo aceitas. Entretanto, nenhuma teoria é capaz de explicar por si só todo o mecanismo o qual faz o ser humano envelhecer.

Destacarei nesse capítulo, algumas teorias mais aceitas pela literatura médica. Estando ambas acontecendo no processo celular.

A primeira teoria, conhecida como **Teoria do envelhecimento programado**, se baseia exclusivamente no envelhecimento por fator genético, ou seja, o tempo o qual uma pessoa envelhecerá será determinada pelos seus genes, um exemplo disso diz respeito às famílias de longevas.

Os defensores desta teoria acreditam que nossas células tem um tempo geneticamente programado para morrer após um certo número de divisões celulares, conhecido como mitose. Após esse número programado, as células entrariam em senescência e morreriam, cujo momento estaria ligado a idade biológica.

Conforme as nossas células irão morrendo, o organismo sofrerá com alterações consideradas fisiológicas, evoluindo para patológicas até levar a morte do indivíduo.

A segunda teoria muito comentada na literatura é conhecida como **Teoria dos Radicais Livres**, e diz respeito à produção de radicais livres. Esta teoria surgiu em 1956, com o Dr Denham Harman, que propôs que as células envelhecem devido a danos acumulados em seu interior decorrente às reações químicas celulares. Durante essas reações químicas surgem os radicais livres.

Os radicais livres são substâncias tóxicas produzidos naturalmente ou diante de alguma disfunção biológica. Esses radicais apresentam um número ímpar de elétrons, que desemparelhado encontra-se centrado nos átomos de oxigênio ou nitrogênio, que são denominados ERO ou ERN1-4. Na tentativa de emparelhar-se eles procuram ligar-se a outras moléculas, acabando por danificar as células na busca desenfreada por pares, sendo altamente oxidável, com grande capacidade de gerar novos radicais livres.

No organismo, encontram-se envolvidos na produção de energia, fagocitose, regulação do crescimento celular, sinalização intercelular e síntese proteica. No entanto, seu excesso apresenta efeitos deletérios, como a peroxidação dos lipídios e agressão às proteínas dos tecidos e das membranas, às enzimas e até mesmo no DNA. Dessa forma, encontram-se relacionados com várias patologias, tais como arteriosclerose, doenças coronárias, doenças neurodegenerativas, síndrome metabólica, diabetes e câncer.

Na tentativa de combater o excesso de radicais livres, o organismo produz os antioxidantes, porém no processo de envelhecimento esse balanço está alterado, predominando a produção das espécies reativas de oxigênio.

Tanto o envelhecimento quanto os radicais livres estão associados à redução dos telômeros (estruturas repetitivas de proteínas de DNA encontrados nas extremidades dos cromossomos lineares), fenômeno este conhecido como encurtamento telomérico.

Durante o processo natural, a telomerase ajuda na regeneração dos telômeros, porém devido à ausência de ação da telomerase em muitas células somáticas, o comprimento do telômero vai diminuindo a cada divisão celular, até a célula entrar em senescência e morte.

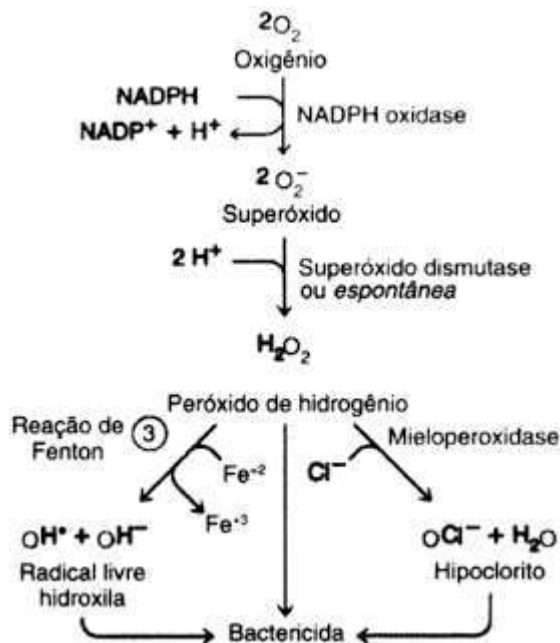
Este encurtamento telomérico está associado ao processo de aterosclerose, câncer de mama, diabetes e hipertensão arterial.

As mitocôndrias, responsáveis pela respiração celular (fosforilação oxidativa) também são as principais geradoras de radicais livres. Em suas membranas encontram-se enzimas responsáveis pela transformação da glicose, ácidos graxos e aminoácidos em energia.

O processo de envelhecimento pode estar, assim, associado à disfunção mitocondrial e a produção de radicais livres pelas mitocôndrias que leva à diferenciação adipocitária.

A figura abaixo demonstra a produção de radicais livres, $\text{NADPH oxidase} + 2\text{O}_2$ (oxigênio) = Radical Superóxido, produzido por quase todas as células aeróbias (cadeia respiratória). O Peróxido de Hidro NADPH oxidase gênio (H_2O_2) não é uma radical segundo a definição, mas promove a formação de outros radicais, além disso é bastante oxidativo podendo reagir com a membrana plasmática do eritrócito e com proteínas ligadas ao ferro²⁺, formando o Radical livre Hidroxila ou reagindo ao cloro, dando origem ao Hipoclorito. O Radical Hidroxila (OH.): É o radical mais reativo. Assim, pode reagir com o DNA da célula causando mutações, com a membrana plasmática causando lise celular, com proteínas as desativando.

Figura 1. Produção dos radicais livres



Fonte: <http://bioradicaibio.blogspot.com.br/2009/07/radicais-livres.html>

Autores da teoria mitocondrial do envelhecimento sugerem que mutações ocorridas no genoma mitocondrial alteram o metabolismo mitocondrial, reduzindo a produção de ATP e predispondo a célula ao envelhecimento e a diversas doenças associadas a este. Ao contrário, a longevidade estaria associada à manutenção da estrutura e função adequada das mitocôndrias.

O aumento das espécies reativas de oxigênio e de espécies reativas de nitrogênio podem fosforilar proteínas que induzem a resistência à insulina, além de estimularem a sinalização pró-inflamatória, que também contribuem para o processo de resistência.

A disfunção mitocondrial e o estresse oxidativo resulta em acúmulo de metabólitos de ácidos graxos de cadeia longa e diacilglicerol, levando à maior ativação da proteína quinase C (PKC), fosforilação de substratos específicos resultando na resistência à insulina, não somente no músculo esquelético, mas também em tecidos adiposos, no fígado e vasculatura.

Dentre os radicais livres, o peroxinitrito parece causar danos diretos à estrutura molecular tanto do receptor quanto na insulina, através de reações de nitração, o que compromete suas ações e, conseqüentemente, resulta em resistência à insulina. A nitração da insulina também pode ser em decorrência de hiperglicemia, que induz a diminuição de tetra-hidrobiopterina (BH4), importante na

manutenção da integridade e função de proteínas com resíduos de tirosina, como é a insulina, o que resulta em alterações estruturais e disfunção da molécula. A diminuição dos efeitos da insulina sob a via PI3K determina ainda alterações na vasodilatação do endotélio, levando assim a alterações cardiovasculares.

A hiperglicemia também induz ao aumento de espécies reativas de oxigênio nas células endoteliais, justificando assim, a relação entre diabetes e destruição tecidual, já que na patologia estabelecida existe uma desregulação do processo antioxidante.

Inflamação de baixo grau no tecido adiposo branco leva a intolerância à glicose, resistência à insulina e diabetes. Fator de necrose tumoral (TNF) α , interleucina (IL) -1β e IL-6, leptina e resistina dão origem a um círculo vicioso levando a deposição de gordura. A ocorrência de inflamação na obesidade também é apoiada pelo aumento da reatividade de proteína e outros biomarcadores inflamatórios.

Os intermediários reativos, produzidos pelo estresse oxidativo, podem alterar as camadas da membrana e causar a peroxidação lipídica dos ácidos graxos poliinsaturados (PUFA) levando à formação do radical lipoperoxila (LOO \bullet), que, por sua vez, reage com um lipídio para produzir um radical lipídico e o hidroperóxido lipídico (LOOH). LOOHs são instáveis: eles geram novos radicais de peroxila e alcoxi-la e se decompõem em produtos secundários.

Os radicais livres produzidos durante a peroxidação lipídica têm alguns efeitos locais, devido à sua curta vida, mas os produtos de degradação dos peróxidos lipídicos podem servir como “segundos mensageiros do estresse oxidativo”, devido à sua meia-vida prolongada e sua capacidade de se difundir do seu local de formação, comparado aos radicais livres.

A peroxidação lipídica e a quebra de lipídios com a formação de compostos reativos podem levar a alterações na permeabilidade e fluidez da membrana lipídica e podem alterar dramaticamente a integridade celular.

Dentre os produtos da peroxidação lipídica, o aldeído 4-hidroxinonenal (4-HNE) é o mais intensamente estudado, pois é uma molécula altamente eletrolítica que reage facilmente com compostos de baixo peso molecular, como a glutatona, com proteínas e, em maior concentração, com o DNA. Devido à sua reatividade química, este produto de decomposição pode fazer modificações covalentes em macromoléculas e exercer alguns efeitos biológicos. A reatividade do 4-HNE

depende de três grupos funcionais principais: o grupo do aldeído, a dupla ligação C = C e o grupo da hidroxila, que pode participar, sozinho ou em sequência, em reações químicas com outras moléculas.

O estresse oxidativo, aferido pela peroxidação lipídica no plasma, é apontado como alteração marcante na obesidade.

A obesidade aumenta a necessidade metabólica do miocárdio, com o conseqüente aumento do consumo de oxigênio e causa a diminuição das enzimas citoprotetoras eritrocitárias. Com isso, a produção de espécies reativas de oxigênio (ROS) como os superóxidos e os peróxidos de hidrogênio aumentam devido à maior respiração mitocondrial. Se a produção dessas espécies de oxigênio exceder a capacidade antioxidante da célula, o estresse oxidativo pode ocorrer, resultando em peroxidação lipídica. O segundo mecanismo através do qual a obesidade pode aumentar a peroxidação lipídica é através da lesão celular progressiva e cumulativa devido à pressão pela grande massa corporal. A injúria celular, por sua vez, libera citocinas como o fator de necrose tumoral que gera espécies reativas de oxigênio. Um último mecanismo proposto é que através de uma dieta hiperlipêmica se altere o metabolismo do oxigênio, pois as moléculas dos ácidos gordos com duplas ligações são vulneráveis as reações oxidativas e conseqüentemente podem levar a peroxidação lipídica.

Fechamos assim, o ciclo entre radicais livres e alteração na glicemia de jejum e obesidade. Porém a peroxidação lipídica associada ao estresse oxidativo, parece ter também participação nos distúrbios metabólicos, na inflamação, aterosclerose, doenças neurodegenerativas e câncer. Tais distúrbios metabólicos não envolvem apenas a superprodução de radicais livres reativos, mas também ocorrem por meio de uma via não-radical, conhecida como peróxido de hidrogênio.

Glicose, insulina e Hiperglicemia

A glicose é a principal fonte de energia para todos os tecidos, e é derivada de 3 fontes: a absorção intestinal que ocorre após a ingestão de carboidratos na dieta, a glicogenólise e gliconeogênese. A glicose é transportada para as células através de múltiplas vias: pode ser armazenado como glicogênio; pode passar de glicólise para piruvato e finalmente, pode ser liberado na circulação pelo fígado e rins, os únicos órgãos que contêm glicose-6-fosfatase, a enzima necessária para a liberação de glicose na circulação.

Na condição de jejum, as concentrações de glicose plasmática estão relativamente estáveis, o que indica que as taxas de produção de glicose e utilização são iguais, porém depois de uma refeição, a glicose circulante pode ser mais que o dobro da taxa de glicose endógena pós-absortiva, dependendo do conteúdo e quantidade de carboidratos da refeição e a taxa e grau de absorção de glicose. Como a glicose é absorvida, a produção de glicose endógena é suprimida e a utilização de glicose pelo fígado, músculo e gordura acelera. Portanto, a glicose exógena é assimilada e a concentração plasmática de glicose retorna para aproximadamente o estado de jejum

A insulina é o hormônio glucoregulador dominante. Em estado de jejum, a concentração de glicose no plasma regula a produção de glicose hepática. A insulina é produzida pelas células β das ilhotas de Langerhans do pâncreas, como resposta direta à hiperglicemia. Após a ingestão, os carboidratos são hidrolisados por enzimas digestivas a monossacarídeos como a glicose, a frutose e a galactose.

A liberação de glicose na corrente sanguínea é o estímulo primário para as células β pancreáticas secretarem e liberarem insulina. As células β pancreáticas são permeáveis a glicose via proteína transportadora de glicose GLUT 2. Portanto, a concentração de glicose na corrente sanguínea determina seu fluxo através da glicólise, ciclo do ácido cítrico e geração de ATP.

O aumento na concentração de ATP inibe os canais de K^+ sensíveis ao ATP causando despolarização da membrana das células β , levando a um aumento do influxo de Ca^{2+} , via canais de Ca^{2+} sensíveis, e o aumento na concentração intracelular de Ca^{2+} estimulando a exocitose de insulina.

O transporte da glicose de forma geral depende de proteínas transportadoras, os GLUTs na superfície de todas as células. Já em células epiteliais, os processos de absorção e reabsorção da glicose, ocorrem através de um processo de transporte acoplado ao íon sódio, o qual promove um transporte contra gradiente de concentração de glicose e a favor do gradiente de concentração de Na^+ , através de proteínas transportadoras (SGLTs) presentes no bordo da célula epitelial.

Os GLUTs são capazes de realizar um fluxo bidirecional de glicose e, de fato, é o gradiente do substrato que determinará a direção intra ou extracelular da glicose.

Há uma correlação entre a exposição das ilhotas pancreáticas sob um nível elevado de sanguínea por um período prolongado, com a ineficiência dessas células na liberação de insulina através do estímulo pela glicose. Um dos efeitos da insulina

é estimular a captação de glicose pelos tecidos alvos, sendo esse trabalho facilitado pelo transportador de glicose dependente de insulina, GLUT 4, presente nos músculos esqueléticos, no músculo cardíaco e no tecido adiposo.

Qualquer falha nos receptores de glicose, ou na liberação de insulina, fará com que os níveis circulantes de glicemia sejam maiores.

Durante anos a atenção esteve voltada ao GLUT4, revelando que, tanto a redução no conteúdo de GLUT4 como defeito na sua translocação do intracelular para a membrana celular foram observados em modelos animais e em humanos com obesidade e/ou resistência (RI) à insulina e/ou DM2.

Embora o músculo esquelético seja o principal sítio de captação de glicose estimulada pela insulina, acredita-se que a RI se iniciaria no tecido adiposo, e que este tecido teria um papel importante na sua indução em músculo esquelético e fígado.

Os adipócitos reduzem a ação da insulina e adiponectina, que tem ação contrária, bem como AGL, que podem influenciar significativamente o transporte de glicose para as células, competindo como substrato energético utilizado especialmente nos músculos oxidativos aeróbios. Esta produção aumenta muito na obesidade e encontra-se associada à geração da RI nesta condição, uma vez que inibe a via de sinalização da insulina e a translocação do GLUT4 para a membrana plasmática, assim como pode reprimir a expressão de GLUT4 em miócitos e adipócitos. Ainda, embora redução no conteúdo de GLUT4 em tecido adiposo sem alteração em músculo esquelético tenha sido observada em humanos com obesidade e/ou DM2, outras observações reforçam o papel chave do GLUT4 no tecido adiposo sobre a sensibilidade à insulina.

Assim, pode-se observar que o tecido adiposo, embora colabore com apenas 20% do total de captação de glicose no organismo, pode influenciar por via indireta a sensibilidade à insulina de vários tecidos, e alterar de maneira importante a homeostasia glicídica.

O aumento nos níveis de glicose basal é conhecido como hiperglicemia de jejum. Já o perfil de hiperglicemia pós-prandial é determinado por muitos fatores, incluindo o tempo, a quantidade e a composição da refeição; o teor de carboidratos da refeição; e o resultado secreção de insulina e inibição da secreção de glucagon.

A hiperglicemia pós-esforço refere-se à glicose após uma carga pré-definida de glicose, ou seja, durante o teste de tolerância oral de glicose (OGTT). O OGTT de

75 g foi padronizado pela Organização Mundial de Saúde e é agora o teste de referência para categorizar a tolerância à glicose.

Considera-se diabetes quando a concentração de glicose no plasma em jejum é consistentemente ≥ 7 mmol / L (126 mg / dL) ou quando a concentração de glicose plasmática de 2 h (após beber 75 g de glicose) é consistentemente $\geq 11,1$ mmol / L (200 mg / dL). Estes valores são muito maiores do que o jejum "normal" e 2 h concentrações médias de glicose de 5,1 mmol / L (92 mg / dL) e 5,4 mmol / L (97 mg/dL), respectivamente.

Sabe-se que o Diabetes hoje é considerado uma epidemia mundial e afeta cerca de 20,8 milhões de pessoas nos Estados Unidos. Estimativas globais indicam que 382 milhões de pessoas vivem com DM (8,3%) e um estudo nacional de 2017 com Pesquisa de Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSD), registrou a prevalência de 7,5 % de diabetes no Brasil (Flor e Campos, 2017). Acredita-se, ainda, que aproximadamente 50% dos diabéticos desconhecem que têm a doença.

Os custos públicos com o diabetes, diz respeito não só a patologia em si, mas também às consequências clínicas, como alterações na retina, no glomérulo renal e e doença macrovascular aterosclerótica acelerada que afeta as artérias que suprem o coração, o cérebro e as extremidades inferiores.

Em ambos os tipos de diabetes 1 e 2, estudos clínicos mostraram uma forte relação entre os valores médios de glicemia, medidos como hemoglobina glicada (HbA1c) e complicações diabéticas.

A HbA1c ou simplesmente A1C é um marcador bioquímico facilmente mensurável que correlaciona-se com o nível de glicemia durante um período de 2 a 3 meses. Testes para HbA1c também são baratos e podem ser feitos em qualquer hora do dia. A concentração de HbA1c prevê fortemente risco de doença nos olhos, rins e nervos em pessoas com diabetes tipo 1 e tipo 2. Evidências epidemiológicas também indicam que a HbA1c é um fator de risco progressivo para doença tanto em diabéticos como naqueles sem diabetes.

Atualmente, a manutenção do nível de A1C abaixo de 7% é considerada como uma das principais metas no controle do DM. Estudos indicaram que as complicações crônicas começam a se desenvolver quando os níveis de A1C estão situados permanentemente acima de 7%, sendo assim, algumas sociedades médicas adotam, inclusive, metas terapêuticas mais rígidas de 6,5% para os valores de A1C.

Síndrome metabólica

Diversos rótulos foram criados no passado para denominar esta síndrome, porém o termo MetS é agora usado universalmente para descrever um conjunto de fatores de risco metabólico que se manifestam num indivíduo e aumentam as chances de desenvolver doenças cardíacas, derrames e diabetes.

O primeiro documento acordado sobre a definição da Síndrome Metabólica foi elaborado durante uma reunião organizada pela Federação Internacional de Diabetes (IDF) em 2005. Como descrito neste documento, o principal fator contribuinte para a Síndrome Metabólica é a obesidade, medida pela circunferência da cintura e o Índice de Massa Corporal (IMC). Além da obesidade central, os outros fatores que devem ser considerados para o diagnóstico da síndrome metabólica envolvem a estimativa de triglicerídeos, a redução de lipoproteína de alta densidade (HDL), o colesterol total, a pressão arterial e/ou glicemia de jejum. O diagnóstico é firmado quando a pessoa apresenta pelo menos três dos sintomas descritos.

A presença da síndrome metabólica leva a um aumento do risco de diabetes do tipo 2 e a doenças cardiovasculares, sob a forma de doença coronariana, aterosclerose periférica e insuficiência cardíaca. Além disso, a síndrome metabólica está associada a outras complicações sistêmicas que afetam diferentes órgãos, tais como alterações hepáticas, respiratórias, osteoarticulares e câncer. Subsequentemente, estudo conduzido com a população italiana em 2007, mostrou que pacientes com síndrome metabólica aumentaram todas as causas de mortalidade e menor tempo de vida em comparação com população geral.

O depósito de tecido adiposo não é metabolicamente igual, a gordura visceral, comparada com a gordura subcutânea, tem padrões distintos de expressão gênica e está associada a maior resistência à insulina, menor tamanho de partícula de LDL-C e HDL-C e maior LDL-C e lipoproteína de densidade muito baixa (VLDL). Em indivíduos suscetíveis, a incapacidade para a célula β de compensar a resistência à insulina resulta em hipoinsulinemia relativa, promovendo aumento da atividade da lipase sensível a hormônios e excesso de lipólise de triglicerídeos armazenados, especialmente no depósito de gordura abdominal, com excesso de liberação de ácidos graxos livres (FFAs). Os ácidos graxos livres derivados da gordura visceral são liberados na circulação e transportados para o fígado para ser armazenado como triglicérides. O fluxo de ácidos graxos livres estimula o fígado na produção de VLDL, resultando em hipertrigliceridemia. O excesso de triglicerídeos também são

transferidos para LDL, que torna-se então um substrato mais atraente para a lipase hepática, que provoca a lipólise dos triglicerídeos e resulta em partículas pequenas e densas de LDL.

O aumento do fluxo de AGL nos tecidos periféricos também inibe a sinalização da insulina. Com resistência à insulina hepática e abundância de substrato de AGL, a gliconeogênese aumenta, contribuindo para a hiperglicemia. Resistência à insulina miocelular também resulta na diminuição da eliminação de glicose periféricamente. Com o tempo, a célula β pancreática continua a descompensar pelo aumento da necessidade de insulina para superar a resistência, e o DM tipo 2 será a consequência final.

O desenvolvimento da hipertensão é provavelmente multifatorial, parcialmente mediada por disfunção endotelial causada pela geração mediada por AGL de espécies reativas de oxigênio (ERO), ativação e inibição do sistema nervoso simpático induzido por hiperinsulinemia e os efeitos das citocinas derivadas do tecido adiposo. Há também hiperatividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona na obesidade.

As adipocinas são secretadas pelo tecido adiposo com efeitos metabólicos de longo alcance. Entre as adipocinas, a adiponectina é um fator positivo, e níveis mais elevados resultam em diminuição da inflamação sistêmica e promoção de sensibilidade à insulina

Há também uma estreita relação com células derivadas da medula óssea, especificamente os macrófagos no tecido adiposo de indivíduos obesos, que provavelmente são responsáveis pelo aumento de citocinas, como interleucina 6 (IL-6) e fator de necrose tumoral α (TNF- α), que aumentam a inflamação e a resistência pós-receptor à insulina e também pode ter um papel no aumento do risco de doenças cardiovasculares associado à obesidade.

Além da função prejudicada das células β , provavelmente existem fatores genéticos ou epigenéticos adicionais. Fatores que interagem com o ambiente e a dieta podem influenciar no desenvolvimento de MetS e estratégias devem ser elaboradas para a redução da prevalência de Mets na população idosa.

Como discutido em todo esse capítulo, não poderíamos deixar de falar da participação do estresse oxidativo na síndrome metabólica. De fato, o estresse oxidativo desempenha um papel importante na patogênese das alterações metabólicas, por desencadear ou exacerbar os processos bioquímicos que

acompanham a síndrome metabólica. Além disso, observações experimentais e clínicas indicaram o estresse oxidativo como um importante mecanismo na síndrome metabólica associada à obesidade, ao desenvolvimento do diabetes e suas complicações e as condições “satélites”, como a esteato-hepatite não-alcoólica (NASH). Além disso, como discutido anteriormente os radicais livres desempenham importante papel no processo do envelhecimento e nas alterações triangulares destes: envelhecimento, alterações metabólicas e cardiovasculares.

Insulina cerebral, o que diz as novas descobertas?

A procedência da insulina cerebral ainda é controversa, sabe-se, porém que existe um sistema de transporte de insulina através da barreira hemato-encefálica que precisa ser atravessado para que ela alcance seu receptor.

Em condições normais, o nível de insulina cerebral se correlaciona com as concentrações de insulina periférica, estando o hipotálamo responsável pela maior concentração de insulina cerebral e seus receptores.

Diversas funções foram atribuídas à insulina cerebral, como participação no metabolismo energético e controle de peso através da inibição da neoglicogênese hepática. Este hormônio apresenta também um papel relevante na reprodução, ao estimular a liberação de GnRH pelo hipotálamo.

A relação entre metabolismo energético, memória e aprendizado tem sido o mais discutido na literatura ultimamente, associando este mecanismo ao mesmo o qual ocorre na periferia. Verificou-se que a insulina apresenta uma função neuromoduladora importante, nomeadamente na transmissão glutamérgica, GABAérgica, noradrenérgica e colinérgica, interferindo assim em processos cognitivos e de memória.

Estudos mostram que este hormônio apresenta propriedades neuroprotetoras importantes, inibindo a apoptose, diminuindo os efeitos deletérios do estresse oxidativo e da isquemia e diminuindo a toxicidade decorrente da acumulação do peptídeo β -amilóide. Talvez por isso, disfunções centrais da insulina estejam relacionadas com o desenvolvimento de doenças neurodegenerativas e psiquiátricas.

A doença de Alzheimer (DA) e diabetes mellitus (DM) partilham características fisiopatológicas, nomeadamente a resistência à insulina, agregação de peptídeo β -amilóide, a associação com o processo inflamatório e distúrbios

cognitivos. A associação entre a DA e DM poderá explicar-se através de alterações mitocondriais e do estresse oxidativo, alteração do metabolismo energético, modificações do metabolismo do colesterol e disfunção da sinalização PI3K/ Akt.

Vários estudos reportam que a neuroinflamação é um elo comum entre a DM e a DA. A resposta inflamatória está associada ao desenvolvimento da resistência à insulina nos tecidos periféricos e centrais, estando este processo associado à obesidade, DM e um aumento de risco de desenvolvimento de DA.

Estudos mostraram que DA é duas vezes mais frequente em pacientes diabéticos, e alguns autores propuseram o nome “diabetes tipo 3” para essa associação.

Estes achados são de extrema importância para os estudos do envelhecimento, pois tratam-se de duas patologias comuns e que partilham da mesma formação, estando a insulina cerebral como foco central neste elo. Avanços no conhecimento da DA pré-clínica e do DM2 podem ser um estímulo importante para o desenvolvimento de tratamento para prevenir os eventos patogênicos desses transtornos, principalmente àqueles focados na redução da resistência à insulina no cérebro, o que parece ser um terreno comum para ambas as entidades patológicas.

Considerações finais

É notório o crescente aumento nas pesquisas envolvendo o envelhecimento e suas alterações moleculares que irão repercutir nas doenças crônicas, tão frequentes hoje na população mundial.

O entendimento de todo processo precedente e evolutivo do diabetes, possibilita novos direcionamentos terapêuticos. Seria então o estresse oxidativo e o processo inflamatório, levando a hiperglicemia de jejum a chave para evitar a progressão da doença no idoso? Ou a insulina central seria o grande achado?

Este capítulo tentou trazer a compreensão do mecanismo de ação da insulina, bem como suas vias de sinalizações e relações com aspectos biomoleculares e ambientais na tentativa de elucidar algumas questões que ainda permanecem desconhecidas.

Referências

Blazquez, E.; Velazquez, E.; Carneiro, V.H.; Albusac, J.M.R. (2014). Insulin in the brain: its pathophysiological implications for states related with central insulin

resistance, type 2 diabetes and alzheimer's disease. **Front Endocrinol (Lausanne)**, v. 9, n.5, p.161.

Organización Panamericana de la Salud. Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores. 3. ed. Washington, DC, 2003.

Giugliano, D.; Ceriello, A.; Esposito, K.(2008). Glucose metabolism and hyperglycemia. **Am J Clin Nutr**, v.87, n. 1, p.217S–22S.

Flor, L.S.& Campos, M.R. (2017) Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev Bras Epidemiol**, v. 20, n.1, p. 16-29.

Wilson, P.W.; D'Agostino, R.B.; Parise, H.; Sullivan, L.; Meigs, J.B (2005). Metabolic syndrome as a precursor of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus. **Circulation**, v.112, n. 20, p.3066–72.

Zambon, S.; Zanoni, S.; Romanato, G.; Corti, M.C.; Noale, M.; Sartori, L.; et al. (2009). Metabolic syndrome and allcause and cardiovascular mortality in an Italian elderly population: the Progetto Veneto Anziani (Pro.V.A.) study. **Diabetes Care**, v. 32, n. 1, p.153–159.

CAPÍTULO 11 – RELAÇÃO ENTRE O DÉFICIT COGNITIVO E A DIMINUIÇÃO NA VELOCIDADE DE MARCHA EM IDOSOS

Carina Junqueira Cervato
Anny Caroline Dedicção

O acelerado processo de envelhecimento populacional tem trazido junto da longevidade desafios principalmente para países em desenvolvimento (Santos, 2007). Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças crônico-degenerativas, essas são muito frequentes em idosos e apresentam forte influência na funcionalidade dessa população (Alves, 2007).

A incapacidade funcional pode ser definida como a inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente na comunidade (Yang; George, 2005). O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem impacto para a família, comunidade, sistema de saúde e para a sua própria vida, ocasionando maior vulnerabilidade e dependência, afetando a qualidade de vida desse indivíduo (Alves, 2007).

As principais causas de déficit funcional em idosos são representadas por declínio físico e cognitivo (Santos, 2007). A marcha, antes considerada uma atividade motora automática simples, independente da cognição, é apontada em estudos mais recentes como uma função cognitiva de alto nível (Hausdorff, 2005).

O mecanismo da marcha envolve a combinação de funções cognitivas (atenção, planejamento, memória e percepção) e motoras, as quais podem declinar com o processo de envelhecimento (Liu-Ambrose, 2008; Scherder, 2007) além de serem importantes indicadores de saúde e mobilidade funcional (Bridenbaugh; Kressig, 2015).

Estudos recentes sugerem que habilidades neurocognitivas, têm um papel muito importante nos diferentes padrões de marcha. Especialmente as funções executivas e de atenção parecem explicar variabilidade na marcha e quedas em idosos (Herman, 2010).

Uma revisão sistemática avaliou função executiva em idosos de forma longitudinal a fim de observar a existência de relação com quedas e declínio

cognitivo e o resultado indicou que o declínio na função executiva está associado tanto com queda quanto com declínio na velocidade de marcha nessa população (Kearney, 2013).

Estudos prospectivos longitudinais têm sugerido que disfunções na velocidade de marcha estão associadas a marcadores precoces de déficits cognitivos em adultos idosos (Buracchio, 2010). Pesquisas recentes mostram que há uma causalidade entre desempenho físico e cognitivo, já que o declínio físico pode prever um futuro déficit cognitivo e vice e versa (Fitzpatrick, 2007; Soumaré, 2009).

A detecção precoce de declínios funcionais, pode sugerir intervenções potencialmente destinadas à prevenções de maiores déficits. Dessa forma, coletar dados de diferentes trabalhos com importante fator de impacto na comunidade científica faz-se necessário ao aprimoramento de técnicas preventivas relacionadas à população idosa.

Portanto, o objetivo deste trabalho é analisar a produção científica nacional e internacional que aborda declínio cognitivo e velocidade de marcha em idosos e elencar a relação entre o déficit cognitivo e a diminuição da velocidade de marcha nestes idosos.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa, realizada por meio de revisão narrativa de literatura de publicações científicas em periódicos.

Foi realizada uma busca bibliográfica de artigos publicados no período de 2006 a 2018, nos idiomas de português e inglês, utilizando como fontes de pesquisa a base de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e LILACS. Os descritores utilizados na língua inglesa foram: *Gait/Cognition/Aging* e em português: *Marcha/Cognição/Envelhecimento*. Destaca-se que estes termos foram extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

A coleta de dados foi realizada no decorrer de novembro de 2018. Foram identificados artigos que estavam nos idiomas português e inglês com publicação nos últimos 12 anos, para inclusão no roteiro para registro.

Após identificar os artigos científicos nas fontes de buscas mencionadas, foram avaliados os títulos e resumos, de modo a selecionar os artigos que fazem parte desta amostra.

Os artigos que atenderam ao objetivo do estudo foram elencados e registrados de acordo com os seus dados de identificação, objetivos, características metodológicas, resultados e conclusões.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão estudos que apresentassem dados originais sobre a relação entre a velocidade de marcha e declínio cognitivo em sujeitos idosos, publicados entre os anos de 2006 e 2018, em revistas brasileiras e internacionais nos idiomas português ou inglês. Foram excluídos artigos que não responderam a questão norteadora e que se repetiram entre as bases de dados, nenhum procedimento metodológico foi excluído, porém trabalhos realizados com indivíduos com doenças específicas (neurológicas, cardíacas, pulmonares ou ortopédicas), uma vez não é o objetivo do presente estudo.

A partir da análise das publicações elencadas para fazer parte do estudo, foram construídos tabelas e quadros que contemplam as principais características dos artigos utilizados na pesquisa. Os resultados da caracterização das publicações identificadas foram analisados mediante estatística descritiva e apresentados por meio de tabelas e quadros.

Resultados e Discussão

Ao cruzar os descritores marcha, cognição e envelhecimento foram encontrados um total de 15 artigos na base de dados LILACS, todos vinculados à base de dados PUBMED/MEDLINE.

Em seguida, foi realizado o cruzamento dos descritores *gait*, *cognition* e *aging*, na base de dados PUBMED/MEDLINE e foi encontrado um total de 410 artigos, dos quais, 399 foram excluídos por não relatarem o tema proposto. Logo, no total, 11 artigos foram selecionados para o presente estudo (Quadro 1).

Quadro 1. Relação de artigos

Artigos encontrados	Artigos selecionados	Artigos utilizados
291	10	10

Os artigos relevantes ao tema proposto apresentam-se no Quadro 2 em ordem cronológica.

Quadro 2. Resumo dos estudos

Autor/Ano	Tipo de estudo	Amostra	Principais variáveis avaliadas	Resultados significativos
ATKINSON et al, 2007	Estudo prospectivo observacional	n= 2349 idade= 70-79 anos	Função Cognitiva Global através do Mini Exame de Estado Mental (MEEM); Velocidade de marcha em 20 metros; 2349 pacientes completaram as avaliações de marcha e cognição e foram acompanhados por 3 anos.	Função cognitiva está associado com subsequente declínio de performance física.
FITZPATRICK et al, 2007	Estudo coorte	n= 3.035 idade ≥ 75 anos	Função Cognitiva: MEEM modificado; Auto relato sobre dificuldades em realizar atividade de vida diária (AVD) e atividade instrumental de vida diária (AIVD). Função física: velocidade de marcha em 15 pés, com marcha habitual e rápida.	Em idosos saudáveis, medidas de desempenho físico como máxima velocidade de marcha são mais sensíveis para prever declínio cognitivo do que medidas subjetivas e tarefas que exigem maior reserva funcional.
DESHPANDE et al, 2009	Estudo prospectivo	n= 660 idade ≥ 65 anos	Função Cognitiva: MEEM; Marcha em 7 m: velocidade de marcha habitual; Máxima velocidade de marcha; Velocidade de marcha com dupla tarefa (conversar) Sintomas depressivos através do questionário CES-D.	A velocidade máxima de marcha é um importante preditor de acelerado declínio cognitivo.
BURACCHIO et al, 2010	Estudo coorte longitudinal	n= 204 Idade ≥ 65 anos	Avaliação neurológica, neuropsicológica e motora anualmente por 20 anos. Avaliação cognitiva: MEEM; <i>Clinical Dementia Rating (CDR)</i> ; Velocidade de marcha: 30 pés (15 pés ida, retorno, 15 pés volta);	O presente estudo sugere que o acelerado declínio na velocidade de marcha acontece aproximadamente 14 anos antes de um moderado comprometimento cognitivo em idosos do sexo masculino e aproximadamente 6 anos antes em idosas do sexo feminino.
DODGE et al, 2012	Estudo coorte	n=93 54 - sem déficit Cognitivo 31 - Moderado comprometimento cognitivo (MCC), sem déficit de memória 8- MCC com déficit de memória Idade ≥ 70 anos	Avaliação cognitiva: 6 testes neuropsicológicos; Velocidade de marcha e variabilidade da marcha: Avaliados durante uma semana, através de sensores de movimento aplicados na casa do idoso.	Velocidade de marcha e variabilidade diária pode ser um marcador precoce de desenvolvimento de um moderado comprometimento cognitivo. Estas medidas podem detectar as fases que conduzem à demência.

MIELKE et al, 2013	Estudo transversal	n= 1.478 idade: 70-89 anos	Visita da enfermagem a cada 15 meses, avaliação neurológica e testes neuropsicológicos; Velocidade de marcha: 7,6m em velocidade habitual.	O presente estudo sugere que o declínio na velocidade de marcha precede declínio cognitivo. Além de ser um método simples, fácil e não invasivo.
CALLISAYA et al, 2015	Estudo randomizado	n= 416 Idade: 60-85 anos	Avaliação de marcha: GAITRite (6 caminhadas de 4,6 m com velocidade da preferência do idoso) Avaliação cognitiva com testes com os domínios: Função executiva; memória; habilidade visoespacial; Velocidade de processamento/atenção;	Na população idosa o declínio na função executiva está associada ao declínio na velocidade de marcha.
OJAGBEMI et al, 2015	Estudo coorte longitudinal	n= 1461 idade ≥ 65 anos	Avaliação cognitiva: Evocar o maior número de palavras possíveis dentre 10, imediatamente após a repetição das palavras e após algum tempo; Velocidade de marcha: 3 ou 4 m, a depender do nível de atividade física e habilidade do indivíduo.	Mudanças importantes na velocidade de marcha em um período de 2 anos está associado com declínio cognitivo, com identificação precoce de disfunções cognitivas nessa população avaliada.
PARK et al, 2016	Estudo longitudinal	n= 620 MEEM=30 Idade ≥ 60 anos	Função Cognitiva: MEEM; Velocidade de marcha em 4 m; Depressão: <i>Geriatric Depression Scale (GDS)</i> versão reduzida.	Alta velocidade de marcha está associada com preservação da função cognitiva ao longo do tempo em idosos do sexo masculino, porém não existe a mesma relação com idosas do sexo feminino.
BEST et al, 2016	Estudo Longitudinal	n= 2.876 Idade: 70-79 Anos	Velocidade de marcha habitual; auto relato de PA; Testes cognitivos: MEEM modificado; <i>Digit Symbol Substitution Test (DSST)</i> Tempo: 0, 4 e 9 anos	O presente estudo indica que a velocidade de marcha prediz um futuro declínio cognitivo, em idosos do sexo feminino e masculino.
GARCIA-PINILLOS et al, 2016	Estudo Transversal	n=106 Idade ≥ 65 anos	Força de preensão palmar, velocidade de marcha, Teste de sentar e levantar em 30 segundos, composição corporal, MEEM, Índice de Barthel e Charlson.	O presente estudo mostrou que a velocidade de marcha é um importante preditor da capacidade funcional (física e cognitiva) de indivíduos idosos (≥ 65 anos).

Dentre os 11 artigos selecionados, dois deles são estudos prospectivos, dois longitudinal, dois coorte, dois coorte longitudinal, dois transversais e um estudo randomizado. Todos foram realizados em idosos da comunidade, nenhum deles em

idosos institucionalizados. Nenhum dos estudos selecionados foram realizados no Brasil ou outro país da América do Sul, sendo que 60% dos estudos foram realizados nos Estados Unidos da América, um deles realizado na Itália, um na Espanha, um na Nigéria, um na Tasmânia e um na Coreia.

Dentro do período de tempo pré estabelecido, dois artigos, foram publicados em 2007, um em 2009, um em 2010, um em 2012, um em 2013, dois em 2015 e três em 2016, com predomínio de estudos recentes.

Para caracterização da população nos estudos selecionados quanto à cognição, um dos artigos utilizou o critério de ausência de comprometimento cognitivo (Fitzpatrick, 2007), quatro deles não especificou condição cognitiva, já que em um deles o idoso deveria ser capaz de caminhar sozinho (Callisaya, 2015), em outro o critério utilizado foi não apresentar dificuldades para realização de atividades básicas de vida diária (ABVD's) (Atkinson, 2007) E no terceiro estudo a população estudada deveria apresentar-se funcional (Best, 2016).

O MEEM foi utilizado como critério de inclusão, em três estudos, sendo em um deles necessária a realização de 30 pontos na avaliação inicial (Park, 2016), no segundo os idosos deveriam apresentar pontuação de 24 ou mais (Buracchio, 2010) e no terceiro estudo, a população deveria apresentar pontuação do MEEM entre 14 e 30 pontos, sem diagnóstico de demência (Deshpande, 2009).

Em outros dois estudos, o critério de inclusão para a população idosa estudada, foi de não apresentar diagnóstico de demência (Mielke, 2013; Ojagbemi, 2015). Apenas um dos estudos foi realizado com dois grupos de idosos, um deles sem comprometimento cognitivo e o outro com comprometimento cognitivo. O grupo com comprometimento cognitivo era dividido entre idosos com e sem déficit de memória. (Dodge, 2012)

Dentre os 11 estudos selecionados, apenas quatro deles, não utilizaram o MEEM como método de avaliação cognitiva. Dessa forma, dois desses utilizaram testes neuropsicológicos (Mielke, 2013; Dodge, 2012), um realizou a evocação de palavras como método de avaliação (Ojagbemi, 2015) e o quarto estudo realizou testes específicos com domínios de função executiva, memória, habilidade visoespacial, velocidade de processamento e atenção (Callisaya, 2015).

Para avaliação da velocidade de marcha, diferentes métodos foram utilizados e alguns com descrição pouco detalhada o que indica necessidade de padronização

e descrição desses testes com objetivo de facilitar reprodução do método em outros estudos ou por profissionais em sua prática clínica.

Dois estudos realizaram o teste de velocidade de marcha em 20 metros (Atkinson, 2007; Best e colaboradores, 2016). Fitzpatrick e colaboradores (2007) avaliaram a velocidade de marcha em 15 pés, através da marcha habitual e rápida.

Deshpande e colaboradores (2009) avaliaram a velocidade de marcha em idosos, em sete metros, de forma habitual, máxima e com dupla tarefa, física e cognitiva. Buracchio e colaboradores (2010) realizaram a avaliação da velocidade de marcha em 30 pés, divididos entre 15 pés de ida e 15 de volta, realizando o retorno.

Dodge e colaboradores (2012) avaliaram a velocidade e variabilidade da marcha, através de sensores de movimento que detectavam o movimento dos idosos quando estivessem caminhando em sua direção, os dados coletados iam para um computador que ficava na casa do idoso e após coletados eram enviados para uma central de informações para análise. Mielke e colaboradores (2013) avaliaram a velocidade de marcha da população selecionada, em 7,6 metros com velocidade habitual.

Callisaya e colaboradores (2015) utilizaram o instrumento GAITrite para avaliação da marcha em seis caminhadas de 4,6 metros com velocidade de preferência do idoso.

Ojagbemi e colaboradores (2015) avaliaram a marcha através de caminhadas de três ou quatro metros a depender do nível de atividade física do idoso avaliado. Park KY e colaboradores (2016) avaliaram a marcha através de caminhadas de 4 metros e Garcia-Pinillos e colaboradores (2016) avaliaram a velocidade de marcha em 10 metros.

Apesar de pouco consenso com relação à padronização dos testes e em relação aos valores de referência, Peters e colaboradores (2013), realizaram teste de confiabilidade e validade para dois métodos de avaliação de velocidade de marcha, quatro e 10 metros, em 43 idosos saudáveis. O presente estudo mostrou que ambos são excelentes indicadores de confiabilidade, porém com relação à validade, o teste de velocidade de marcha em quatro metros não mostrou-se tão significativo quanto o de 10 metros nesta população. Porém, a aplicabilidade do teste em quatro metros apresenta-se de forma mais acessível na prática clínica. Neste estudo a média da velocidade de marcha em 10 metros foi de 0,96 m/s comparado a 0,95 m/s para o teste de quatro metros.

Ainda que apenas dois estudos selecionados tenham utilizado como avaliação quatro metros e um deles 10 metros, considero o teste de velocidade de marcha em quatro metros uma opção prática, rápida e confiável para idosos saudáveis.

Atkinson e colaboradores (2007) realizaram um estudo de forma prospectiva observacional com número amostral de 2.349 idosos com idade entre 70 e 79 anos, avaliados através do MEEM e velocidade de marcha em 20 metros, durante três anos, indica que a função cognitiva está associada ao subsequente declínio de performance física. O que difere de outro estudo coorte publicado no mesmo ano, em que idosos com 75 anos ou mais, 6% com idade igual ou superior a 85 anos, também foram avaliados através do MEEM e velocidade de marcha em 15 pés, através da marcha rápida e habitual indicou que em idosos saudáveis a máxima velocidade de marcha, com média de 1,35 m/s nesses idosos, é um indicativo mais preciso de declínio cognitivo do que medidas subjetivas e tarefas que exigem maior reserva funcional (Fitzpatrick, 2007).

Deshpande e colaboradores (2009) em um estudo prospectivo, que avaliaram função cognitiva através do MEEM e velocidade de marcha máxima e habitual em sete metros indica que a velocidade de marcha máxima, de 1,49 m/s nessa população, é um importante preditor de declínio cognitivo o que vai de encontro aos resultados do artigo de Fitzpatrick e colaboradores (2007). O resultado de ambos os estudos vão de encontro aos resultados de Dodge e colaboradores (2012) quando realizaram um estudo coorte com idosos com moderado comprometimento cognitivo e sem comprometimento.

Buracchio e colaboradores (2010) realizaram um estudo coorte longitudinal, no qual idosos de ambos os sexos sem comprometimento cognitivo foram acompanhados por 20 anos, por avaliação neurológica, neuropsicológica, motora, cognitiva e velocidade de marcha. Os resultados deste estudo indicam que declínio na velocidade de marcha acontece aproximadamente 14 anos antes de um moderado comprometimento cognitivo em idosos do sexo masculino e aproximadamente 6 anos antes em idosas do sexo feminino.

Um estudo transversal realizado por Mielke e colaboradores (2013), o qual 1.478 idosos passaram por uma avaliação neuropsicológica e de velocidade de marcha de 7,6m em velocidade habitual também sugere que o declínio na velocidade de marcha precede declínio cognitivo, assim como em outros quatro

estudos apresentados anteriormente. (Fitzpatrick, 2007; Deshpande, 2009; Buracchio, 2010; Dodge, 2012).

Callisaya e colaboradores (2015) realizaram um estudo randomizado com 416 idosos, avaliando velocidade de marcha com GAITrite em 4,6m e avaliação cognitiva, dividida em função executiva, memória, habilidade visoespacial, velocidade de processamento e atenção. O resultado sugere que há uma relação entre o declínio da função executiva com a velocidade de marcha, indicando necessidade de intervir na manutenção da função executiva para manutenção da mobilidade. O que vai de encontro aos resultados do estudo realizado por Atkinson e colaboradores em 2007 citado anteriormente.

Ojagbemi e colaboradores (2015) realizaram um estudo coorte longitudinal, onde avaliaram função cognitiva através da evocação de palavras e velocidade de marcha de três ou quatro metros em 1461 idosos, com resultados que sugerem que mudanças significativas na velocidade de marcha num período de dois anos estão relacionadas ao declínio cognitivo, concordando com resultados de outros cinco estudos citados anteriormente (Fitzpatrick, 2007; Deshpande, 2009; Buracchio, 2010; Dodge, 2012; Mielke, 2013).

Park KY e colaboradores em um estudo recente (2016) avaliaram função cognitiva, através do MEEM, velocidade de marcha em quatro metros e depressão pelo questionário GDS versão reduzida, em 620 idosos. Os resultados sugerem que alta velocidade de marcha ao longo do tempo, está relacionado com a preservação da função cognitiva em idosos do sexo masculino porém não ocorre o mesmo em idosas do sexo feminino.

Um estudo longitudinal realizado durante nove anos por Best JR e colaboradores (2016) avaliaram cognição através do MEEM modificado e do *DSST*, velocidade de marcha habitual e auto relato de pressão arterial sistêmica em 2876 idosos. Os resultados contrariam Park KY e colaboradores (2016), já que indicam que a velocidade de marcha prediz futuro declínio cognitivo tanto em idosos do sexo masculino como do sexo feminino.

Dentre os 11 artigos selecionados, sete deles apresentam resultados que convergem, já que indicam que a velocidade de marcha é um importante preditor de declínio cognitivo na população idosa. (Fitzpatrick, 2007; Deshpande, 2009; Buracchio, 2010; Dodge, 2012; Mielke, 2013; Ojagbemi, 2015; Garcia-Pinillos, 2016). Dois deles convergem entre si porém divergem dos sete artigos citados

anteriormente, já que relatam que o declínio cognitivo está relacionado com subsequente declínio na performance física (Atkinson, 2007; Callisaya, 2015).

Estudo realizado por Best e colaboradores (2016) e Park e colaboradores (2016), convergem com os sete primeiros estudos citados (Fitzpatrick, 2007; Deshpande, 2009; Buracchio, 2010; Dodge, 2012; Mielke, 2013; Ojagbemi, 2015; Garcia-Pinillos, 2016), porém divergem entre si, no que diz respeito ao sexo, considerando que um deles diz que a velocidade de marcha prediz declínio cognitivo independente do sexo, masculino ou feminino (Best, 2016), discordando do segundo estudo que indica que essa relação existe apenas em idosos do sexo masculino (Park, 2016).

A marcha é considerada uma tarefa complexa envolvendo funções cognitivas (atenção, planejamento, memória e percepção) e motoras (Liu-Ambrose, 2008) (Scherder, 2007) e de acordo o resultado de aproximadamente 80% dos artigos selecionados, é um importante preditor de declínio da função cognitiva (Fitzpatrick, 2007; Deshpande, 2009; Buracchio, 2010; Dodge, 2012; Mielke, 2013; Ojagbemi, 2015; Park, 2016; Best, 2016; Garcia-Pinillos, 2016).

Não há consenso entre os estudos selecionados, no que diz respeito à marcha predizer declínio cognitivo em idosos com e sem déficit cognitivo, já que apenas um dos estudos selecionados incluiu população idosa com déficit cognitivo (Dodge, 2012), os outros oito estudos, apresentam como critério de inclusão que idoso não apresente comprometimento cognitivo (Fitzpatrick, 2007; Scherder, 2007; Liu-Ambrose, 2008; Buracchio, 2010; Dodge, 2012; Ojagbemi, 2015; Park, 2016; Best, 2016) ou demência (Deshpande, 2009; Mielke, 2013) e um deles não especifica (Garcia-Pinillos, 2016). O que indica que o objetivo dos estudos selecionados está na prevenção e detecção precoce de comprometimentos funcionais no idoso.

Apenas três entre os estudos selecionados citam diferenças entre os gêneros masculino e feminino. Best e colaboradores (2016) em um estudo com idosos do sexo masculino e feminino de idade entre 70 e 79 anos, concluíram que o declínio na velocidade de marcha e na cognição ocorre de forma semelhante em ambos os sexos. Outro estudo realizado em idosos com idade a partir de 60 anos, indica que a relação entre o declínio na velocidade de marcha e na cognição ocorre apenas em idosos do sexo masculino (Park, 2016). O terceiro estudo, realizado em idosos com idade igual ou maior que 65 anos, mostrou que o tempo entre o declínio na

velocidade de marcha e na cognição em idosos do sexo masculino é de 14 anos e em idosas do sexo feminino é de seis anos (Buracchio, 2010).

O processo de envelhecimento pode acarretar declínios físicos e cognitivos. A incapacidade funcional pode impactar a família do indivíduo envolvido, a comunidade, o sistema de saúde e sua própria qualidade de vida (Alves, 2007). Dessa forma, a detecção precoce de declínio funcional nesta população, através da avaliação da velocidade de marcha, considerado método simples, eficaz e acessível a qualquer profissional em sua prática clínica, estimula o desenvolvimento de intervenções que têm como objetivo a prevenção de incapacidades e promoção de saúde na população idosa, o que se apresenta de forma importante já que o envelhecimento deve ser uma experiência positiva para o indivíduo e para isso um envelhecimento saudável, ativo e com qualidade deve ser proporcionado a esses indivíduos.

Descobrir a relação que há entre os declínios físico e cognitivo, permite ampliar o conhecimento a respeito do processo que induz déficits funcionais, possibilitando o desenvolvimento de uma avaliação objetiva, focada em identificar indivíduos em alto risco de desenvolver declínio funcional, proporcionando intervenções adequadas, não apenas para reabilitação, como também para prevenção e promoção de saúde da população idosa.

Referências

Alves, L.C.; Leimann, B.C.Q.; Vasconcelos, M.E.L.; Carvalho, M.S.; Vasconcelos, A.G.G.; Fonseca, T.C.O.; Lebrão, M.L.; Laurenti, R (2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1924-1930.

Atkinson, H.H; Rosano, C.; Simonsick, E.M.; Williamson, J.D.; Davis, C.; Ambrosius, W.T.; Rapp, S.R.; Cesari, M.; Newman, A.B.; Harris, T.B.; Rubin, S.M.; Suzanne, K.Y.; Yaffe, K.; Satterfield, S.; Kritchevsky, S.B (2007). Cognitive Function, Gait Speed Decline, and Comorbidities: The Health, Aging and Body Composition Study. **Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES**, v.62A, n.8, p.844–850.

Best, J.R.; Liu-Ambrose, T.; Boudreau, R.B.; Ayonayon, H.N.; Satterfield, S.; Simonsick, E.M.; Studenski, S.; Yaffe, K.; Newman, A.B.; Rosano, C (2016). An Evaluation of the Longitudinal, Bidirectional Associations Between Gait Speed and Cognition in Older Women and Men. **Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v.00, n.00, p.1–8.

Bridenbaugh, S.A.; Kressig, R.W (2015). Motor cognitive dual tasking early detection of gait impairment, fall risk and cognitive decline. **Gerontol Geriat**, v. 48, p. 15-21.

Buracchio, T.; Dodge, H.H.; Howieson, D.; Wasserman, D.; Kaye, J (2010). The trajectory of gait speed preceding mild cognitive impairment. **Arch Neurol**, v. 67, p. 980-986.

Callisaya, M.L.; Blizzard, C.L.; Wood, A.G.; Thrift, A.G.; Wardill, G.; Srikanth, V.K (2015). Longitudinal Relationships Between Cognitive Decline and Gait Slowing: The Tasmanian Study of Cognition and Gait. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v.70, n.10, p.1226–1232.

Deshpande, N.; Metter, J.E.; Bandinelli, S.; Guralnik, J.; Ferrucci, L (2009). Gait speed under varied challenges and cognitive decline in older persons: a prospective study. **Age and Ageing**, v.38, p.509–514.

Dodge, H.H.; Mattek, N.C.; Austin, M.P.H.D.; Hayes, M.S.T.L.; Kaye, J.A (2012). In-home walking speeds and variability trajectories associated with mild cognitive impairment. **Neurology**, v.78.

Fitzpatrick, A.L.; Buchanan, C.K.; Nahin, R.L.; Dekosky, S.T.; Atkinson, H.H.; Carlson, M.C (2007). Associations of gait speed and other measures of physical function with cognition in a healthy cohort of elderly persons. **J Gerontol Med Sci**, v. 62, p.1244-1251.

Garcia-Pinillos, F; Cozar-Barba, M; Munoz-Jimenez, M; Soto-Hermoso, V; Latorre-Roman, P (2016). Gait speed in older people: an easy test for detecting cognitive impairment, functional independence, and health state. **Psychogeriatric**, v.16, p. 165–171.

Hausdorff, J.M.; Yogev, G.; Springer, S.; Simon, E.S.; Giladi, N (2015). Walking is more like catching than tapping: gait in the elderly as a complex cognitive task. **Experimental Brain Research**, v. 164, p. 541–548.

Herman, T.; Mirelman, A.; Giladi, N.; Schweiger, A.; Hausdorff, J.M (2010). Executive control deficits as a prodrome to falls in healthy older adults: a prospective study linking thinking, walking, and falling. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 65, p. 1086–1092.

Kearney C.F.; Harwood, R.H.; Gladman, J.R.F.; Lincoln, N.; Masud, T (2013). The Relationship between Executive Function and Falls and Gait Abnormalities in Older Adults: A Systematic Review. **Dement Geriatr Cogn Disord**, v. 36, p. 20-35.

Liu-Ambrose, T.; Ahamed, Y.; Graf, P.; Feldman, F.; Robinovitch, S.N (2008). Older fallers with poor working memory overestimate their postural limits. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 89, p. 1335-40.

Mielke, M.M.; Roberts, R.O.; Savica, R.; Cha, R.; Drubach, D.I.; Christianson, T.; Pankratz, V.S.; Geda, Y.E.; Machulda, M.M.; Ivnik, R.J.; Knopman, D.S.; Boeve, B.F.; Rocca, W.A.; Petersen, R.C (2013). Assessing the Temporal Relationship Between Cognition and Gait: Slow Gait Predicts Cognitive Decline in the Mayo Clinic Study of Aging. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v.68, n.8, p.929–937.

Ojagbemi, A.; D'este, C.; Verdes, E.; Chatterji, S.; Gureje, O (2015). Gait speed and cognitive decline over 2 years in the Ibadan study of aging. **Gait & Posture**, v.41, p.736–740.

Park, K.; Hwang, H.; Kim, Y.; Park, H (2016). Risk factors for cognitive decline associated with gait speed in community-dwelling elderly Koreans with MMSE scores of 30. **Aging Clin Exp Res**.

Santos, K.; Koszuosky, R.; Dias-Da-Costa, J.; Pattussi, M (2007). Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2781-2788.

Scherder, E.; Eggermont, L.; Swaab, D.; Van Heuvelen, M., Kamsma, Y.; De Greef, M.; Van Wijck, R.; Mulder, T (2007). Gait in ageing and associated dementias. **Neurosci Biobehav Rev.**, v. 31, p. 485-497.

Soumaré, A.; Tavernier, B.; Alperovitch, A.; Tzourio, C.; Elbaz, A (2009). A cross-sectional and longitudinal study of the relationship between walking speed and cognitive function in community-dwelling elderly people. **J Gerontol Sci Med Sci**, v. 64, p. 1058-1065.

Yang, Y.; George, L.K (2005). Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. **J Aging Health**, v. 17, p. 263-292.

CAPÍTULO 12 – REFLETINDO E DIALOGANDO COM A INTERDISCIPLINARIDADE

Dirce Encarnacion Tavares

O desafio deste capítulo foi o de tentar explicar, em poucas palavras, alguns conceitos sobre interdisciplinaridade. Ao buscar entendê-la, é importante ressaltar que não há uma única forma de registrá-la, pois é um processo de construção e um contínuo desenvolvimento dos vários saberes, atendendo exigências éticas, sociais, políticas, históricas e econômicas, buscando a formação do ser interdisciplinar de cada um (que é único), de forma emancipadora.

Essa construção pode ser iniciada e pensada no ambiente familiar, na instituição em que trabalha, na comunidade em que vive, na própria história de vida pessoal, social e profissional, ou seja, no adentramento do conhecimento profundo da própria subjetividade ou da humanidade.

A visão de interdisciplinaridade só faz sentido se tiver como objetivo uma análise e intervenção crítica e reflexiva das práticas. Ela deve conduzir a novos significados nas fundamentações ontológica-existencial, filosófica, antropológica-cultural e educacional, na busca de uma autonomia idealizadora e libertadora. Suas dimensões podem ser amplas, buscando atender os aspectos técnicos, ideológicos, científicos, psicológicos e espirituais, entre outros, para ampliar a dimensão de mundo. A interdisciplinaridade pode ser entendida como uma visão inovadora nas mais diferentes áreas de conhecimento.

A preocupação fundamental da interdisciplinaridade é adentrar nas ações, não apenas aprofundar teoricamente seus conceitos, mas pesquisar interdisciplinarmente. O desafio que ela apresenta é de diferentes ordens, como: teórica, prática, metodológica e filosófica. A vivência interdisciplinar se torna necessária para que o pesquisador consiga se expressar com todo o seu eu, porque “perceber-se interdisciplinar é o primeiro movimento em direção a um fazer interdisciplinar e a um pensar interdisciplinar” (Fazenda, 2011a, p. 14).

O pensar interdisciplinar parte da premissa de que nenhuma forma de conhecimento é única e estática. É o diálogo que viabiliza a construção de outros olhares e de outros fazeres. Não há a possibilidade de formar um conceito estável, porque se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas, pelo grau

de integração real das disciplinas escolares, pelas histórias de vida que são únicas, pela discussão no interior de um mesmo projeto de pesquisa. É diferente trabalhar com a pesquisa científica e com a pesquisa educacional. Ambas têm a mesma fundamentação, mas percursos diferenciados. Na interdisciplinaridade escolar a perspectiva é educativa e procede de uma estruturação diferente daquela relativa aos saberes constitutivos das ciências.

Num enfoque interdisciplinar educacional, é primordial formar professores para serem pesquisadores. Entre outros aspectos, está se recuperando sua autoestima, perdida em virtude do descarte causado pela profissão e pela cultura. Quando o professor, desenvolve uma pesquisa interdisciplinar no seu cotidiano, contendo os paradigmas fundamentais como compromisso, implicação e ação, contagiam imediatamente toda a classe, a instituição, e a comunidade. A sala de aula pode ser um grande laboratório e cada aula um instrumento de pesquisa. Por não permanecer na mesmice, o professor pode se encantar em cada novidade e ter o prazer de fazer, de cada momento, um novo momento (Tavares, 2008).

Isso nos leva a entender porque a interdisciplinaridade não é, normalmente, um caminho de continuidade, mas de descontinuidade, ou ainda, nem sempre é um caminho, mas um descaminho que, de forma ousada quebra ou desestrutura as regras cultas impostas que são, muitas vezes, rígidas, que formatam e estabilizam, para encontrar nas brechas, a construção de novos caminhos.

Essa busca explicita-se na inclusão da experiência do pesquisador em seu sentido pleno, cuja intencionalidade e funcionalidade diferenciam o contexto científico do profissional e do prático. Portanto, construir pesquisa na área da interdisciplinaridade conduz-nos a pensar o amanhã, um amanhã de esperança, de luz, de alegria e de respeito a cada um.

Na pesquisa interdisciplinar o que se procura é preparar o indivíduo para abrir seus olhos internos, encontrar os seus próprios atalhos, o que é necessário para viver intensamente o seu cotidiano, pois interdisciplinaridade é, sobretudo, um processo que precisa ser vivido e exercido. Não há receita para a formação interdisciplinar do pesquisador. Ela se constitui de um processo de intercomunicação consigo e com o outro, de forma contínua. Vai se construindo a partir de hesitações e dificuldades, avanços e recuos, de modo a desenvolver a competência para compreender a realidade no processo.

A interdisciplinaridade, enquanto um conceito dinâmico e emancipador, busca incutir no indivíduo uma visão do seu ser pleno e global, a fim de recuperar o seu pensar, não de forma fragmentada, mas com abertura para à dialética entre os infinitos mundos vividos... É uma atitude de ousadia e busca insistente do novo, do conhecimento e da humanização. Num mundo cada vez mais complexo e desafiador, entender e viver interdisciplinarmente é prioridade. Por isso, é importante entender sua essência (Fazenda, Tavares & Godoy, 2015).

Como ser interdisciplinar? Resumidamente, as autoras acima informam que é desenvolvendo uma formação pessoal, profissional e social, na qual se evidencia o caráter humano. Ou seja, partindo das práticas do cotidiano e vivenciando essas práticas, com um olhar mais aprimorado e uma escuta mais sensível. A pesquisa interdisciplinar instiga e mergulha, de forma profunda, com os autores que trabalham nessa perspectiva, com um olhar atento para tudo que ocorre no mundo globalizado, no entorno do ser humano, mas, principalmente, dentro de si mesmo.

A Interdisciplinaridade faz parte de um processo de construção identitária de uma vida. O pensar interdisciplinar crítico e reflexivo pode levar o indivíduo a utilizar sua história de vida, seu exercício profissional, no diálogo com outros atores e autores, ou seja, seu “estar no mundo”, a registrar, interpretar, refletir e reconstruir de forma significativa, sua própria história.

A interdisciplinaridade implica, numa estrutura dialógica, no desenvolvimento de diversos princípios e conceitos, dentre eles, o da humildade, a importância da espera, da coerência, do respeito, do desapego e do olhar. Estes são alguns dos requisitos básicos discutidos e vivenciados pela pesquisadora Ivani Fazenda (2008), da PUC de São Paulo, por mais de 50 anos. A **humildade** nos impele a buscar continuamente novos conhecimentos e a reconhecer que construímos um mundo com o outro sem tentar se projetar ou se mostrar superior em relação a ele. É uma virtude que nos leva a conhecer nossas próprias limitações e fraquezas sem perder a determinação, coragem e autoconfiança. O segredo da sabedoria do ser humilde é saber que “ele preciso do outro para existir”. A **espera** significa observar todos os fenômenos que pudermos capturar no tempo e no espaço e, após uma reflexão, agir no momento mais adequado com paciência e com **coerência** entre o que pensamos e o que fazemos, ou seja, tanto pelas ideias ou pelas ações, o resultado é permeado pela lógica. Outro princípio é o **respeito** por si próprio e pelo outro, por esse ser diferente de mim, mas que não está necessariamente contra mim, e mesmo que

tiver e que não me agrada, ainda é necessário respeitá-lo como ser humano. A palavra respeito se refere a uma atitude de valorização entre uma pessoa, ou objeto ou o próprio ambiente em que se vive. Já o **desapego**, significa desapegar de si próprio e revestir-se de novos momentos. Ser desapegado. Se desapossar para se apossar novamente, tanto de bens intelectuais quanto de bens materiais, ou seja, estar aberto a novas ideias e ir atrás delas. **Olhar** o seu entorno e enxergar, pois, vemos de acordo com nossas percepções, nossos paradigmas, de acordo com a lente específica de nossa própria experiência. O olhar tem um poder transformador. O olhar é, para o ser humano, um dos meios mais eficientes para se autoconhecer, para se aproximar do outro e para conquistá-lo. Quando aprendemos a olhar, as coisas não mudam de lugar, mas damos novos valores a cada uma delas. Não se aprende ou se ensina sem educar o olhar (Tavares, 2008). O ato de ver não é algo natural, precisa ser aprendido durante toda a vida, e é assim que os olhos do olhar vão se abrindo para as múltiplas direções. Portanto, educar o olhar possibilita enxergar além das aparências, se estende a acompanhar o movimento, contemplar e examinar o mundo do desconhecido. Não se vê, se analisa ou avalia somente com o pensamento, mas com a emoção, com a percepção, com o físico, ou seja, com todos os sentidos, de forma interdisciplinar (Tavares, In: Conceição et al, 2011, p. 115). É nesse contexto que obtemos um crescimento pessoal significativo. Estes são valores internos preciosos que precisamos aprender e desenvolver. Frente a todas estas questões, praticar o desapego não significa abrir mão do que é importante para nós e para nossa vida como romper com vínculos afetivos ou relacionamentos pessoais; mas saber amar, apreciar e se envolver com tudo que é necessário e favorável, de forma mais equilibrada e saudável, se libertando dos excessos que nos prendem.

Há, portanto, necessidade de um tempo, tempo de amadurecimento de ideias, tempo de espera, mas uma espera vigiada, de confiança, paciência e esperança, alimentada pela investigação, pelo estudo e pelas trocas (Fazenda, 2000).

O desenvolvimento desses princípios produz uma transformação profunda em nosso modo de pensar, sentir e agir. Eles são o sustentáculo na condução de uma prática interdisciplinar e que, embasam interminavelmente, a teoria interdisciplinar.

Esses princípios se aliam com as questões éticas que fundamentam a interdisciplinaridade, pois o respeito pelas pessoas, pelas suas correntes de pensamento, suas expressões teóricas e compromisso com o constante aprimoramento intelectual e emocional, forma o processo de liberdade de construção da autonomia, de emancipação, de beneficência e de justiça. “O desenvolvimento integral do ser humano depende de como ele se ama, se analisa, se enxerga, se exprime e se cuida. Este é o eixo de sustentação do processo de humanização. Parte de um processo individual para o coletivo. Não se humaniza se o indivíduo não é humanizado” (Fazenda, Tavares & Godoy, 2015, pp. 18 e 19).

O indivíduo que se diz interdisciplinar é aquele que assume suas competências enquanto ser interdisciplinar, a fim de desenvolver todas as capacidades possíveis. Podemos entendê-las como um conjunto de habilidades, atitudes e conhecimentos, se inteirando para a formação integral. Fazenda (2010, pp. 186-187), discute quatro competências, como: **competência intuitiva** (ver além do tempo e do espaço), o intuitivo competente é uma pessoa equilibrada e comprometida com o que faz; **competência intelectual** (capacidade de análise, reflexão e criticidade), é um analítico por excelência e privilegia atividades que procuram desenvolver o pensamento reflexivo; **competência prática** (planejamento e organização prática do tempo e do espaço), tudo ocorre conforme o planejado usando técnicas diferenciadas; **competência emocional** (equilíbrio em se fazer uma ‘leitura da alma’ com competência), trabalha o conhecimento sempre a partir do autoconhecimento, com um apelo muito grande aos afetos. Quanto mais se amplia estes conceitos, mas se amplia o olhar para ações mais livres, arrojadas e comprometidas do ser humano, fortalecendo sua identidade pessoal, profissional e social.

A interdisciplinaridade contribui para o exercício prático da afetividade e da parceria, pois se caracteriza pela intensidade da troca entre as pessoas, entre os profissionais das mais diversificadas áreas. Se direciona e se preocupa com o trabalho dos educadores, com relação às suas atitudes e posturas, e se notabiliza pelo grau de integração entre as disciplinas escolares ou na instalação de algum projeto (Fazenda, 2011b). O educador que pretende seguir a parceria como caminho, nunca será solitário, pois terá a parceria de teóricos, de pares e de alunos, ou seja, sempre será e terá parceiros em sua vida.

Há uma relação de reciprocidade e de interação na interdisciplinaridade, que pode contribuir no diálogo entre diferentes conteúdos, ideias e teorias, desde que haja uma intersubjetividade presente nos sujeitos. Integrar conhecimentos significa aprender, disseminar e os transformar (Fazenda, 2006, p. 49).

A interdisciplinaridade exige transgressão para que se possa transcender e anunciar possibilidades. É uma nova atitude diante da questão do conhecimento, para que haja uma abertura à compreensão de aspectos ocultos do ato de aprender, e dos aparentemente expressos, colocando-os em questão. Tudo que é novo pode gerar instabilidade, desconfiança, insegurança e medo, mas são os desafios que podem nos trazer esperança para novas conquistas e eles são necessários em nossas vidas.

Que atitude é essa que Ivani Fazenda (2002, p. 19), enfatiza?

[...] Atitude de busca de alternativas para conhecer mais e melhor, atitude de espera perante atos não consumados; atitude de reciprocidade que impele à troca, ao diálogo com pares idênticos, com pares anônimos ou consigo mesmo; atitude de humildade diante da limitação do próprio saber; atitude de perplexidade ante a possibilidade de desvendar novos saberes; atitude de desafio diante do novo, desafio de redimensionar o velho; atitude de envolvimento e comprometimento com os projetos e as pessoas neles implicadas; atitude, pois, de compromisso de construir sempre da melhor forma possível; atitude de responsabilidade, mas, sobretudo, de alegria, de revelação, de encontro, enfim, de vida.

Mas, é a atitude crítica do indivíduo que o faz pensar interdisciplinarmente conferindo validade ao conhecimento do senso comum, pois é através do cotidiano que damos sentido as nossas vidas. Para se chegar ao conhecimento científico, o diálogo com o senso comum tende a uma dimensão maior, capaz de enriquecer nossa relação com o outro e com o mundo. Para o profissional da educação, se exige dele uma atitude de inclinação ao desvelamento, deve possuir uma inquietação indagadora que o leva a desenvolver a criatividade e a curiosidade e que, segundo Paulo Freire (2015, p. 33), é isso que “nos move e nos põe pacientemente impacientes diante do mundo que não fizemos, acrescentando a ele algo que fazemos”.

Para Fazenda (2002, p. 18), “o que caracteriza a atitude interdisciplinar é a ousadia da busca, da pesquisa”, é a transformação dessa solidão de insegurança pessoal num exercício do pensar, num construir.

O saber dialogar, o saber indagar e o saber perguntar, são próprios de uma atitude interdisciplinar e envolve uma arte, cuja qualidade extrapola o nível racional do conhecimento.

Para tanto, é necessário o entendimento das competências interdisciplinares, que Fazenda et al (2002), vem detalhando em suas pesquisas, com base nos pilares que Jacques Delors (Relatório da UNESCO de 1996, 2003) aponta para a educação do século XXI. Essas competências se sustentam no **saber saber**, o saber racional, ou seja, se foram apropriados os referenciais teóricos que nos dão significado; **saber fazer**, que, diante de tudo que foi falado, visto, lido ou discutido, se houve a aplicação distinta nas ações; **saber ser**, que é compreender a vida e, dentro do que foi aprendido, ter condições de agir com coerência frente a situações novas, e em que medida o trabalho que desenvolve engrandece e valoriza o indivíduo, enquanto ser humano. O aprender a ser, se relaciona também, na busca por desenvolver, da melhor maneira possível, a personalidade, para ser ter uma capacidade maior de autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal. O saber ser interdisciplinar nos conduz a uma dimensão mais profunda e complexa do ser humano, pois busca descobrir o sentido de nosso trabalho, de nossas atitudes e de nossa vida; e **saber conviver**, aprender a viver com aptidão de se comunicar com os outros, na busca do desenvolvimento de um ser integral. Com relação à convivência, Jacques Delors (UNESCO, 2003), nos propõe o pilar “aprender a viver juntos”, desenvolvendo a “compreensão de mim mesmo e do outro”, no sentido e percepção das interdependências. Devemos nos preparar para gerir conflitos, no respeito pelos valores do pluralismo, da compreensão mútua e busca pela da paz.

O sentido desses pilares não se apresenta ao homem de forma pronta ou acabada e, muitas vezes, não é tão simples encontra-lo. Sendo o ser humano único e irrepetível, cada pessoa precisa aventurar-se no caminho do seu autoconhecimento, passando pelo reconhecimento de si próprio até alcançar o reconhecimento do outro (Ricoeur, 2006).

Estas bases, que sustentam o trabalho contínuo da pesquisa interdisciplinar, se guardam no desafio de realizar a escavação do possível numa investigação, “pelo diálogo de competências, na busca de conhecimentos, na busca de uma igualdade na diferença, na busca da humildade e da ousadia, ampliando o espaço humano, fertilizado pelas conquistas dos princípios éticos” (Fazenda, Tavares & Godoy, 2015, p. 19).

Hilton Japiassu (*apud*: Fazenda, 2011b, p. 18), diz que “se quisermos exercer alguma influência no rumo compreendido pela Ciência contemporânea”, é preciso ter consciência da necessidade de uma ação direta no momento em que se tenta dar conta dos conhecimentos científicos e de uma ação indireta, “convertendo-nos em pedagogos capazes de formar aqueles que mudarão o mundo”. Nota-se nos estudos sobre interdisciplinaridade que se procura preservar a integridade do pensamento e o restabelecimento da ordem perdida. Para Fazenda (2011b), a primeira condição para a efetivação da interdisciplinaridade é a formação e o desenvolvimento da sensibilidade, para que seja possível a transformação do mundo do saber. Mas não basta importar o conceito de interdisciplinaridade, por ser um conceito da moda, e introduzi-lo como solução aos problemas presentes. É necessário questionar o seu significado e experimentar os seus benefícios em ações, a fim de atingir a formação integral do ser humano e construir um novo perfil de profissional capaz de estar aberto a novos campos de conhecimento.

A interdisciplinaridade, como preconizada por Ivani Fazenda nas suas diversas obras de pesquisa, permite aos demais pesquisadores transformar o acaso de suas práticas cotidianas e suas vivências, em reflexões concatenadas e científicas, porque ela parte da premissa de preparar mentes para a pesquisa, numa sentido amplo, pois apenas pessoas preparadas, podem detectar o problema e transformá-lo em descobertas significativas.

A pesquisa interdisciplinar conduz o pesquisador a aprofundar o conhecimento de si mesmo e de suas práticas, recuperando suas experiências e sua história de vida, desenvolvendo argumentações críticas e mudando sua forma de pensar e desestabilizando e transformando suas certezas.

A formação interdisciplinar compreende que essas práticas sempre estarão incompletas, muitas vezes instáveis e insuficientes, o que possibilita o aprofundamento no ser com toda a intensidade, buscando uma intervenção educativa inovadora.

Este compêndio de conceitos aqui registrado foi apresentado de forma resumida e inacabada. É apenas um prefácio para novas e profundas reflexões, nas quais a preocupação mais relevante é apresentar a interdisciplinaridade como a busca da valorização do ser humano na sua integralidade e a necessidade de aprofundamento de novas teorizações, buscando uma visão emancipadora dos conceitos.

Enfim, o maior desafio da interdisciplinaridade neste momento é de continuar pesquisando seus conceitos e suas práticas, e entender que neste ato de perene incompletude a potencialidade do “vir a ser” vai se constituindo. São os desafios que nos proporcionam sonhar e nos aproximar de um futuro com mais perspectivas, pois sem desafios não há conquistas significativas.

Referências

Delors, Jacques, *et al.* (2003). **Educação: Um tesouro a descobrir**. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre a Educação para o século XXI. São Paulo, Cortez Editora; Brasília, DF: MEC/UNESCO.

Fazenda, Ivani C.A. (org.). (2014). **Interdisciplinaridade – Pensar, pesquisar e intervir**. São Paulo, Cortez Editora.

Fazenda, Ivani C.A. (org.). (2010). **Novos enfoques da pesquisa educacional**. 7 ed. aum. São Paulo, Cortez Editora.

Fazenda, Ivani C.A. (org.). (2011a). **Práticas interdisciplinares na escola**. 11 ed. São Paulo, Cortez Editora.

Fazenda, Ivani C.A. (org.). (2008). **O que é Interdisciplinaridade?** São Paulo, Cortez Editora.

Fazenda, Ivani C.A. (org.). (2002). **Dicionário em construção: Interdisciplinaridade**. São Paulo, Cortez Editora.

Fazenda, Ivani C.A. (2011b). **Integração e interdisciplinaridade escolar no ensino brasileiro**. 6 Ed., São Paulo, Loyola.

Fazenda, Ivani C.A. (2006). **Interdisciplinaridade: qual o sentido?** São Paulo, Paulus.

Fazenda, Ivani C.A. (2002). **Interdisciplinaridade – Um projeto em parceria**. 5 ed. São Paulo, Loyola.

Fazenda, Ivani C.A.; Tavares, Dirce Encarnacion; Godoy, Hermínia, P. (2015). **Interdisciplinaridade na pesquisa científica**. Campinas-SP, Editora Papirus.

Freire, Paulo (2015). **Pedagogia da autonomia – Saberes necessários à prática educativa**. 52 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra.

Ricoeur, Paul (2006). **O percurso do reconhecimento**. São Paulo, Loyola.

Tavares, Dirce Encarnacion (2014). Olhar. In: Fazenda, Ivani Catarina Arantes (org.). **Interdisciplinaridade – Pensar, pesquisar e Intervir**. São Paulo, Ed. Cortez, pp. 172-177.

Tavares, Dirce Encarnacion (2011). A educação dos sentidos não tem idade. In: Conceição, Maria Helena E. da, et al. **Uma vivência interdisciplinar na educação dos sentidos**. São Paulo: Ícone.

Tavares, Dirce Encarnacion (2008) **A presença do aluno idoso no currículo da universidade contemporânea** - Uma leitura interdisciplinar. Tese de Doutorado, Programa de Educação e Currículo, PUC/SP.

CAPÍTULO 13 – ENVELHECIMENTO, PROTEÇÃO SOCIAL E DESIGUALDADE NO BRASIL

Elaine Cristina Silva de Moura

As sociedades contemporâneas têm experimentado nas últimas décadas uma transformação profunda na composição da sua população e discutido alternativas para se reorganizarem, já que têm vivenciado o inédito fenômeno do envelhecimento populacional, consolidado como tendência crescente e acelerada. No Brasil, no ano 2016 cerca de 13% da população tinha 60 anos ou mais e este grupo deverá chegar a 30% em 2050. De acordo com levantamento do IBGE, entre 1940 e 2015 houve um aumento de 30 anos na expectativa de vida dos brasileiros, alcançando a média de 75,8 anos em 2016¹⁵.

Pode-se então vislumbrar a conformação de uma nova configuração social no Brasil, considerando os arranjos familiares diversificados e as políticas de estado desenhadas a partir do atual cenário demográfico. Somam-se a este quadro a crescente mobilização de idosos em movimentos sociais, a produção de marcos legais visando à garantia de direitos, a criação de políticas públicas e a oferta de bens e serviços direcionados a este segmento.

Resultaram da intensa mobilização de atores políticos diversos os artigos específicos na Constituição Federal de 1988, a Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso (lei federal Lei n.º 10.741/2003) e mais recentemente a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos do Idoso, além de marcos jurídicos estaduais, a organização dos conselhos de direitos e toda a gama de iniciativas do poder público visando a proteção da velhice.

Especificamente no campo da Política de Assistência Social, a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993), em seu artigo 2º afirma “A assistência social tem por objetivos: a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice”.

Torna-se oportuno refletir sobre como este alicerce jurídico, composto pelas diversas legislações direcionadas ao público idoso, insere-se no conjunto ampliado de direitos sociais e formata um novo patamar de cidadania para um conjunto

¹⁵O levantamento do IBGE pode ser acessado no link: <https://goo.gl/XUCXZY>.

significativo da população brasileira. Como apontam Maria do Rosário de Fátima e Silva e Maria Carmelita Yazbek (2014, p. 106) “Fica patente nas reflexões feitas sobre a proteção social aos idosos na América latina, a sua vinculação estreita com a garantia de direitos de cidadania.” Convém também analisar brevemente as disparidades entre as várias velhices quanto a longevidade, interrogando a desigualdade estrutural presente no modelo de democracia brasileiro.

Desigualdade e envelhecimento

O conjunto de marcos legais destinados à garantia e à proteção de direitos de pessoas idosas no Brasil, além de ser uma produção recente, pode ser lido historicamente como resultado da mobilização de movimentos organizados, dentre outros, mas sobretudo pode ser compreendido como a inscrição do processo do envelhecimento e das diversas faces da velhice no campo da política institucional. Um dos princípios da Política Nacional do Idoso (Lei n.º 8.842 de 04/01/1994), afirma em seu artigo 3º “o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos”.

Nas últimas décadas, transformações na representação tradicional da velhice possibilitaram enxergá-la como etapa do curso de vida na qual a autonomia, a independência e a contínua participação na comunidade são condições possíveis e desejáveis para um contingente cada vez maior de pessoas. A desconstrução da sua representação tradicional, associada ao reconhecimento de existência de novas e diversas possibilidades para os sujeitos à medida que envelhecem, vem gradualmente ocorrendo e tem influenciado no planejamento e na oferta de políticas públicas. Como explicita a Tipificação Nacional de Serviços Sociaassistenciais na descrição do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Pessoas Idosas:

Tem por foco o desenvolvimento de atividades que contribuam no processo de envelhecimento saudável, no desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, no fortalecimento dos vínculos familiares e do convívio comunitário e na prevenção de situações de risco social. A intervenção social deve estar pautada nas características, interesses e demandas dessa faixa etária e considerar que a vivência em grupo, as experimentações artísticas, culturais, esportivas e de lazer e a valorização das experiências vividas constituem formas privilegiadas de expressão, interação e proteção social. Devem incluir vivências que valorizam suas experiências e que estimulem e potencializem a condição de escolher e decidir (CNAS, 2009, p. 11).

Neste contexto, tem especial importância, no conjunto de ações preventivas e protetivas para as pessoas idosas, a organização das políticas que compõem o sistema de Seguridade Social brasileiro, com destaque para a rede de equipamentos, serviços e benefícios sob a gestão da Política de Assistência Social: Centros de Convivência, Benefício de Prestação Continuada – BPC Idoso, Instituição de Longa Permanência, CRAS, CREAS.

Entretanto, as melhorias representadas pelo conjunto de políticas públicas e a ampliação dos direitos, no caso brasileiro, ainda convivem com significativos indicadores de desigualdade social, exclusão e pobreza. Desta forma, o acentuado processo de envelhecimento da população tem desencadeado um crescimento de demandas na área social, evidenciando que grande parte deste contingente de idosos esteve apartada dos direitos sociais ao longo da vida.

O reconhecimento destas iniquidades e das situações que ocasionam desproteção social ao segmento mais envelhecido da sociedade tem conduzido a um processo permanente de investigação das causas mais frequentes de vulnerabilidade nesta população. Atualmente, estas causas encontram-se relacionadas ao isolamento social, ao abandono, à discriminação negativa, à apartação, ao desenvolvimento de dependências, à exposição a violação de direitos, à exclusão e à pobreza.

Considerando a influência direta dos cortes socioeconômicos, culturais, étnicos e de gênero na produção de diferenças sobre os modos de vivenciar o processo de envelhecimento, observa-se que estão também expressos neste segmento etário, de modo bastante evidente, retratos das desigualdades estruturais da sociedade brasileira.

Em outubro de 2017 foi divulgado pela Rede Nossa São Paulo o Mapa da Desigualdade¹⁶, estudo comparativo entre os distritos do município de São Paulo. O relatório é elaborado a partir de indicadores produzidos por institutos de pesquisa como o IBGE, organizações internacionais e dados fornecidos pela prefeitura. Um dos indicadores do estudo compara a idade média com a qual se morre nos distritos da capital paulista. Chega-se a uma diferença superior a 23 anos entre a expectativa de vida dos moradores do Jardim Paulista e do Jardim Ângela. Em um cenário de

¹⁶ Os dados do Mapa da Desigualdade podem ser acessados no link: <https://goo.gl/tvj3Hs>.

aumento da longevidade, a existência de diferenças gritantes como esta chama a atenção, sobretudo quando ocorrem em territórios próximos geograficamente.

A sociedade que envelhece sob o signo da desigualdade e exclusão leva um contingente significativo de seus cidadãos a experimentar situações agudas de violação de direitos durante a velhice, muitas vezes iniciadas na primeira infância e persistentes ao longo do curso de vida. Esta constatação decorre da avaliação de indicadores sociais que apontam a permanência de profundas desigualdades entre grupos da população brasileira, como atesta o Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) que coloca o Brasil como o 10º país mais desigual do mundo, num ranking de mais de 140 países.

Cabe então questionar, no contexto das políticas públicas direcionadas ao atendimento de pessoas idosas, qual o sentido de se eleger a velhice como etapa a ser protegida, se ao longo do curso de vida os sujeitos encontram-se alijados de grande parte de seus direitos de cidadania. Muitos não atingem a idade cronológica prevista para acessar o conjunto de direitos específicos para idosos, a julgar pelos indicadores de expectativa de vida das regiões mais pobres do país. Até atingir o critério etário que demarca legalmente a entrada neste segmento, outros terão vivido apartados do acesso a seus direitos básicos de cidadania, em situação de risco ou desproteção social.

Conclusão

A contínua divulgação de notícias e estudos sobre o atual cenário demográfico tem dado maior visibilidade às questões relacionadas ao envelhecimento, e assim contribuído para a formação de um campo discursivo no qual se articulam às novas representações sobre a velhice, proposições sobre a gestão individual dos processos vitais e interrogações sobre a disponibilidade de recursos para responder as demandas advindas com a longevidade.

Entretanto, a comemoração do aumento da expectativa de vida sem a devida avaliação do cenário na qual ela se produz, fragiliza seu significado e sua força política. Se faz necessário realizar o cruzamento entre os indicadores socioeconômicos, os determinantes históricos e o recorte etário. Para que o acelerado envelhecimento populacional, reconfigurando nossos modos de viver,

extrapole seu aparente limite, ao questionar as estruturas que sustentam nossa organização social.

Os problemas da velhice desassistida, para aqueles que envelhecem sob o signo da pobreza, evidenciam e põem em relevo outras questões. Considerando os diversos estudos sobre as demandas na área social, são ocorrências comuns entre pessoas idosas a fragilização dos vínculos familiares, a discriminação negativa e diversos tipos de violência, conjugados a insuficiência de recursos para a sobrevivência. Por isso, em países onde o debate político e a rede de atenção a este segmento populacional são incipientes, a discussão ainda se situa na garantia dos direitos mínimos e na erradicação da pobreza, condição de grande parte dos idosos.

A temática dos direitos dos idosos, das políticas públicas, da desigualdade social, dos marcos legais, da saúde pública, dentre outras, contemplam mais detidamente a velhice fragilizada e idosos dependentes, assim como fazem parte da história dos movimentos sociais em busca de visibilidade e representatividade política. Porém, se este debate não for ampliado para questionar o modelo de democracia estabelecido no Brasil, pouco se conseguirá avançar na garantia de direitos da população idosa, considerando seu caráter heterogêneo, com um número elevado de idosos extremamente pobres dependentes de transferência de renda. Irá se produzir um discurso que elege, prioriza e protege a velhice, porém efetivar a proteção pretendida, deverão ser articuladas às questões anteriores e exteriores a ela.

A assunção da velhice à categoria que deve ser prioritariamente protegida expõe radicalmente o processo de exclusão que fundamenta a sociedade brasileira, e nos oferece a oportunidade de olhar criticamente para as contradições inerentes ao capitalismo e à ordem social profundamente desigual produzida a partir de seu funcionamento.

Bibliografia

CNAS. Conselho Nacional de Assistência Social. (2009). **Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009**. Diário Oficial da União, Seção 1, n. 225, 25 de novembro de 2009, p. 82.

Prates, Jane Cruz. (2016) Capitalismo e desigualdade: dialogando com Maria Carmelita Yazbek. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 8, n.1, p. 14-20.

Rinco, M., Lopes, A. & Domingues, M.A. (2012). Envelhecimento e Vulnerabilidade Social: discussão conceitual à luz das políticas públicas e suporte social. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 6, p. 79-95.

Silva, Maria do Rosário de Fátima & Yazbek, Maria Carmelita. (2014). Proteção Social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. **R. Katál.**, v. 17, n. 1, p. 102-110, 2014.

Yazbek, Maria Carmelita. (2016) O desafio da defesa das Políticas Públicas para o Serviço Social. **Argumentum**, v. 8, n. 1, p. 6-13.

SAÚDE & BEM-ESTAR

CAPÍTULO 14 – DEBATES CONTEMPORÂNEOS SOBRE ENVELHECIMENTO NA SAÚDE COLETIVA

Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco
Jeane Kelly Silva de Carvalho
Henrique Salmazo da Silva

Conceitua-se a saúde coletiva como um campo do saber interdisciplinar que se caracteriza produção de conhecimentos sobre o processo saúde-doença (Terris, 1992), investigando os determinantes sociais, ambientais, culturais e sistêmicos envolvidos na produção de saúde e doença das populações humanas.

O processo de envelhecimento, por sua vez, caracteriza-se como um processo sócio vital multifacetado ao longo de todo o curso da vida, integrando dimensões individuais e coletivas (Lima, Salmazo-Silva e Galhardoni, 2008). No plano individual implica em múltiplas trajetórias de vida e no plano coletivo constitui-se a partir de influências socioculturais, tais como: acesso a oportunidades educacionais, adoção de cuidados em saúde e acesso a bens e serviços; estendendo-se até a última etapa do ciclo vital, a velhice. Dessa forma, a velhice denota a condição de “ser velho”, expressando o resultado do processo de envelhecimento que gerações vivenciaram e vivenciam dentro de contextos sociais, políticos e individuais diversos (Lima, Salmazo-Silva & Galhardoni, 2008).

Pela multiplicidade desses campos, a interface entre a saúde coletiva e o envelhecimento permeia questões sociais e determinantes dos processos de saúde e doença que podem impactar no envelhecimento e, conseqüentemente, na velhice. Insere-se nessa discussão o acelerado processo de transição demográfica e epidemiológica e a necessidade implantarem modelos de cuidados de longa duração, voltados para a promoção e a proteção da saúde ao longo do curso de vida. Contudo, existe um descompasso entre as necessidades e a operacionalização desses cuidados (Salmazo-Silva, Lima & Galhardoni, 2010). Isso porque, embora o envelhecimento inspire demandas legítimas, existem dificuldades na efetivação de ações em saúde de médio e longo prazo para que o envelhecimento seja um processo bem assistido e orientado, com a corresponsabilização do Estado, da Sociedade e do Mercado; e na adoção de práticas de prevenção, promoção e recuperação em saúde nos diversos cenários de velhice e envelhecimento usando

tecnologias promissoras de gestão em saúde (Salmazo-Silva, Silveira & Freitas, 2017).

Nesse contexto, o objetivo deste capítulo é discutir os debates contemporâneos sobre o envelhecimento e seus desafios e perspectivas na saúde coletiva. Para isso, serão discutidos o envelhecimento como um gasto ou como um investimento social e em saúde, o conjunto de práticas de prevenção no contexto da população idosa, tomando como referência a epidemia de HIV/Aids em idosos e, por fim, as tecnologias de gestão, ferramentas de microgestão em saúde e suas aplicações no campo da velhice e do envelhecimento. Espera-se que esse capítulo contribua para a construção de uma prática reflexiva, dialética e comprometida com as questões que tangem o processo de saúde e doença no envelhecimento.

Envelhecimento: ônus, gastos ou oportunidades e investimentos?

O envelhecimento populacional desafia gestores e políticas de saúde a remodelar suas práticas, de modo a atender as necessidades desse novo contingente populacional. Dependendo da perspectiva adotada, o envelhecimento, ao invés de ser um ganho, será visto como ônus e ameaça aos sistemas econômicos e de provisão dos cuidados em saúde. Isso porque se estima que em 2050 $\frac{1}{4}$ da população mundial será idosa e que grande parcela, ou $\frac{3}{4}$ terão algum tipo de doença crônico-degenerativa ou condição de saúde que demandam cuidados complexos de saúde (Yasobant, 2018).

No Brasil a situação é ainda mais crítica. Além do rápido envelhecimento populacional, subsidiados pela redução das taxas de fecundidade, morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida dos programas de saúde pública (Alves, 2014), a proporção da população muito idosa (com idade superior a 80 anos) e que ultrapassou a fronteira da quarta idade (75 anos ou mais no Brasil) é a que mais cresce. Em 2010, a população com 80 anos e mais era composta por 2,9 milhões de pessoas e projeções para 2050 indicam aumento para 13,3 milhões de habitantes, o que representará 6,5% da população total e 19,6% da população idosa (Camarano e Kanso, 2016). Contudo, o aumento da expectativa de vida nem sempre resulta em anos sem incapacidades. Estima-se que essa população seja mais frágil (Storti et al., 2013); possua maior prevalência de síndromes demenciais, atingindo 1 em cada 2 nonagenários (Gutierrez et al., 2014) e que $\frac{1}{4}$ dos idosos possuam limitações nas

atividades básicas e instrumentais da vida diária (Brito et al., 2014), representando 7 milhões de idosos, dos quais 61,5% são mulheres (Camarano & Kanso, 2016).

Os custos associados a esse panorama de saúde são preocupantes e provavelmente é o que sustenta a visão de que o envelhecimento é um ônus: os idosos consomem mais recursos de saúde. Países como a Inglaterra, com sistema de saúde universal, passaram a precificar as terapias de \$31.000 para \$47.000 para cada ano acrescido após ajustes de qualidade (Goldman, 2016). Outros estudos indicam que os custos estimados para os cuidados nas demências no mundo foram de U\$ 422 milhões, em 2009, incluindo U\$ 142 milhões para cuidados informais (34%) (Wimo, Winblada e Linus, 2010). Somado a isso, alguns países europeus já estimam um decréscimo da força laboral, com redução de 6% ao ano da população em idade produtiva entre 2015 a 2055, o que representará 20% da força de trabalho total (Lee e Mason, 2017).

Para que o envelhecimento se torne efetivamente um ganho, fazem-se necessárias políticas de investimento em fundos de pensão, educação, cuidados em saúde e serviços de cuidados de longa duração (Lee & Mason, 2017). Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD de 2013 indicaram que 75,3% das mulheres idosas brasileiras recebiam algum tipo de benefício da seguridade social, o que beneficiou 90% das viúvas e impactou no aumento das mulheres idosas chefes de domicílio e, invariavelmente, na posição do idoso como cuidador e provedor de domicílios multigeracionais (27,2% dos domicílios brasileiros eram compostos por pelo menos um idoso).

No que se refere aos cuidados em saúde, estima-se que apenas 3% dos gastos em saúde sejam atribuídos a idade, sendo o restante atribuídos aos hábitos de vida deletérios ao longo da vida (OMS, 2015). Por essa razão, intervenções de curto prazo e paliativas no gerenciamento das doenças crônicas são insuficientes para responder a complexidade que a saúde no envelhecimento solicita, e infelizmente são as mais difundidas em nosso meio.

Conforme o relatório da OMS (2015) torna-se necessário mudar esse panorama para o investimento na atenção básica de saúde e o acompanhamento contínuo para o gerenciamento das condições crônicas de saúde e a reabilitação funcional, quando necessário. Os países em desenvolvimento poderão se beneficiar ao adotar esse modelo, economizando uma gama de recursos terciários de saúde,

voltados para o gerenciamento e pagamento de unidades de reabilitação e terapia intensiva.

As questões que surgem em torno deste debate são: (a) como promover políticas eficientes e eficazes de promoção e proteção à saúde ancoradas em tecnologias de gestão que respondam as questões do envelhecimento? (b) de que forma os programas de promoção em saúde podem ser operacionalizados em face aos desafios envolvidos na adoção de comportamentos saudáveis na velhice e ao longo do curso de vida?

Práticas de prevenção na população idosa: o caso do HIV

As políticas de prevenção em saúde devem abarcar diferentes dimensões do estilo de vida, envolvendo atividade física, alimentação, segurança, participação social e outros domínios previstos na Política de Envelhecimento Ativo (OMS, 2015). Contudo, a elevada prevalência de HIV observada na população idosa nas últimas décadas levou a reconsideração sobre a efetivação dos programas e serviços de prevenção e promoção de saúde a essa população. Uma das questões que se colocam em debate é a desmistificação da velhice como fase da vida assexualizada e associada a incapacidades, improdutividade e solidão. (Alencar et al., 2014).

A ideia de que os idosos não possuem vida sexual ativa está atrelada a aspectos culturais, preconceitos e tabus (Alencar et al., 2014) e a ausência de debates em torno da sexualidade na velhice expõe a vulnerabilidade em saúde, incluindo a dimensão social, circunscrita no sistema de valores e crenças sobre a velhice e a sexualidade; a dimensão programática, relacionada a rede de serviços e infraestrutura de atendimento; e a individual, envolvendo a pessoa que envelhece (Ayres et al., 2003). Em todas as dimensões existem lacunas (Queiroz et al., 2015).

Do ponto de vista da vulnerabilidade individual, a averiguação sobre os fatores que interferem na vivência da sexual dos idosos, sem estigmas e recriminações, comuns nessa faixa etária, deve ser estimulada no campo científico e nos espaços sociais tendo por intérpretes do processo educativo os profissionais da saúde, qualificando a rede de serviços (Alencar et al., 2014). Contudo, infelizmente muitos profissionais de saúde podem reforçar os tabus existentes e aumentar a vulnerabilidade de idosos diante de problemas físicos e psicológicos em relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis-IST, por ausência de informações e diálogo

sobre a sexualidade enquanto prática importante do envelhecimento saudável (Queiroz et al., 2015).

Isso acarreta implicações que podem ser irreparáveis, pois os idosos têm um risco maior de contrair o HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis porque associam a idade avançada a menores preocupações com a gravidez e aumento da disfunção erétil, levam à diminuição do uso de preservativos. Crenças de que o HIV é uma doença de jovens criam uma falsa impressão de proteção entre adultos mais velhos e profissionais de saúde, levando à redução do conhecimento e do diagnóstico tardio (Nevedal e Sankar, 2016).

Segundo Alves, Lopes e Barbosa (2017), dados do Ministério da Saúde de 2016, mostram por meio das notificações compulsórias do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN que de 1990 a junho de 2016, foram identificados no Brasil 842.710 casos de AIDS. Anualmente o Brasil tem registrado uma média de 41, 1 mil casos nos últimos cinco anos. De 2007 até junho de 2016, foram notificados 136.945 casos de infecção pelo HIV, sendo (52,1%) no Sudeste, (21,1%) no Sul, (13,8%) no Nordeste, (6,7%) no Centro Oeste, (9,2%) na região Norte. A tendência do aumento de óbitos por AIDS registrados foi de 215,212 (70,9%) entre homens e 88,016 (29,11%) entre mulheres, ambos com idade maior 50 anos de idade (Alves, Lopes e Barbosa, 2017).

Há uma tendência em se ter cada vez mais uma melhor qualidade de vida, as pessoas passaram a ter maior sobrevida, o que permitiu o envelhecimento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. De modo que, das 36,7 milhões de pessoas que viviam em 2015 com HIV/AIDS, 5,8 milhões tinham idade igual ou superior a 50 anos. A qualidade de vida não é buscada apenas com o aumento dos anos de vida, deve-se pensar no significado de viver com HIV/AIDS, o que muitas vezes pode rompe relações afetivas como a sexualidade. Podendo comprometer a saúde mental, física e o bem-estar dos que vivem com HIV/AIDS, principalmente daqueles com idade igual ou superior a 50 anos (Caliari et al., 2018).

Analisando a lógica de se conviver com HIV, observa-se que os profissionais da saúde, que acolhem e atendem a população idosa, não estão totalmente preparados para identificar a ótica da vulnerabilidade social e individual desse segmento, não solicitando exames sorológicos e não abordando questões sobre a atividade sexual, contribuindo para o diagnóstico tardio. Os idosos que procuram os serviços de saúde apresentam sinais e sintomas sugestivos de infecções

oportunistas decorrentes da AIDS e os mesmos algumas ocasiões são negligenciados pelos profissionais, que acabam por atribuir a sintomatologia a outras morbidades mais prevalentes na população idosa (Alencar & Ciosak, 2016).

Estima-se que no Brasil, entre 2002 a 2013 a população idosa correspondia de 2,5% para 5% da população vivendo com HIV. Nos Estados Unidos da América, em 2011, as pessoas com 50 anos ou mais correspondiam a 17% dos novos diagnósticos de HIV e 25% de todos os diagnósticos de AIDS. Entretanto, a falta de diretrizes específicas para a solicitação da sorologia anti-HIV para os idosos têm colaborado para as falhas durante o atendimento desta população nos serviços de saúde, principalmente na atenção primária considerada a porta de entrada para o sistema de saúde. (Alencar & Ciosak, 2016).

Diante dos fatos é perceptível o silêncio que envolve a temática. Então deve ser questionado do profissional da saúde o porquê não acolher essas demandas com espaços de escuta e de diálogo. Como esses idosos vão reconhecer a sua sexualidade, sem partir de uma perspectiva do profissional da saúde? (Queiroz et al., 2015). Como inserir informações que contemplem a temática numa perspectiva de minimizar a vulnerabilidade social e pessoal desse grupo etário? Além disso, quais são as implicações e o impacto de programas que usam outras estratégias de ação, como a formação de idosos agentes de prevenção para o HIV/AIDS? (Fleury & Abdo, 2015).

Para responder a essas questões torna-se vital a combinação de estratégias fundamentadas na efetivação das políticas públicas, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI, estabelecida pela Portaria nº 2.528/06, para recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS. Logo a promoção da saúde está como a interface das ações de educação com as de saúde, transformando-se em ações preventivas nos serviços de saúde, nos recursos farmacológicos e tecnológicos possibilitam prolongar a vida na medida em que ocorre o envelhecimento de pessoas. (Cezar, Aires & Paz, 2012).

Alinhado a PNSPI torna-se imprescindível inserir na Estratégia de Saúde da Família ESF, questões ligadas à sexualidade ou a prática sexual das pessoas em geral, incluindo a pessoa idosa. Além disso, a epidemia do HIV neste grupo etário só será efetivamente desacelerada com um conjunto de ações voltadas para a

educação em saúde, empoderamento dos idosos para prevenção em pares (idoso agente de formação DST/HIV) e investimentos para a formação dos profissionais de saúde, ancorados pelo uso de dispositivos e tecnologias de gestão da clínica, mostrados a seguir (Cunha et al., 2014).

Tecnologias de gestão: avanços, retrocessos e desafios

No Brasil, observa-se histórico de gestão centralizada e verticalizada, sem a devida escuta dos atores envolvidos (pacientes, trabalhadores e gestores), contrapondo-se à lógica democrática, participativa e que preza pela intersetorialidade, requeridas em cenários de prática em contextos de saúde em coletividades (Junqueira, 1997). Paralelamente, a prestação de serviços de saúde consolidou-se de forma fragmentada e mecanizada, com desajuste na coordenação de cuidados e sem adequada responsabilização profissional (Campos, 2003).

Associa-se a falta de responsabilização fatores como: excesso de demandas no ambiente de trabalho, formação especializada e multiplicidade de profissionais para se atingir a resolutividade do cuidado o que dificulta, também, o estabelecimento de vínculos entre pacientes e profissionais e a adesão destes a ações e projetos das organizações (Campos & Amaral, 2007).

Assim, serviços de saúde mostram-se como organizações complexas que, em sua maioria, estruturam-se numa lógica piramidal, de ações hierarquizadas, e onde coexistem tecnologias de diferentes tipos (Mendes, 2002). Essas tecnologias são classificadas como leves, leve-duras e duras Merhy (2002). As tecnologias leves incluem os processos relacionais que favorecem encontros entre os atores da saúde, por exemplo vínculo, autonomização, acolhimento e gestão, enquanto direcionadora de processos de trabalho. As leve-duras reúnem os conhecimentos (saberes estruturados) utilizados nos processos de trabalho em saúde, por exemplo, a clínica médica e a epidemiologia. As duras incluem equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais.

Pensando-se nesse cenário e nas mudanças no perfil de morbimortalidade, oriundas das transições demográficas e epidemiológicas associadas ao envelhecimento populacional, a gestão em saúde torna-se campo de saber e de atuação multifacetada, que demanda contínuo “des-re” construir “do fazer em saúde”, num movimento cíclico de se repensar os processos de trabalho para a promoção de melhorias.

Nesse sentido, dentre as propostas de se avançar na qualidade da atenção à saúde, emergem a Humanização, a Prática Baseada em Evidências, a Clínica Ampliada e Gestão da Clínica, enquanto tecnologias leves e estratégias para a gestão de organizações de saúde, que podem servir de base, em conjunto ou isoladamente, para reorganização dos serviços de saúde (Oliveira, 2008). Essas tecnologias prescindem de relação dialógica na atenção à saúde do idoso, com a compreensão das dimensões culturais, sociais, econômicas, históricas e ambientais que envolvem o cuidado (Araújo et al, 2017).

A Humanização em Saúde implica no empoderamento à autonomia dos partícipes da produção de saúde, na medida em que se tornam corresponsáveis e firmam vínculos solidários e estabelecem uma gestão participativa (Brasil, 2004). Aqui o acolhimento ganha espaço, haja vista necessidade de se ir além da receptividade e da triagem, com atendimento humanizado e resolutivo, envolvendo os indivíduos para construção de vínculo e corresponsabilização (Brasil, 2010)

A Prática Baseada em Evidências surge a partir da Medicina Baseada em Evidências (hoje não somente medicina) e envolve a integração das melhores evidências científicas oriundas de pesquisas bem conduzidas, à habilidade clínica do profissional às preferências individuais do paciente (Isaac e Franceschi, 2008). Trata-se de abordagem que possibilita a melhoria da qualidade da assistência à saúde uma vez que minimiza as incertezas e aumenta a probabilidade de acerto no cuidado ao paciente, por meio do uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual na tomada de decisões sobre pacientes individuais (Heneghan e Badenoch, 2007).

A Clínica Ampliada considera a necessidade de singularização do atendimento clínico, apontando para uma lógica organizacional que articule a padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas com a possibilidade de adaptação dessas regras gerais caso a caso (Campos & Amaral, 2007). Para esses autores, a ampliação a que se referem é para a “clínica do sujeito”, de modo a se expandir o entendimento de que problemas de saúde residem em pessoas e essas devem ser acolhidas em todas as suas necessidades, de saúde ou não. Para isso, utiliza-se de equipes multiprofissionais e da construção do Projeto Terapêutico Singular, que se baseia em discussão interdisciplinar e prospectiva de casos clínicos complexos e /ou de alta vulnerabilidade.

A Gestão da Clínica é um pressuposto das redes de atenção à saúde, e implica na aplicação de tecnologias de microgestão (por exemplo a gestão da condição de saúde, gestão de casos, auditoria clínica e listas de espera), subsidiada por análise de situação em saúde, e na construção de um projeto terapêutico individualizado. Todas precedidas de diretrizes clínicas amparadas em evidências científicas e que se desdobram em Guias de Prática Clínica, Protocolos Assistenciais que, por sua vez, orientam as Linhas de Cuidado e possibilitam a comunicação entre equipes e serviços e a programação e padronização de ações (Brasil, 2010).

Observa-se que as tecnologias aqui apresentadas possuem similaridades em seu objeto, que é qualificar a assistência, ofertando o melhor cuidado possível ao paciente, e em suas práticas, que priorizam não só o cuidar da doença mas, também, o cuidado ao doente considerando suas singularidades e dimensões para além do campo biológico. Nesse sentido, são perceptíveis os avanços teórico-metodológicos que demonstram os novos caminhos a percorrer, e fornecem opções de combinações tecnológicas para a promoção do envelhecimento e para o enfrentamento das situações e dos diferentes problemas que dele emergem.

Os desafios persistem, uma vez que as tecnologias estão relacionadas ao “saber fazer” e a um “ir fazendo” (Silva, Alvin & Figueiredo, 2008), pois suas ações estratégicas são processos de intervenção e se estruturam como tecnologias relacionais, de encontros e de subjetividades. Isso faz com que seja necessário um “trabalho vivo”, voltado às necessidades dos indivíduos e construído em relações de confiança entre eles e os profissionais-serviço, que substitua o “trabalho morto”, médico-centrado e produtor de procedimentos (Merhy & Franco, 2003).

As práticas de gestão são espaços privilegiados para a introdução de mudanças nos serviços, para a reorganização dos processos de trabalho, ampliação e qualificação das ofertas em saúde (BRASIL, 2007). É necessário superar os modelos de gestão verticalizados, inclusive de recursos humanos; aprimorar a formação dos profissionais de saúde, capacitando-os para um olhar humanístico da atenção e da gestão; vencer as barreiras da fragmentação, da mecanização do cuidado e da oferta em linhas de produção; e considerar as subjetividades que envolvem os processos de trabalho em saúde. Só assim será possível operacionalizar diálogos efetivos entre a saúde coletiva e o envelhecimento, de

modo a trazer respostas sociais que propiciem a saúde na velhice e ao longo do curso de vida.

Considerações finais

A partir das reflexões e debates apresentados, verifica-se que, tomando por referência a epidemia do HIV na população idosa, só será possível operacionalizar programas de promoção de saúde na velhice e envelhecimento um conjunto de ações voltadas para educação em saúde, sensibilização dos profissionais, educação e empoderamento da pessoa idosa, de forma a reduzir a vulnerabilidade social, individual e programática da saúde na velhice (Salmazo-Silva et al., 2010).

O uso de dispositivos e tecnologias da gestão da clínica pode qualificar a atuação com a população idosa e em consonância com as diretrizes da PNSI edificam novas esperanças em relação a um cuidado efetivo, humano, igualitário e efetivo, com vistas nas necessidades biopsicossociais da população idosa. Acredita-se que assim o envelhecimento passa a ser valorizado como um ganho social, na medida em que é pautado num planejamento em saúde e numa aposta social nas diferentes esferas que permeiam a saúde, como o estilo de vida, a sexualidade e as condições de vida.

Contudo, existe um longo caminho a percorrer, especialmente em função das mudanças sociopolíticas abruptas observadas no Brasil nos últimos anos. As ferramentas e dispositivos apresentados representam as direções para que o envelhecimento seja um processo assistido e bem orientado, e a direção é o mais importante num debate qualificado.

Referências

Alencar, D. L.; Marques, A. P. O.; Leal, M. C. C.; Vieira, J. C. M. (2014). Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3533-3542.

Alencar, D. L.; Marques, A. P. O.; Leal, M. C. C.; Vieira, J. C. M. (2016). The exercise of sexuality among the elderly and associated factors. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 861-869.

Alencar, R. A.; Ciosak, S. I. (2016). Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 6, p.1140-1146.

Alves, M. A.; Lopes, R. M.; Barbosa, A. (2017). As dificuldades enfrentadas pelo paciente idoso diagnosticado com HIV: olhar do enfermeiro diante da problemática. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 9, p. 691-700.

Araújo, S.N.M.; Santiago, R.F.; Barbosa, C.N.S.; Figueiredo, M.L.F.; Andrade, E.M.L.R.; Nery, I.S. (2017). Tecnologias voltadas para o cuidado ao idoso em serviços de saúde: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, Murcia, v.46, p.579-595.

Ayres, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-40.

Brasil (2004). **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2007). **Relatório de Gestão 2003-2006**: Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança no Modelo de Atenção. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2010). **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Isaac, C.A.; Franceschi, A. (2008). EBM: Evidence to practice e practice to evidence. **Journal of Evaluation and Clinical Practice**, New York, v.14, n.5, p. 656–659.
Heneghan, C.; Badenoch, D. (2007) Ferramentas para a Medicina Baseada em Evidências. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed.

Brito, T.A.; Fernandes, M.H.; Coqueiro, R.S.; Jesus, C.S.; Freitas, R. (2014). Capacidade funcional e fatores associados em idosos longevos residentes em comunidade: estudo populacional no Nordeste do Brasil. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 21, n.4, p.308-313.

Caliari, J. S.; Reinato, L. A. F.; Pio, D. P. M.; Lopes, L. P.; Reis, R. K.; Gir, E. (2018). Quality of life of elderly people living with HIV/AIDS in outpatient follow-up. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, suppl. 1, p. 513-522.

Camarano, A.A.; Kanso, S. (2016). Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. Freitas, E.V.; Py, L. (Eds). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Cezar, A. K.; Aires, M.; Paz, A. A. (2012). Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis na visão de idosos de uma Estratégia da Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 745-750.

Cunha, L. M.; Mota, W. S.; Gomes, S. C.; Filho, M. A. R.; Bezerra, I. M. P.; Machado, M. F, et al. (2015). Vovó e vovô também amam: sexualidade na terceira idade. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 4, p. 894-900.

Campos, G.W. (2003). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

Campos, G.W.S.; Amaral, M.A. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.849-859.

Fleury, H. J.; Abdol, C. H. N. (2015). Sexualidade da mulher idosa. **Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 20, n. 3, p.117-20.

Goldman, D. (2016). The economic promise of delayed aging. **Cold Spring Harb Perspect Med**, New York, v.6, n.2, a25072.

Gutierrez, B.A.O.; Salmazo-Silva, H.; Guimarães, C.; Campino, A.C. (2014). Impacto econômico da doença de Alzheimer no Brasil: é possível melhorar a assistência e reduzir custos? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.11, p.4479-4486.

Junqueira, L. A. P. (1997). Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v.6, n.2, p.31-46.

Lee R.; Mason, A. (2017). Cost of Aging. **Finance Development**, New York, v.54, n.1, 79.

Lima, Â.M.M.; Salmazo-Silva, H.; Galhardoni, R. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 795-807.

Lima-Costa, M.F.; Veras, P.R. (2003). Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.700-701.

Nevedal, A.; Sankar, A. (2016). The significance of sexuality and intimacy in the lives of older african americans with HIV/AIDS. **Gerontologist**, Oxford, v. 56, n. 4, p.762–771.

Mendes, E.V. (2002). **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará.

Merhy, E.E. (2002). **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec.

Merhy, E.E.; Franco, T.B. (2003). Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para modelos tecno-assistenciais. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.316-323.

Oliveira, F.B. (2008). **Gestão da clínica e clínica ampliada**: sistematizando e exemplificando princípios e proposições para a qualificação da assistência hospitalar. Rio de Janeiro: Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, FIOCRUZ.

OMS. (2015). **Resumo**: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. United States of America.

Queiroz, M. A. C.; Lourenço, R. M. E.; Coelho, M. F.; Miranda, K. C. L.; Barbosa, R. G. B.; Bezerra, S. T. F. (2015). Representações sociais da sexualidade entre idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 662-667.

Salmazo-Silva, H.; Lima, Â. M. M.; Galhardoni, R. (2010). Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. **Interface (Botucatu)**, *Botucatu*, v.14, n.35, p.867-877.

Salmazo-Silva, H.; Silveira, M. H.; Freitas, T. H. S. (2017). Práticas Gerontológicas e os desafios da Gerontologia como ciência e profissão. In: Carvalho, C.M.R.G.; Araújo, L.F. (Org.). **Envelhecimento e Práticas Gerontológicas**. 1ed. Curitiba: CRV Editora, v. 1, p. 169-188.

Silva, D.C.; Alvin, N.A.T.; Figueiredo, P.A. (2008). Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 291-298.

Storti, L.B.; Fabrício-Weber, S.C.C.; Kusumota, L.; Rodrigues, R.P.; Marques, S. (2013). Frailty of elderly patients admitted to the medical clinic of an emergency unit at a general tertiary hospital. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.2, p.452-459.

Terris, M.T. (1992). **Tendencias actuales em la salud publica de las Americas**. In: Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. [S.l.]: OPS Publicación Científica; p.185-204.

Wimo, A.; Winblada, B.; Linus, J.L. (2010). The worldwilde societal costs of dementia: estimates for 2009. **Alzheimers Dementia**, New York, v.6, n.2, p. 98-103.

Yasobant, S. (2018). Comprehensive public health action for our aging world: the quintessence of public health policy. **Journal of International Medical Research**, New York, v. 46, n.2, p.555–556.

CAPÍTULO 15 - ENVELHECIMENTO: POLÍTICAS PÚBLICAS HIV/AIDS EM IDOSOS

Denise Cuoghi de Carvalho Veríssimo Freitas
Sérgio Ferreira Jr.

O objetivo deste capítulo é contextualizar, com base nos dados epidemiológicos, a epidemia de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) em idosos no Brasil, bem como apresentar reflexões sobre programas de educação em saúde e prevenção. O rápido envelhecimento populacional é um aspecto dinâmico importante que vem ocorrendo a nível demográfico, com impacto expressivo na saúde pública. O mundo experimentou um aumento substancial na proporção de pessoas acima de 60 anos ou mais nas últimas seis décadas, ampliando de 8% para 10% da população global. A expectativa futura para o envelhecimento populacional não é diferente, espera-se que em 40 anos, 22% da população total tenha pelo menos pessoas com 60 anos de idade, ampliando de 800 milhões para 2 bilhões de pessoas (Beard et al., 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), frente a esta transição demográfica mundial, apresentou em seu relatório sobre Envelhecimento e Saúde, evidências a respeito do processo de envelhecimento e as percepções e estereótipos, comuns sobre as pessoas mais velhas, está em crescente transformação (Organização Mundial de Saúde, 2015)

Referente à sexualidade no envelhecimento humano, há diversos estudos indicando que os idosos continuam sendo sexualmente ativos, inclusive entre aqueles acima dos 80 anos de idade. Este grupo mantém vida sexual ativa com prazeres, desejos e vivenciam a prática sexual, muitas vezes de forma desprotegida e insegura, tornando-os vulneráveis às IST/HIV/AIDS. Esta percepção apresenta-se distinta entre os países como América do Norte, Austrália, China Coréia e África, de acordo com a incidência e prevalência dessas infecções na população de 50 anos ou mais idade (Schick, et al., 2010)

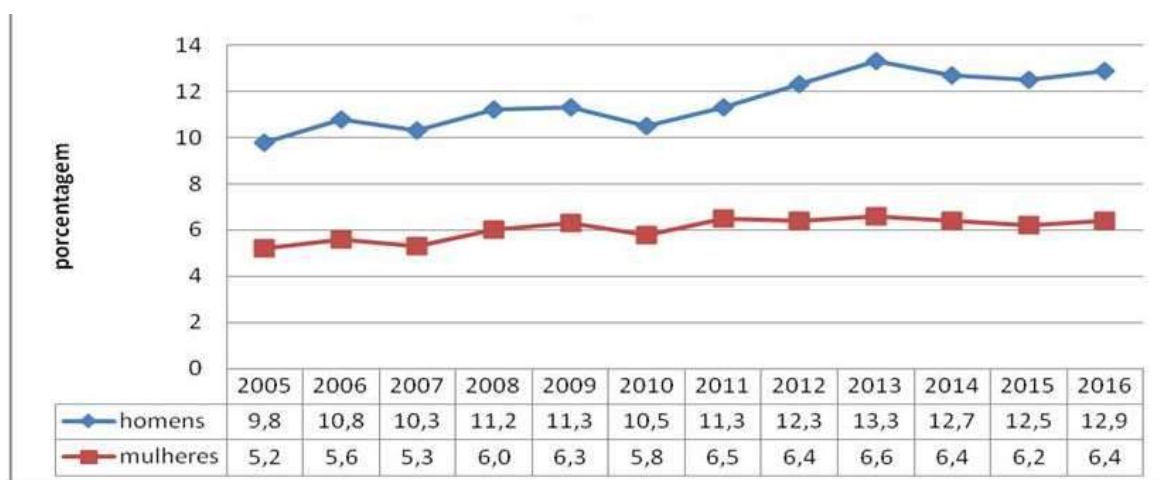
No Brasil, a situação é semelhante, acredita-se que em 2050 o país seja o sexto do mundo em número de idosos (World Health Organization, 2005). Apesar de diversos estudos sobre a sexualidade desta população, são raros aqueles sobre a

prevalência e incidência das IST entre idosos. Muitas delas não são consideradas de notificação compulsória, o que dificultam análises mais aprofundadas sobre o tema (Brasil, Ministério da Saúde, 2017).

Entretanto, os dados oficiais de casos de HIV e AIDS na população de idosos registrados no País, indicam o aumento significativo deste agravo de saúde entre homens e mulheres na faixa etária de 60 anos ou mais nos últimos 10 anos, revelando a vulnerabilidade deste grupo frente à pandemia do HIV/AIDS e outras IST (Minichielle et al, 2012; Brasil, Ministério da Saúde, 2017)

Este estudo analisou a epidemia de HIV/AIDS entre idosos residentes no Brasil, com base nas informações do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS do ano de 2017 (Paskulin et al., 2011). Observou-se que, entre 1980 até junho de 2017, foram registrados 882.810 casos de AIDS, sendo 576.245 casos no sexo masculino e 306.444 no sexo feminino. A taxa de detecção de AIDS (/100.000hab) em homens idosos passou de 9,8% em 2005 para 12,9% em 2016 e, entre as mulheres, de 5,2% para 6,4% (Gráfico 01). Foi observado o crescimento da razão entre os sexos, que passou de 1,5 em 2005 para 2,2 em 2016 (Paskulin et al., 2011).

Gráfico 01: Taxa de detecção (/100.000 hab) dos casos de AIDS, segundo sexo entre idosos. Brasil, 2005-2016.

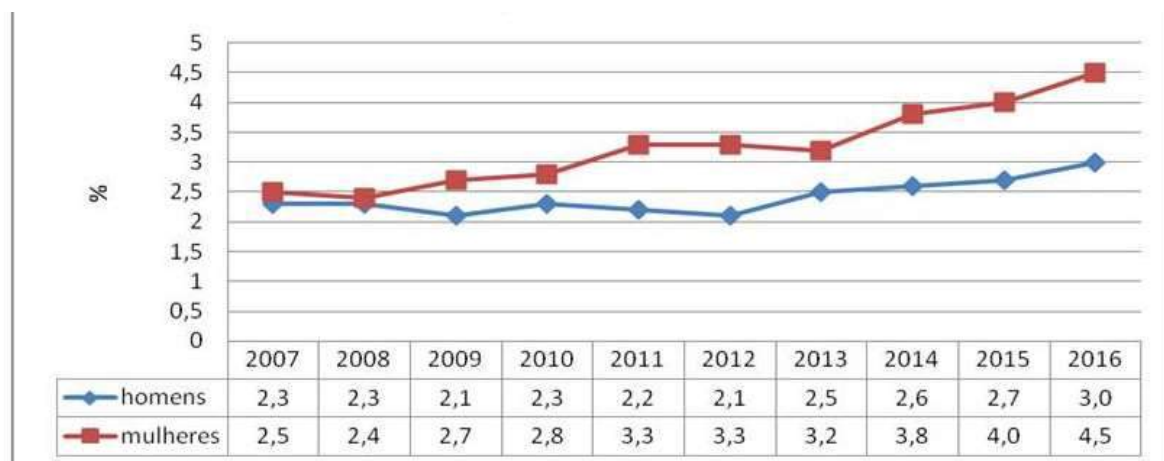


Fonte: Boletim Epidemiológico. Ministério da Saúde, 2018.

A partir de 2007, com a utilização dos antirretrovirais e aumento da sobrevivência dos afetados pelo HIV/AIDS, os casos de detecção do HIV passaram a ser registrados no Brasil. Observou-se no Gráfico 02 que a taxa de detecção do HIV

entre homens idosos passou de 2,3% em 2007 para 3,0% em 2016 e entre as mulheres de 2,5% para 4,5% no mesmo período. O coeficiente de mortalidade por AIDS quanto ao sexo, verificou-se que, entre homens idosos, saltou de 5,2/100.000 habitantes em 2007 para 8,5/100.000 habitantes em 2016. No mesmo período entre as mulheres idosas a taxa de óbito por AIDS passou de 2,2/100.000 habitantes para 3,6/100.000 habitantes (Paskulin et al., 2011). Estes dados epidemiológicos destacam a mudança do perfil epidemiológico da epidemia do HIV/AIDS na população idosa nas últimas décadas no Brasil, revelando a vulnerabilidade deste grupo frente a esses agravos da saúde. (Minichiello et al., 2012; Brasil Ministério da Saúde, 2017).

Gráfico 02: Taxa de detecção (/100.000 hab) dos casos de HIV, segundo sexo entre idosos. Brasil, 2005-2016.



Fonte: Boletim Epidemiológico. Ministério da Saúde, 2018.

A vulnerabilidade perpassa à compreensão dos indivíduos e grupos de indivíduos sobre um determinado risco, a partir de três dimensões fundamentais: individual, social e programática (Ayres, et al., 2012). Em relação ao risco de contaminação pelas IST/HIV/AIDS, sobre o foco individual, a vulnerabilidade está relacionada ao comportamento pessoal, ou seja, nas suas escolhas relacionadas à prevenção. Socialmente, as questões culturais e sociais também podem influenciar nas atitudes e práticas de um determinado grupo. Finalmente, a dimensão programática trata da resposta e mobilização social e governamental frente a estes agravos de saúde (Ayres, et al., 2012)

Neste sentido, destaca-se que as campanhas pontuais de prevenção das IST/HIV/AIDS, não atingem seus objetivos. Desta forma, cabem aos profissionais de saúde e a outros que trabalham com métodos preventivos do HIV/AIDS, o desafio sobre a compreensão das vulnerabilidades individual, social e programática (Ayres, et al, 2012; Cruz & Ramos, 2015) que envolvem também o comportamento sexual diferente entre gêneros, bem como as mudanças de hábitos sobre a própria sexualidade dos idosos (World Health Organization, 2005).

Envelhecimento x HIV/Aids na pessoa idosa

O envelhecimento populacional revela diversas peculiaridades associadas ao gênero, renda, escolaridade e acesso aos serviços de saúde, trazendo um grande desafio aos setores públicos para o estabelecimento de estratégias para melhor atender às necessidades de saúde desse segmento populacional (Paskulin, et al, 2011).

Concomitante ao envelhecimento populacional vive-se a chamada “transição epidemiológica”, que representa a mudança do padrão de morbimortalidade, a partir do qual assumem maior importância as doenças crônicas, entre elas a AIDS (Closs & Schwanke, 2012; Stenholm, et al., 2015). Os efeitos colaterais da terapia antirretroviral e a evolução clínica da AIDS, associada ao processo do envelhecimento, pode acometer os idosos, comprometendo sua autonomia, independência e limitação dos domínios de funcionalidade (Cruz & Ramos, 2015)

Observou-se que, apesar da supressão viral pela terapia antirretroviral, ainda é baixo o grau de ativação imunitária sistêmica persistente e inflamação, o que contribui para um padrão de envelhecimento acelerado das pessoas vivendo com HIV/AIDS, em consequência das toxicidades decorrentes do uso contínuo da medicação antirretroviral e por fatores relacionados ao estilo de vida, como o consumo de tabaco, álcool, drogas e coinfeções por citomegalovírus e hepatite C. Essa associação teórica do HIV/AIDS com o envelhecimento tem sido amplamente discutida devido ao aumento das comorbidades associadas com o envelhecimento natural em coortes de soropositivos para o vírus HIV, com as doenças cardiovasculares, insuficiência renal, insuficiência cognitiva, diminuição da densidade mineral óssea, malignidade e fragilidade, entre outros (Cohen, et al., 2011; Millis, et al., 2011).

Desta forma, cabe aos serviços de saúde o grande desafio de ampliar a percepção sobre a saúde do idoso, incluindo o reconhecimento de sua sexualidade e suas peculiaridades como um direito, respeitando-se a orientação sexual e identidade de gênero, de forma a amenizar os danos à saúde causados pelo processo de envelhecimento e os efeitos da convivência com o HIV/AIDS e do uso da medicação antirretroviral. Este desafio perpassa também pela desconstrução do preconceito e discriminação em relação à sexualidade do idoso, bem como à diversidade sexual também observada nessa população, afinal, lésbicas, gays, bissexuais, travestis, homens e mulheres transexuais e intersexo (LGBTI) também envelhecem (Antunes, 2013)

Neste sentido, cabe ressaltar o recrudescimento da pandemia do HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens (HSH), categoria onde também estão incluídas as travestis e mulheres transexuais nos registros oficiais de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017). A notificação dos casos soropositivos para HIV, realizada desde 1994 pelos serviços de saúde do Estado de São Paulo, mostra um aumento de 23% para 38% na participação de HSH no total de casos entre 2005 e 2011, com tendência crescente e velocidade de 163 casos por ano (Secretaria Estadual de Saúde, Estado de São Paulo, 2014). No Brasil, a partir de 2009, verificou-se um aumento dos casos entre HSH; esse número cresceu de 34,6% em 2004 para 43,2% em 2013 (Brasil, Ministério da Saúde, 2017). Neste contexto, destaca-se um estudo realizado na cidade de São Paulo com a participação de 1.217 HSH mostrando que 63,8% dos participantes eram soropositivos para HIV e destes, 18,3% encontravam-se na faixa etária de 50 a 77 anos (Secretaria Estadual de Saúde, Estado de São Paulo, 2014).

Neste cenário, observa-se que as campanhas pontuais de prevenção das IST/HIV/AIDS direcionados à população geral, incluindo-se idosos e especificamente aos LGBTI, não atingem seus objetivos de forma geral. Desta forma, cabem aos profissionais de saúde e a outros que trabalham com métodos preventivos o desafio sobre a compreensão das vulnerabilidades individual, social e programática frente ao HIV/AIDS (Ayres et al., 2012; Cruz & Ramos, 2015) que envolvem também o comportamento sexual diferente entre gêneros, bem como as mudanças de hábitos sobre a própria sexualidade dos idosos (World Health Organization, 2005) .

Ademais, faz-se necessário considerar preliminarmente três grupos plausíveis: os sujeitos com diagnóstico clínico do HIV/AIDS e que são idosos jovens;

aqueles que contraíram o HIV antes dos 60 anos, permanecendo assintomático ou não diagnosticado no presente; e por último, aqueles que adquiriram o HIV como recentemente com mais de 60 anos e estão em estágio de desenvolvimento da AIDS (Secretaria Estadual de Saúde, Estado de São Paulo, 2014; Munhol, 2009).

Sendo assim, o presente cenário do HIV/AIDS em idosos no Brasil fornece subsídios para que os profissionais de saúde e outros que atuam na prevenção do HIV/AIDS com a população idosa repensem a sua abordagem durante os atendimentos, incluindo as questões relacionadas à vida sexual do idoso e abertura para o diálogo sobre as práticas sexuais e diversidade sexual, impactando no diagnóstico precoce do HIV nesta população.

Idoso, Políticas Públicas e IST

O marco regulatório de conquistas relacionadas aos direitos dos idosos ocorreu em 10 de dezembro de 1948, quando na Assembleia Geral das Nações Unidas adotou e proclamou a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Afirmando que todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos, não havendo distinção de raça, sexo, cor, língua, religião, política, riqueza ou de qualquer outra natureza, e prescreve no artigo 25 os chamados direitos dos idosos:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança, em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.
(Munhol, 2009)

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, outras leis surgiram amparando a pessoa idosa, entre elas: Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (1993), Política Nacional do Idoso (1994), Estatuto do Idoso (2003) e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006). No âmbito do Estado de São Paulo, foi aprovada a Política Estadual do Idoso (2007) (Munhol, 2009).

A regulamentação e disposição das leis, que regem as políticas públicas voltadas para o idoso abarcam especificidades, seja da área social, previdenciária, cultural, lazer, educacional, de saúde, incluem a atenção na prevenção, promoção, recuperação da saúde e atendimento com acesso universal e igualitário.

Com o envelhecimento, a vulnerabilidade do idoso frente às IST/HIV/AIDS pode apresentar-se nas dimensões individual, social e programática, tornando-se um grande desafio para o planejamento e execução de políticas públicas. Neste panorama, para o alcance deste propósito e também o acompanhamento dos idosos infectados, se faz necessária a participação dos programas governamentais, serviços e ação à proteção e promoção à saúde (Andrade et al., 2017).

Sendo assim, os programas, oficinas e serviços de atenção a população idosa para identificação e análise do cenário das IST/HIV/AIDS devem ser dirigidas e terem como base dois princípios fundamentais. Primeiramente, as ações de promoção à saúde, prevenção das doenças e equidade no acesso aos cuidados de saúde, servindo de base desde o envelhecimento ativo e saudável e, em segundo lugar, os programas e serviços dirigidos a indivíduos e grupos específicos de idosos com a IST/HIV/AIDS (Lazzarotto, et al., 2013).

Lazzarotto et al. em 2013 aplicaram um questionário durante oficinas realizadas com idosos para conhecer o nível e compreensão das informações sobre o conceito de IST/HIV/AIDS, a prevenção, o tratamento e vulnerabilidade. Concluíram que dentre os idosos participantes havia o conhecimento sobre o conceito, vulnerabilidade e tratamento. Os autores reforçam que programas semelhantes e replicadores são bem vindos aos idosos e à equipe profissional que trabalha com este grupo, atuando para a educação, atenção e prevenção das IST/HIV/AIDS (Lazzarotto, et al., 2013; Cordeiro, et al., 2017).

A atuação do profissional de saúde em idosos infectados com o HIV/AIDS nos serviços públicos de saúde torna-se desafiante quanto à assistência a esses indivíduos de forma a contemplar a avaliação e tratamento das condições próprias do envelhecimento e os principais impactos que este diagnóstico. Dentre eles, destacam-se, a solidão, preconceito, isolamento, medo da revelação aos familiares e a interrupção das práticas sexuais. Segundo Cassetté et al., 2016, para os profissionais de saúde a sobrecarga psíquica, a dificuldade em abordar aspectos da sexualidade e práticas sexuais com os idosos, compartilhar alguns estereótipos e preconceitos vinculados as IST/HIV/AIDS e sexualidade da pessoa idosa, são aspectos que afetam a sua abordagem no trabalho. Concluíram também que a discussão sobre esses aspectos devem compor com as ações de formação em saúde nos serviços de atenção a pessoa idosa.

Considerações finais

Observa-se que no País, o número de casos de HIV e de AIDS entre indivíduos com 60 anos ou mais de idade aumentou nas últimas décadas. Este dado revela a necessidade de políticas públicas e a efetividade na atuação, voltadas a este grupo e focadas na prevenção, manejo e adesão no tratamento das IST/HIV/AIDS, bem como o monitoramento longitudinal dos idosos atendidos no setor público e no setor privado com notificação dos casos de IST/HIV/AIDS. Os serviços poderiam ser fortalecidos com a atenção das redes sociais de serviços, tais como: Sistema Único da Assistência Social, Centro de Referência de Assistência Social em parceria e no âmbito das diretrizes do Sistema Único de Saúde, esta iniciativa poderá contribuir de forma integral em destaque para a redução da vulnerabilidade dos idosos a partir de uma visão holística.

Referências

- Andrade, J.; Ayres, J.A.; Alencar, R.A. & Duarte, M.T.C.; Parada, C.M.G.L. (2017). Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. **Acta Paul Enferm.** 2017, 30 (1), p. 8-15.
- Antunes, P.P.S. (2013). *Travestis envelhecem?* São Paulo: Annablume.
- São Paulo, Secretaria Estadual de Saúde, Programa Estadual de DST/HIV/ AIDS. **Informativo Epidemiológico** (2014). Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/vig.epidemiologica/boletim-epidemiologico-crt/informativoepidemiologicodoprogramaestadualdedst-aidsdesaopaulo.pdf?attach=true> Acessado em 13 de julho de 2018.
- Ayres, J.R.; Paiva, V.; Junior, I.F. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: **Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM (2012).. Vulnerabilidade e direitos humanos**. Curitiba: Editora Juruá; p. 71-94.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e hepatites virais. (2017). **Boletim Epidemiológico de HIV/aids**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, p. 84.
- Beard. JR.; Biggs, S. B. D.; Fried, L.P. & Hogan, P.; Kalache, A.; et al. (2011). Global population ageing: peril or promise. Geneva: **World Economic Forum**.
- Casséte, J.B.; Silva, L.C.. Felício, E.E.A.A. & Soares, L.A.S. (2016). HIV/Aids em idosos: estigmas, trabalho e formação em saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 19 (5), p. 733-744.

Cohen, M.S.; Chen, Y.Q.; Mccauley, M. & Gamble, T.; Hosseinipour, M.C.; Kumarasamy, N.; et al. HPTN 052. (2011). Study Team. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. **N Engl J Med.**, 356 (6), p. 493-505.

Cordeiro, L.I.; Lopes, T.O.; Lira, L.E.A.; Feitoza, S.M.S., & Bessa, M.E.P., Pereira, A.R.F., Souza, A.R. (2017). Validação de cartilha educativa para prevenção de HIV/Aids em idosos. **Rev. Bras. Enferm [Internet]**, 70 (4), p. 808-15 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0145>

Closs, V.E. & Schwanke, C.H.A. (2012). A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, 15 (3), p. 443-58.

Cruz, G.E. & Ramos, L.R. (2015). Limitações funcionais e incapacidades de idosos com síndrome de imunodeficiência adquirida. **Acta paul. enferm.** [online], 28 (5), p. 488-493.

Lazzarotto, A.R.; Santos, V.S.; ReicherT, MT.; QUevedo, D.M. & Fossatti, P., Santos, G.A., Calveti, P.U., Sprinz,E. (2013). Oficinas educativas sobre HIV/Aids: uma proposta de intervenção para idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 16 (4), p. 833-843.

Mills, E.J.; Bakanda, C.; Birungl, J.& Chan, K.; Ford, N.; Cooper, C.L.; et al. (2011). Life expectancy of persons receiving combination antiretroviral therapy in low-income countries: a cohort analysis from Uganda. **Ann Intern Med.** 155 (44), p. 209-16.

Minichiello, V.; Rahman, S.; Hawkes, G. & Pitts, M. STI. (2012). Epidemiology in the global older population: emerging challenges. **Perspect Public Health**, 132 (4): p. 178-81.

Munhol, M.E. (2009). Direitos humanos e legislação específica. *In: Políticas públicas para a pessoa idosa: marcos legais e regulatórios / Sandra Gomes, Maria Elisa Munhol, Eduardo Dias ; [coordenação geral Áurea Eleotério Soares Barroso]. - São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta.*

Organização Mundial de Saúde. (2015) Resumo: **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra.

Paskulin, C.C.B.K.; Aires, M.; Gonçalves, A.V. & Kottwitz, C.C.B.; Morais, E.P.; Brondani, M.A.(2011). Aging, diversity, and health: the brazilian and the canadian context. **Acta Paul Enferm**, 24(6), p. 851-6.

Schick, V.; Herbenick, D.; Reece, M.& Sanders. A.S.; Dodge, B. Middlestadt,S.E. et al. (2010). Sexual behaviors, condom use, and sexual health of Americans over 50: implications for sexual health promotion for older adults. **J Sex Med.**, 7 Suppl 5:315-29.

Stenholm, S.; Westerlund, H.; Head, J. & Hyde, M.; Kawachi, I.; Pentt, J.; et al. (2015). Comorbidity and Functional Trajectories From Midlife to Old Age: The Health and Retirement Study. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci.**, 70 (3), p. 332-8.

World Health Organization. (2005). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília (DF):** Organização Pan Americana da Saúde.

CAPÍTULO 16 – NEGÓCIOS DE IMPACTO SOCIAL E INOVAÇÃO SOCIAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A REVOLUÇÃO DA LONGEVIDADE

Fernanda Cardoso Romão Freitas
Fabiane Domingues de Magalhães de Almeida

Em um mundo cada vez mais globalizado e desigual, movimentos, ações voluntárias e ONGs surgem para suprir as lacunas sociais e ambientais deixadas pelo Estado e pela iniciativa privada. Estima-se que 50% a 80% do crescimento econômico advém da inovação e da busca constante por novos conhecimentos, incluindo o desenvolvimento e a propagação de tecnologias que transformam as economias e o modo de viver da sociedade (Mulgan et al., 2007).

O papel da inovação é decisivo para o progresso econômico de uma nação, já que passamos por situações desafiadoras, como mudanças climáticas e o envelhecimento populacional. Nesse contexto, a Inovação Social surge com o propósito de buscar alternativas para o futuro da sociedade. (Bignetti, 2011).

A ótica das organizações também mudou, já que elas têm revisto seus valores em relação ao impacto que causam na sociedade. Com isso, surgem negócios híbridos que buscam atingir objetivos outrora impossíveis: a geração de valor financeiro e de valores socioambientais. Assim, popularizam-se termos como Negócios Sociais, Negócios de Impacto, Empreendedorismo Social, Investimentos de Impacto, Inovação Social, entre outros.

De acordo com o pesquisador Geoff Mulgan (2007), Inovação Social são atividades e serviços inovadores motivados pela meta de um encontro com a necessidade social e que se difundem predominantemente entre as organizações cujo primeiro propósito é o social. Já o conceito estabelecido pela Stanford Social Innovation Review (2008) estabelece que Inovação Social é uma nova abordagem para lidar com problemas sociais, uma solução mais efetiva, eficiente, sustentável ou justa do que as soluções já existentes e cujo valor gerado beneficia prioritariamente a sociedade como um todo e não apenas alguns indivíduos.

Frente aos problemas e crises sociais, a inovação torna-se uma ferramenta de mudança. A consciência da existência de uma lacuna entre o que a sociedade precisa e o que está sendo oferecido pelos governos, empresas e instituições, é o elo necessário entre a identificação do problema e a ação para solucioná-lo.

Hoje, um dos grandes desafios, no Brasil e no mundo, é o aumento da expectativa de vida, o que exige novas formas de organizações, cuidados, empregos, novos modelos de habitação e métodos para combater o isolamento (Mulgan et ali., 2007). Essa Inversão da Pirâmide Demográfica é uma realidade em diversos outros países ao redor do mundo, principalmente os mais desenvolvidos.

No Brasil, de 2015 para 2016, a expectativa de vida ao nascer passou de 75,5 para 75,8 anos. No contexto mundial, desde que começaram a ser apurados pelo Banco Mundial, os maiores índices são da China, cuja expectativa de vida em 1960 era de 66,96 e em 2015 passou para 84,27, seguida pelo Japão, que em 1960 tinha um índice de 67,66 e em 2015 está em 83,84. Os países da zona do euro em 1960 tinham o índice de 69,27, que em 2015 passou para 82,07.

Em artigo na Stanford Social Innovation Review, Chang (2012) afirma que, enquanto não houver novos modelos bem-sucedidos de propostas de negócios para os cuidados sêniores, todas as outras formas de inovação social serão restringidas. Desse modo, o futuro da Inovação Social pode estar estritamente ligado à questão da atenção com a população envelhecida. No entanto, mais de um terço dos investimentos realizados são direcionados para ações voltadas aos jovens, não existindo iniciativas direcionadas para a terceira idade.

Tendo em vista que, em um futuro próximo, grande parte da população será idosa, de quais maneiras a inovação social pode propor soluções para enfrentar e superar o desafio da crescente longevidade da população?

Negócios de impacto e inovação social como um novo campo de pesquisa

Devido à sua multidisciplinariedade e recente inclusão do conceito no meio acadêmico, não existe um consenso na literatura sobre a definição de Inovação Social. De Bruin e Stangl (2013) afirmam que o termo é relativamente novo, porém a prática de indivíduos, grupos e comunidades trabalhando juntos para alcançar formas inovadoras de resolver problemas sociais complexos vem de longa data. Antes mesmo de se falar sobre Inovação Social, outros termos correlacionados, como empreendedorismo social, negócio social e negócios de impacto, já existiam e vinham se consolidando no campo da Ciência da Administração de Empresas.

O termo “Inovação Social”, que está estritamente relacionado à solução dos problemas sociais, nasceu em 1970, quando, em trabalho seminal, Taylor (1970) declarou que Inovação Social consiste em uma nova forma de se fazer algo, visando

solucionar as necessidades sociais. Foi a partir dos anos 1990 que diversos estudos internacionais e nacionais começaram e surgiram com o propósito de compreender esse novo fenômeno, a partir dos quais surgiram novas definições.

Nos anos 1980, Julie Cloutier, pesquisador do CRISES – Centre de Recherche sur les Innovations Sociales (Centro de Pesquisas de Inovação Social), definiu Inovação Social como uma nova resposta para uma situação social insatisfatória que visa o bem-estar dos indivíduos e comunidades e que é definida por uma ação de mudança sustentável (Cloutier, 2003). Os estudos do CRISES foram pioneiros e propagaram o termo para diversos países, sendo ainda hoje de extrema relevância para os pesquisadores da área.

As pesquisas sobre Inovação Social alavancaram ainda mais nos anos 2000, quando a Universidade de Stanford, nos Estados Unidos, iniciou seus estudos nessa nova temática. A partir de então, o campo se consolidou e pesquisadores de diferentes países passaram a estudar este fenômeno sob as mais diversas óticas.

O debate sobre Negócios de Impacto e Inovação Social tem ganhado espaço também no mercado e entre os defensores de causas socioambientais. Por conta disso, diversos institutos e especialistas buscam compreender, propagar, fomentar e até incubar esses negócios. Surgiram, então, iniciativas como a do Instituto de Cidadania Empresarial (ICE), que atua como um articulador dos agentes, líderes, investidores e empreendedores sociais com o propósito de fomentar a criação de negócios com impacto social. De acordo com o ICE, esses empreendimentos têm a missão explícita de gerar impacto socioambiental, ao mesmo tempo em que produzem resultado financeiro positivo de forma sustentável. (ICE, 2015)

Em 2015, o Instituto lançou a Carta de Princípios para Negócios de Impacto no Brasil. Entre os princípios defendidos pelo documento estão o compromisso com a missão sócio ambiental, com o impacto social e ambiental monitorado, com a lógica econômica e com a governança corporativa.

Outra iniciativa nesse sentido é a Pipe Social, que nasceu no Brasil com o propósito de provocar e fomentar conexões de impacto. A Pipe mapeia e recruta *startups* de impacto social, tornando-se uma vitrine de Negócios de Impacto. Há também iniciativas brasileiras com foco em Tecnologias Sociais, como a Social Good Brasil, que nasceu em 2010, fruto de uma parceria entre o Instituto Voluntários Online (VOL) e o Instituto Comunitário Grande Florianópolis.

Seja no meio acadêmico, seja entre as instituições e especialistas da área de negócios, sustentabilidade, investimentos e outros atores, a Inovação e os Negócios de Impacto são notoriamente uma tendência de mercado e observa-se uma recente constituição de um novo ecossistema voltado para negócios sociais. A resolução dos problemas sociais tem deixado de ser apenas uma área de atuação do terceiro setor e passou a ser encarada como um campo em evidência para Administração de Empresas, atraindo a atenção de economistas e investidores.

No entanto, ainda existe uma busca pela análise mais sistemática das teorias, práticas, características e principalmente dos impactos desse tipo de negócio. Até pouco tempo atrás, acreditava-se que os novos modelos de inovação tecnológica resolveriam os problemas da humanidade. Porém, muitos dos importantes desafios sociais não estão sendo supridos. No coração da revolução industrial, o paradigma da inovação predominante foi o tecnológico; hoje, talvez estejamos em direção a um novo paradigma: o da Inovação Social (Howaldt; Domanski; Kaletka, 2016).

Na perspectiva de análise de resultado, que é o objetivo deste estudo, os estudos de Buckland e Murillo (2013) contribuem fortemente para o entendimento da efetividade da Inovação Social quando aborda as seguintes dimensões: impacto e transformações sociais, colaboração intersetorial, sustentabilidade econômica e viabilidade em longo prazo, tipo de inovação e escalabilidade e replicabilidade.

Também sob a ótica do resultado, Bruin e Stangl (2013) afirmam que a inovação deve ser analisada pelo tipo de solução, pela magnitude e pela extensão de escala. Para os autores, somente através dessa classificação ela pode ser considerada como uma Inovação Social.

No campo de estudos sobre Inovação Social e Negócios Sociais, outro termo que começa a despertar atenção dos estudiosos é “Investimento de Impacto”. A filantropia e o investimento sempre caminharam em linhas separadas, uma objetivando ganho social e a outra o financeiro. Hoje, o investimento de impacto visa gerar benefícios sociais enquanto traz retorno financeiro (Rockefeller, 2016). Contudo, assim como na Inovação Social, o Investimento de Impacto deve ser direcionado para o resultado, o impacto na sociedade; por esse motivo, a medição do impacto torna-se não apenas necessária como indispensável.

Sendo assim, se existe a necessidade social, se existem os empreendedores que, através das Inovações Sociais, se propõem a empreender Negócios de Impacto Social e, por fim, se existem os fundos para investimentos de impacto, quais seriam

as dificuldades para a viabilização e sustentabilidade financeiras dessas inovações? A indústria trabalha na criação de padrões para medição do desempenho do investimento, mas, ainda hoje, não existe uma ferramenta totalmente apta para guiar o investidor em relação ao retorno social ou ambiental. Isso inibe alguns investidores, já que os riscos não podem ser calculados de forma precisa.

Uma das principais formas de impulsionar o ecossistema é através da demonstração do crescimento dos investimentos. Para tanto, surgiram iniciativas como o GIIN (Global Impact Investing Network), que disponibilizou o Inquérito Anual ao Investidor de Impacto de 2017. O documento trata dos resultados de uma pesquisa envolvendo 209 das principais organizações de investidores de impacto do mundo – fundações, bancos, instituições financeiras, gestoras de fundos e outros.

Há também ferramentas para a medição do impacto social, como o Insuper Metricis, um guia para avaliação de impacto socioambiental elaborado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa. Outros métodos são o Impact Reporting and Investment Standards (IRIS), que busca garantir uma mensuração cada vez mais uniforme, e o procedimento de avaliação proposto pelo Global Impact Investing Report System, com indicadores nas áreas de governança, colaboradores, comunidade, meio ambiente e ênfase do socioambiental no plano de negócios (GIIN, 2017).

Independentemente da ferramenta utilizada, deve-se responder às seguintes questões: Quais são as ações concretas que o programa realiza? Quais os resultados diretos desta atividade? Quais as mudanças esperadas na população? E, por fim, quais são as transformações que ocorreram especificamente por causa das ações? (Hehenberger; Harling; Scholten, 2013).

Uma vez que a Inovação Social é vista como um resultado, um produto ou serviço dos Negócios de Impacto, ela precisa receber investimento como qualquer outro tipo de negócio para ter sustentabilidade financeira. Assim, é necessário encontrar formas de viabilizar esse novo tipo de negócio, de modo que ele seja lucrativo, fornecendo resultados financeiros e sociais.

Panorama do aumento da longevidade no Brasil e no mundo

O Brasil está vivenciando uma importante mudança social demográfica. O índice de expectativa de vida foi apurado no país pela primeira vez em 1980 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e, desde então, o aumento da longevidade é uma constante. Em 1980, a expectativa de vida do brasileiro era de

62,5 anos de idade; já nos anos 2000, chegou aos 70,5; e, em 2015, atingiu 75,5 anos (IBGE, 2015).

O índice se refere ao número médio de anos que as pessoas deverão viver, se o nível e o padrão de mortalidade por idade prevalecente no ano do Censo permanecerem constantes. O aumento da expectativa de vida é uma realidade presente em todo o mundo, principalmente nos países desenvolvidos. O Japão, por exemplo, exibe uma alta taxa de esperança de vida e, em contrapartida, uma baixa taxa de natalidade. Conseqüentemente, possui uma das maiores proporções de cidadãos acima de 60 anos, em comparação a outros países (Duan, 2017).

O aumento da população idosa é um movimento previsto e a tendência é de que o Brasil tenha sua taxa de envelhecimento ainda mais acelerada nos próximos anos (Miné, 2016). O país está passando por uma inversão na pirâmide populacional, ocasionada principalmente pela diminuição da taxa de natalidade e pelo aumento da taxa de longevidade.

A Tabela 1 demonstra a constante crescente da expectativa de vida no Brasil, através dos últimos levantamentos realizados pelo IBGE, de acordo com dados disponíveis na Tábua de Mortalidade, utilizada como um parâmetro para determinar o fator previdenciário e o regime geral da Previdência Social no país (IBGE, 2017).

Tabela 1: Expectativa de Vida do Brasileiro - IBGE (2005-2016).

Expectativa de Vida	
Ano	Idade
2005	71,9
2006	72,3
2007	72,6
2008	72,9
2009	73,2
2010	73,5
2011	74,1
2012	74,6
2013	74,9
2014	75,2
2015	75,5
2016	75,77

Fonte: Elaborado pelas autoras, baseado em dados do IBGE, 2017.

Em escala global, como pode ser verificado na Tabela 2 pelos dados do Banco Mundial para a variável esperança de vida ao nascer, notamos o aumento da longevidade, que variou de 68,4 anos em 2003 para 71,2 em 2013.

Tabela 2: Esperança de Vida ao Nascer – World Bank.

Ano	Esperança de Vida ao Nascer
2005	69,13
2006	69,47
2007	69,79
2008	70,08
2009	70,40
2010	70,68
2011	70,97
2012	71,21
2013	71,46
2014	71,69
2015	71,88

Fonte: Elaborado pelas autoras, baseado em dados do Banco Mundial, 2017.

Conforme o relatório do Banco Mundial (2016), a diminuição das taxas de natalidades com o aumento da taxa de esperança de vida impulsionou a elevação do envelhecimento da população economicamente ativa, fenômeno que vem ocorrendo em intensa velocidade. Devido a essa inversão na pirâmide demográfica, em breve teremos uma grande fatia da população brasileira em idade ativa, o que promoverá um aumento da força de trabalho e, conseqüentemente, uma preocupação em relação ao envelhecimento dessas pessoas (Banco Mundial, 2016).

O Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC Brasil) chama esse fenômeno de Revolução da Longevidade. Como em qualquer revolução, em que o colapso da ordem social dá origem a um novo sistema, a revolução da longevidade nos força a abandonar as noções existentes de velhice e de aposentadoria. Essa construção social é simplesmente insustentável diante do incremento de 30 anos de vida. (ILC Brasil, 2015, p. 16).

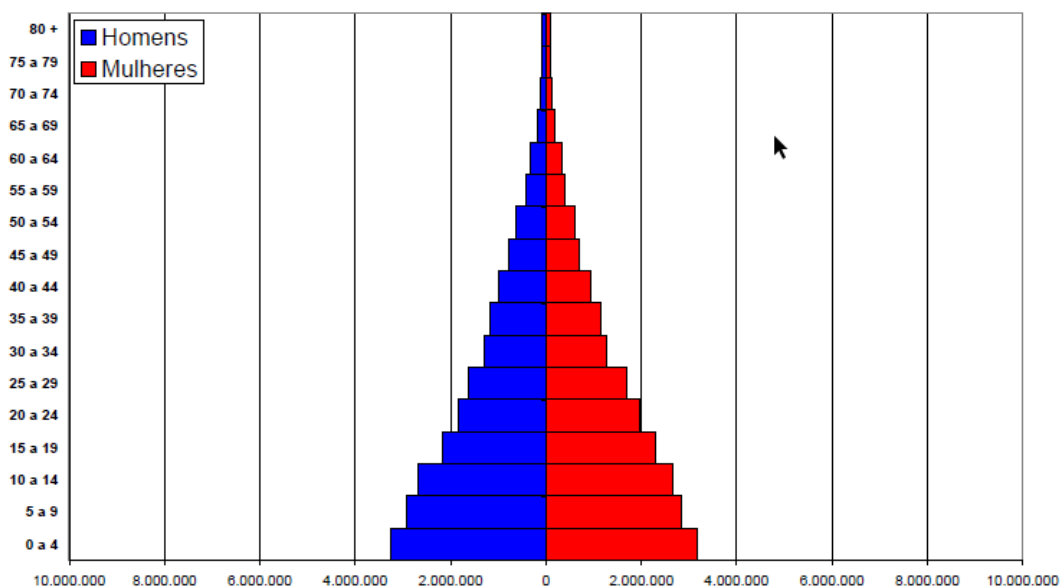
A Revolução da Longevidade tem suas particularidades: no Brasil, por exemplo, as mulheres vivem, em média, mais do que os homens. Também existem

particularidades em relação aos estados brasileiros. Em Santa Catarina, Espírito Santo, Distrito Federal, São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraná e Minas Gerais, a expectativa de vida das mulheres é elevada, superior aos 80 anos; em contrapartida, a expectativa de vida masculina dos estados de Maranhão, Alagoas e Piauí, por exemplo, é inferior à média nacional (IBGE, 2017).

A mudança demográfica possui ligação direta com outras tendências globais convergentes, que estão direcionando o futuro da nossa sociedade. Uma dessas tendências é justamente a queda das taxas de natalidade. Essa combinação nos leva à inversão da pirâmide demográfica, fenômeno que não ocorre apenas no Brasil, mas globalmente.

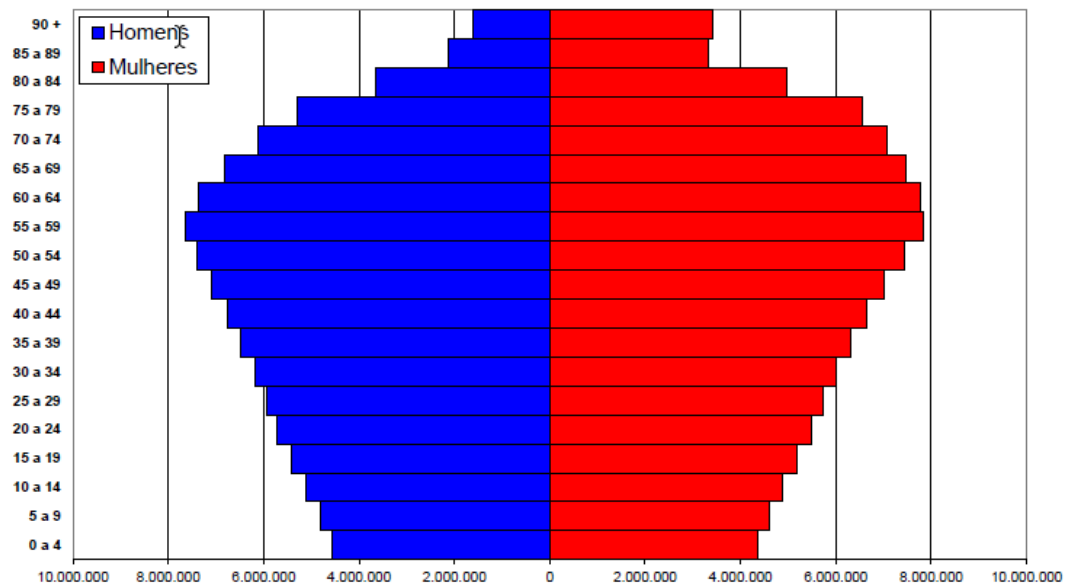
A inversão na pirâmide demográfica é uma tendência que vem sendo evidenciada não apenas pela OMS e pelo IBGE, como também por uma gama de estudiosos. O IBGE disponibilizou uma projeção da pirâmide populacional com base nos dados do censo demográfico de 2010. Como podemos observar na Figura 1, em 1940, de acordo com o Censo, apenas uma pequena fatia da população estava acima da faixa de 60 anos de idade. Por outro lado, a projeção da pirâmide populacional para 2060 demonstra uma real inversão na pirâmide populacional, conforme podemos observar na Figura 2, indicando uma mudança demográfica eminente que está em curso.

Figura 1: Pirâmide Etária Absoluta Brasil – Censo 1940.



Fonte: <http://bit.ly/2FRRU96> acesso em: 07 jul.2018

Figura 2: Pirâmide Etária Absoluta Brasil – Projeção 2060



Fonte: <http://bit.ly/2FRRU96> acesso em: 07 jul.2018

A convergência entre a queda da taxa de natalidade e o aumento da expectativa de vida trará mudanças profundas no modo de viver da sociedade. Em um curto período, teremos uma minoria de mão de obra jovem no mercado de trabalho, o que nos forçará a repensar o ciclo da vida. Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu Relatório Mundial do Envelhecimento e Saúde, ressalta que esses jovens esperam viver mais e, conseqüentemente, podem realizar planejamentos de vida diferentes, como iniciar suas carreiras mais tarde e, no caso das mulheres, passar o início da vida adulta se dedicando mais à família.

Hoje, pela primeira vez na história, a maioria das pessoas espera viver até os 60 anos, ou mais. Quando combinado com quedas acentuadas nas taxas de fertilidade, esse aumento na expectativa de vida leva ao rápido envelhecimento das populações em todo o mundo, fato que provoca mudanças sociais dramáticas, com implicações profundas.

Kontis et alii (2017) ressalta que os aumentos na longevidade serão contínuos e, conseqüentemente, será necessário um planejamento cuidadoso para a saúde, as questões sociais e os fundos de pensões. Essas mudanças demográficas trarão transformações profundas no modo de viver da sociedade; será preciso um planejamento não apenas na área de saúde como também na questão de moradia e urbanismo; afinal, as cidades precisarão estar preparadas para a população idosa, com trabalho, tecnologia, inclusão digital, entre outros.

O aumento da longevidade traz uma série de desafios, mas também uma gama de oportunidades para a Inovação. É preciso entender as necessidades dessa população envelhecida, para que possam ser desenvolvidos produtos e serviços que atendam às suas demandas. O consumidor terá características e necessidades diferentes das que temos hoje e as empresas precisam começar a pensar nessa mudança e em suas consequências.

Estudos demonstram a ausência dos idosos nas pesquisas de mercado. Michelin (2017) levantou a hipótese de que as pesquisas que são encomendadas pelas empresas privadas investigam em sua maioria pessoas de no máximo 55 anos de idade. Embora não exista a intenção de exclusão por motivo de preconceito, ao que tudo indica, não há indícios de se mudar esta prática (Michelin, 2017).

Estudos sobre o mercado de consumo voltado à terceira idade apontam para nove diferentes áreas temáticas: aumento de demanda, desenvolvimento de produtos, novas tecnologias, serviços específicos, propagandas, mídias, uso de produtos, direito e varejo/PDV. Muitos dos trabalhos acadêmicos desenvolvidos sobre o tema tratam do uso da tecnologia para a inovação voltada a essa faixa etária. Em todos os casos, aponta-se a necessidade de inovações propostas pela busca de qualidade de vida dos idosos, levantando as questões: quais são as demandas não atendidas? Que inovações são necessárias? (Michelin, 2017).

A Revolução da Longevidade precisa ser pensada levando-se em consideração as tendências globais convergentes, as novas necessidades de mercado para esse público, as questões de qualidade de vida, os avanços tecnológicos, saúde, políticas públicas e tantas outras variáveis que possam estar relacionadas com o desafio de envelhecer bem.

Com um propósito de atuar como um *think tank*, o Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC) busca propor ideias para políticas públicas com foco nesse tema, fundamentadas por práticas e pesquisas internacionais, de modo a contribuir positivamente para o bom envelhecimento da população, o chamado envelhecimento ativo. Essa missão fica evidente no relatório Envelhecimento Ativo – Um Marco Político em Resposta a Revolução da Longevidade, lançado em 2015, cujo objetivo é manter atualizado o Marco Político do Envelhecimento Ativo, publicado em 2002 pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Nesse documento, foi introduzido o conceito de envelhecimento ativo como o modo ideal para se alcançar um envelhecimento pleno. Por envelhecimento ativo,

entende-se o processo de otimização de oportunidades para a saúde, a aprendizagem ao longo da vida, a participação e a segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. (OMS, 2002, p. 12).

A palavra “ativo” para a OMS (2002) se refere à participação contínua na sociedade, economicamente, culturalmente e espiritualmente, assim como nas relações afetivas; não apenas a plenitude física para participar na sociedade através de sua força laboral. A proposta do envelhecimento ativo visa prolongar a expectativa de vida do indivíduo com saúde e qualidade de vida para todos, inclusive aqueles que são frágeis ou possuem limitações ou debilidades físicas e necessitam de cuidados constantes (OMS, 2002).

Sendo assim, as pessoas que conseguirem acumular os recursos surgidos no ciclo da vida para ter saúde, uma ocupação dignificante e realizadora e relações sociais ativas, adquirir novas habilidades, conhecimentos e necessidades materiais, estarão envelhecendo ativamente e alcançarão bem-estar físico, mental e social (ILC, 2015). Segundo a OMS (2002) e o ILC (2015), foram alinhados em quatro pilares os recursos necessários para suportar e desenvolver o envelhecimento ativo em todo o mundo.

O Pilar 01 refere-se à Saúde, física e mental, afirmando que antes de tudo é necessário reduzir as desigualdades nesse quesito para que seja possível alcançar seu pleno potencial. O Pilar 02 é a aprendizagem ao longo da vida, uma vez que estamos vivendo na sociedade do conhecimento, em que a globalização traz rápidas mudanças ao nosso cotidiano e a informação tem se tornado o bem mais valioso – aprendido esse que não acontece apenas pelo ensino formal na escola, mas por meio de experiências vivenciadas no cotidiano.

O Pilar 03 diz respeito à participação e o engajamento na sociedade – seja em atividades remuneradas ou recreativas, intelectuais ou cívicas –, já que ter um propósito diminui o risco de morte em todo o ciclo da existência humana e promove um sentimento de pertencimento e realização pessoal. O trabalho no período de aposentadoria é um fator de impacto contra o estado de demência, além de proporcionar segurança econômica, interação social, elevação da autoestima, saúde e estabilidade social. Em contrapartida, o desemprego e o subemprego representam um risco à capacidade de envelhecimento ativo. Adiciona-se a isto um impacto negativo sobre a saúde e a inclusão social.

O Pilar 04 trata da segurança e da proteção, sendo um item fundamental e que possui influência direta no pilar da saúde. Para a OMS (2002), a segurança é a mais fundamental necessidade humana e, na sua ausência, não é possível desenvolver plenamente o envelhecimento ativo. A segurança está relacionada a efeitos de mudanças climáticas, desastres naturais, crises, crime organizado, segurança pública, tráfico de pessoas, violência, abuso, discriminação e falta de segurança econômica e financeira.

O desafio atual é promover uma sociedade plena e inclusiva para todas as idades, com inovações sociais e políticas públicas que possam desenvolver e atender às recomendações prescritas pelos pilares do envelhecimento ativo (OMS, 2002; ILC, 2015). Sendo assim, são necessárias iniciativas que incluam todos os níveis de governo, sociedade civil e setor privado em prol dos desafios sociais advindos da Revolução da Longevidade em curso.

Soluções para o desafio do crescimento da longevidade da população

Nesta seção iremos evidenciar algumas experiências de inovação social pesquisadas no âmbito nacional com o propósito de exemplificar como os Negócios de Impacto Social e as Inovações sócias podem contribuir com estes desafios da Revolução da Longevidade. Procuramos por iniciativas que estivessem atreladas aos princípios da política do envelhecimento ativo da ONU, focando principalmente seus pilares: a aprendizagem ao longo da vida, a saúde, a participação e a segurança/proteção (ILC-Brasil, 2015).

A primeira iniciativa é a empresa social Maturijobs. Ela foi uma das finalistas do programa da Social Good Brasil e ganhou o apoio da Aceleração da Yunus Negócios Sociais.

A Maturijobs é uma plataforma online que ajuda pessoas acima de 50 anos a encontrarem oportunidades de alternativas de trabalho, assim como desenvolvimento pessoal e profissional, visando sempre a geração de renda e ocupação, para que a sociedade tenha um envelhecimento mais digno, melhorando a qualidade de vida e auxiliando também a previdência social e o sistema de saúde pública. É considerada um Negócio de Impacto Social com geração de Inovação Social que traz um valor de transformação para esta demanda por trabalho, participação e desenvolvimento destas pessoas em idade avançada.

Temos também, no Brasil, a iniciativa do movimento Mundo Prateado, que tem por objetivo encontrar soluções para facilitar o dia a dia dos idosos e seus familiares, a fim de assegurar uma vida mais digna e ativa para os que passam dos 60 anos.

O Mundo Prateado oferece várias atividades e serviços voltados para o público da terceira idade, dentre eles: artigos de interesse ao público 60+, guia de produtos e serviços com anúncios gratuitos, compartilhamento de histórias de vida e divulgação de eventos.

Destaca-se também o Instituto de Longevidade Mongeral Aegon. uma instituição sem fins lucrativos que tem a missão de discutir os impactos sociais e econômicos do aumento da expectativa de vida no Brasil. O instituto é uma Inovação Social que possui iniciativas como: auxílio recolocação profissional, assistência informática, cursos de requalificação, projeto de Lei Reta (Regime especial de Trabalho do Aposentado 60+, além da elaboração do Índice IDL), parceria com a FGV/EAESP (índice que mede a condição de 498 cidades brasileiras na sua capacidade de atender às necessidades básicas de vida, destacadamente dos adultos mais idosos). Além das iniciativas mencionadas, o Instituto possui diversas ações direcionadas a pesquisas sobre a longevidade no Brasil.

Por fim, citamos aqui a iniciativa do Faça Memórias, que faz uso da arte para estímulo de memórias de idosos com Alzheimer ou com problemas de esquecimento. Essa iniciativa traz mudanças profundas na existência social do idoso e encontra formas inclusivas de incluir o idoso na sociedade, respeitando suas debilidades e proporcionando aprendizado mesmo nesta fase delicada da vida.

É importante mencionar que os Negócios de Impacto Social não se propõem a resolver este desafio em curso, apenas contribuem propondo soluções inovadoras que atendam às demandas dessa população de forma que as soluções possam ser escaladas a fim de impactar o maior número de pessoas.

Notamos que a discussão sobre o fenômeno do crescimento da longevidade no Brasil e no mundo é ainda muito recente. Portanto, caso a sociedade não esteja preparada para lidar de forma a inserir social e economicamente essa população envelhecida, todos teremos problemas no futuro.

Dessa forma, este breve capítulo não se faz suficiente para uma conclusão sobre o assunto; pelo contrário, apenas cumpre seu objetivo de identificar iniciativas que permitem visibilizar casos de Inovações Sociais e Negócios de Impacto Social

de êxito, com a finalidade de estimular novas reflexões e pesquisas sobre o fenômeno.

Para que o desafio da Revolução da Longevidade em curso seja superado, é preciso iniciativas de diferentes atores da sociedade, como o Estado, os movimentos sociais, as empresas sem fins lucrativos e os Negócios de Impacto Social.

Referências

Ande. (2014) **Mapa do setor de investimento de impacto no Brasil**. (2014). Recuperado em :16 fev.2018 de: <https://assets.aspeninstitute.org/content/uploads/files/content/upload/ImpactInvestingStudy_FINAL_VERSION_PORTUGUES.pdf>.

Ashoka Brasil. (2018). **Conceito empreendedor social**. Recuperado em: 11 jan. 2018. De: <<https://brasil.ashoka.org/conceito-0>>

Banco Mundial. (2016) **Objetivos de desenvolvimento numa era de mudanças demográficas**. Recuperado: 05 jul. 2017. De: <<http://pubdocs.worldbank.org/en/919011444230139793/GMR-Overview-and-Exec-Summary-Portuguese.pdf>>

Banco Mundial. (2017) **Esperança de vida ao nascer**. Recuperado em 18 abr. 2017. De: <<http://datos.banco mundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>>.

Banco Mundial. (2018) **The meaning social entrepreneur**. Recuperado em: 12 jan. 2018. De: <<http://www.fuqua.duke.edu/centers/case/>>

Battilana, J.; Lee, M.; Walker, J.& Dorsey, C. (2012) In search of the hybrid ideal. **Stanford Social Innovation Review**, v.10, n.03, p.51-55.

Bignetti, L. P. (2011) As inovações sociais: uma incursão por ideias, tendências e focos de pesquisa. **Ciências Sociais Unisinos**, v. 47, n. 1, p. 3 - 14.

Bitencourt, C. C. et al. (2016) Introduction to special edition social innovation: researching, defining and theorizing social innovation. **RAM. Revista de Administração Mackenzie**, v.17, n. 6, p. 14-19.

Buckland, H. & Murilo, D. (2013) **Antena de innovación social: vías hacia el cambio sistémico - Ejemplos y variables para la innovación social**. Barcelona: ESADE - Instituto de Innovación Social.

Cabral, A.; Moreira, T.& Santos, S. (2017) **Inovação Social: um estudo bibliométrico do estado da arte em periódicos nacionais da área de administração**. EnAnpad. São Paulo.

Cajaiba-Santana, G. (2014) Social innovation: moving the field forward - a conceptual framework. **Technological Forecasting and Social Change**, v. 82, p. 42-5.

Chang, C. (2012) O cuidado do idoso e o futuro da inovação social. **Stanford Social Innovation Review**.

Cloutier, J. (2003) Qu'est-ce que l'innovation sociale? In: CRISES - Centre de Recherche Sur Les Innovations Sociales. **Cahiers du CRISES**. Québec.

Comini, G. (2016) **Negócios Sociais e Inovação Social: um retrato de experiências brasileiras**. Tese de Livre Docência - Universidade de São Paulo, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, São Paulo.

Correia, S; Oliveira, V, & Gomez, C. (2016) dimensions of social innovation and the roles of organizational actor: the preposition of a framework. **RAM - Revista de Administração da Mackenzie**. Especial Edition. São Paulo.

Crises - Centre de Recherche sur les Innovations Sociales. (2018) **Objetivos do CRISES**. Recuperado em :31 jan.2018.De: <<http://crises.uqam.ca/le-centre/presentation.html>>

De Bruin, A. & Stangl, L. M. (2013) The social innovation continuum: towards addressing definitional ambiguity. In: EMES. **Emes Socent Conference Selected Papers**, Liege.

Dees, J. G. (2001) Enterprising nonprofits. **Harvard Business Review**, v. 76, n. 1.

Diamandis, P. (2016) **Oportunidades exponenciais**. São Paulo: Ed. HSM.

Duan, N. (2017) Convenient care for the elderly. **Stanford Social Innovation Review**, v.15.n.01.

Força Tarefa Finanças Sociais. (2018) **O que são Finanças Sociais**. Recuperado em: 10 fev. 2018. De: <<http://forcatarefafinancassociais.org.br/o-que-sao-financas-sociais/>>.

Freitas, F. C. R.; Almeida, F. D. M, & Guevara, A. J. H (2017). Como a Inovação Social Poderá ser um Fator Crítico de Impacto Para Lidar com a Revolução da Longevidade em Curso. **RISUS. Journal on Innovation and Sustainability**, v. 8, p. 181-199.

Fundação Getúlio Vargas. (2018) **Centro de Inovação Social**. São Paulo. Recuperado em: 16 jan. 2018.De: <<http://cenn.fgv.br/nis>>.

Glanzel, G. & Scheuerle, T. (2015) Social impact investing in Germany: current impediments from investors' and social entrepreneurs' perspectives. **VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Non-profit Organizations**, p. 1-31.

Geobey, S.; Westley, F. R.& Weber, O. (2012) Enabling social innovation through

Developmental social finance. **Journal of Social Entrepreneurship**, v. 3, n. 2, p. 151-165.

Global Impact Investing Network. (2017) **Annual Impact Investor Survey**. Recuperado em: 13 fev. 2018. De <https://thegiin.org/assets/GIIN_AnnualImpactInvestorSurvey_2017_Web_Final.pdf>

Global Impact Investing Network (2018). **Conceito de Investimento de Impacto**. Recuperado em: 02 mar. 2018. De <<https://thegiin.org/impact-investing/>>.

Global Impact Investing Network (2018). **Annual impact investor survey**. (2017) Recuperado em: 03 mar 2018. De: <https://thegiin.org/assets/GIIN_AnnualImpactInvestorSurvey_2017_Web_Final.pdf>

Gil, A. C. (2007) **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas.

Hengber, L., Harling, A. M., & Shoulter, P. (2013) **A practical guide to measuring and managing impact**. Recuperado em 02 mar. 2018. De <http://www.oltreventure.com/wp-content/uploads/2015/05/EVPA_A_Practical_Guide_to_Measuring_and_managing_Impact_final.pdf>

Howaldt, J; Domanski, D. & Kaletka, C. (2016) Social Innovation: Towards a new innovation paradigm. **RAM - Revista de Administração da Mackenzie**. v17, n.06.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2017) **Tábua da Mortalidade**. Recuperado em 14 mar. 2018. De: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html?edicao=18026&t=downloads>>

Instituto Cidadania Empresarial. (2018) **Negócios de Impacto**. Recuperado em: 01 fev. 2018. De <<http://ice.org.br/negocios-de-impacto/>>

Global Impact Investing Network. **Quem somos**. Recuperado em: 27 fev. 2018 de: <<http://ice.org.br/quem-somos>> Acesso em.

Centro Internacional de Longevidade Brasil. (2015) **Envelhecimento Ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade**. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil, 2015. 1ª ed.

Instituto de Ensino e Pesquisa. (2017) **Guia para avaliação de Impacto Socioambiental para utilização em investimentos de impacto**. Recuperado em 07 mar. 2018. De: <<https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2017/03/Avaliacao-Impacto-Socioambiental-Investimentos-Guia.pdf>>.

Kontis, V. (2017) et ali. Future Life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble. **The Lancet Review**, v.389, p.1323.

Martins, J. N. M. et al. (2015) **Inovação Social: um estudo sistemático do estado da arte em periódicos de alto impacto**. 16ª edição do Congresso Latino-Ibero-

americano de Gestão de Tecnologia – ALTEC, 2015. Porto Alegre/RS – 19 a 22 de outubro de 2015.

Michelin, A.G.S. (2017) **O estado da arte sobre o mercado de consumo para terceira idade no Brasil**. 2017. Dissertação de mestrado - Pontifca Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.

Minayo, M. C. de S. (2007) **O desafio do conhecimento**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC.

Moore, M.; Westley, F. R. & Nicholls, A. (2012) The social finance and social innovation nexus 1. **Journal of Social Entrepreneurship**, v. 3, n. 2, p. 115-132.

Mulgan, G.; Tucker, S.& Sanders, B. (2007). **Social Innovation: what it is, why it matters and how it can be accelerated**. London, the Young Foundation. Recuperado em: 18 Jan. 2017.De <www.youngfoundation.org>.

Murray, R.; Caulier-Grice, J.& Mulgan, G. (2010) **The open book of social innovation**. London, NESTA/ The Young Innovation Foundation. Recuperado em: 20 abr. 2017.De: <www.nesta.org.uk/sites/default/files/the_open_book_of_social_innovation>.

Oecd. (1997) **Manual de Oslo**. Terceira Edição.

Organização Mundial da Saúde. (2002) **Active Ageing: A Policy Framework**. Genebra.

Organização Mundial da Saúde. (2015) **Relatório mundial do envelhecimento e saúde**. Recuperado em: 17/03/2018. De: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1>

Ormiston, J. et al. (2015) Overcoming the challenges of impact investing: insights from leading investors. **Journal of Social Entrepreneurship**, v. 6, n. 3, p. 352-378.

Patias T. Z. et al. (2015) **A constituição da inovação social como campo de pesquisa: um resgate teórico e uma agenda para trabalhos futuros**. XXXIX Encontro da Anpad. Belo Horizonte/MG. 2015.

Pipe social. (2017) **Mapa de Impacto**. Recuperado em: 03 dez. 2017.De: <<https://pipe.social/mapa2017>>.

Phils, J. & Deiglmeier, K.& Miller, D. (2008) Rediscovering Social Innovation. **Stanford Social Innovation Review**. v.06. n.04.

Pol, P. & Ville, S. (2009) Social innovation: buzzword or enduring term. **The Journal of Socioeconomics**, v. 38, p.878–885.

Roberts, D. & Woods, C. (2005) Changing the world on a shoestring: the concept of social entrepreneurship. **University of Auckland Business Review**. Recuperado

em: 20 abr. 2017.De:
<www.thebookshelf.auckland.ac.nz/docs/UABusReview/2005_07_i01-05-asd.pdf>.

Rockfeller Philanthropy Advisers. (2016) **Investimento de impacto: uma introdução**. Recuperado em: 03 mar. 2018. De: <http://institutosabin.org.br/site/wp-content/uploads/2016/10/Investimento_de_impacto_WEB_11-10-2016.pdf>.

Sampieri, R. H.; Collado, C. F. & Lucio, P. B. (2013) **Metodologia de pesquisa**. 3ª Ed. São Paulo: McGraw-Hill.

Serviços de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. (2018) **O que são Negócios de Impacto Social**. Recuperado em: 30 jan. 2018. De: <<http://www.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/ufs/sc/sebraeaz/negocios-de-impacto-social,8e1578e27c28c510VgnVCM1000004c00210aRCRD>>

Social Good Brasil. (2017) **Quem somos**. Recuperado em: 11. set. 2017. De: <<http://socialgoodbrasil.org.br/quem-somos>>.

Sousa, I. & Segatto, A. & Silva. (2017) **Investimento de Impacto e Financiamento a Inovação Social**. SEMEAD, São Paulo.

Taylor, J. (1970) Introducing Social Innovation. **The Journal of Applied Behavioural Science**, 6(6):69-77.

Tardif, C. & Harrison, D. (2005) **Complémentarité, convergence e transversalité: La conceptualization de l'innovation social** eau CRISES. IN: CRISES - Centre de Recherche Sur Les Innovation Sociales. *Cahiers du CRISES*. Québec.

Rollin, J. & Vicent, V. (2007) **Acteurs et processus d'innovation sociale au Québec**. Quebec: Université du Québec, 2007.

United Nations. (2011) **State of the world's volunteerism report: universal values for global wellbeing**. United Nations Volunteers.

Yunus Negócios Sociais. (2018). **O Conceito de Negócios Sociais**. Recuperado em :06 jan. 2018. De: <<https://www.yunusnegociossociais.com/o-que-so-negocios-sociais>>.

CAPÍTULO 17 - VIOLÊNCIA, IATROGENIA E SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Maria Elisa Gonzalez Manso

O discurso sobre a violência não compreende apenas a fala, nem é consciente para quem o enuncia; ele também é o não-dito ou o silenciado, um conjunto de enunciados, práticas e falas que garantem a circulação de imagens sobre a própria violência. O discurso sobre a violência é o leito de um grande rio, cujas marcas de ambiguidade estão presentes mesmo no seu estudo. (Rifiotis, 2006, p. 8)

O processo de envelhecimento é um processo multifacetado, uma rede tecida por componentes entremeados e encadeados em diferentes contextos, individuais e coletivos, em um dado momento histórico, e que propiciam diversas e singulares experiências de envelhecer.

Modificações biológicas universais decorrentes do próprio processo de senescência se mesclam com e são influenciadas por (i) subjetividades- vivências, construção da identidade, elaboração normal dos lutos, seguir ou não outorgando sentido à vida, manter projetos, seguir investindo em si, autocuidado, autonomia, dentre outros; (ii) estilo de vida- escolhas individuais, histórica e culturalmente condicionadas, que influem no hábito alimentar, no grau de atividade física, no consumo de álcool, como exemplos e (iii) condicionantes sociais- decorrentes de efeitos cumulativos de fatores de desgaste ou proteção derivados das condições de trabalho, educação, moradia, renda, lazer, família, redes sociais, participação, acesso, dentre outros. A estes podem ser acrescentados os determinantes transversais de gênero e cultura, que afetam e são afetados pelos demais e que provocam múltiplos olhares para o envelhecer, nem sempre positivos. Dentro deste contexto, o idoso pode ficar frente à violência.

Violência contra a pessoa idosa é hoje considerada sério problema mundial, com severas e diversas repercussões sociais e um importante problema de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017) cita que um em cada seis idosos no mundo sofre alguma forma de violência, sendo que estes abusos vêm apresentando tendência crescente. A maioria destas pessoas idosas são vítimas de abusos psicológicos, seguida por violência financeira, negligência, agressões físicas e/ou

sexuais, que ocorrem principalmente no ambiente doméstico ou em instituições, sem que grande parte dos governos dêem a devida atenção a estes fatos.

O Brasil, inserido em uma das regiões consideradas dentre as mais violentas do mundo- a América Latina e Caribe- tem visto, com o passar dos anos, crescer o número de denúncias de abusos contra a pessoa idosa. A violência contra este segmento etário insere-se em um panorama que muito desfavorece o sujeito que envelhece e apresenta um recorte de gênero que não pode ser desconsiderado.

A International Network for Prevention on Elderly Abuse (INPEA, 2010) define violência contra a pessoa idosa como: “[...] uma ação única ou repetida, ou ainda a ausência de uma ação devida, que cause sofrimento ou angústia, e que ocorra em uma relação em que haja expectativa de confiança”.

Estas ações ou omissões podem ocorrer uma ou mais vezes, tendo consequências sociais, psicológicas e físicas importantes, afetando a saúde da pessoa idosa e podendo acarretar lesões graves, internações, dependência física, isolamento social, depressão, síndrome do pânico, estresse pós-traumático, dentre outros. As vítimas de abusos podem sofrer ainda com problemas de saúde a longo prazo, nem sempre diretamente relacionados com estes, tais como dores crônicas, dores de cabeça frequentes, diabetes e asma (Organização das Nações Unidas [ONU], 2015). A violência contra a pessoa idosa afeta sobremaneira sua dignidade, gera perda de confiança e autoestima, agrava ou desencadeia incapacidades e pode levar à morte prematura.

Neste artigo, optou-se por traçar um breve panorama, a título de contextualização, sobre a ocorrência de violência contra a pessoa idosa no mundo, na América Latina e Caribe e no Brasil, seguido pelo foco deste artigo: a violência institucional perpetrada pelos serviços e profissionais de saúde e sua repercussão sobre a saúde da pessoa idosa.

Violência contra a pessoa idosa: contextualização

Violência é um fenômeno universal e complexo, que representa relações sociais definidas pela opressão, intimidação, medo e terror, fazendo com que o outro aja conforme a vontade do agressor. É um ato diretamente relacionado à falsa sensação de poder. A biopolítica contemporânea faz com que seja sentida como um instinto, o que transforma atos eticamente reprováveis em toleráveis, naturalizando assim o comportamento violento (Arendt, 2009, Ruiz, 2014).

O que se conhece sobre a violência praticada contra a pessoa idosa no mundo, indica que abusos físicos, sexuais e psicológicos são muito comuns, prejudicando a saúde e o bem-estar de milhões de idosos. Entretanto, são dados que não refletem a exata dimensão do problema, já que retratam apenas o que é denunciado pela vítima ou notificado por serviços policiais, de assistência social ou de saúde. Como nem todo idoso denuncia ou sofre abuso que o faça procurar um serviço ou assistência, estima-se que se saiba muito pouco sobre o fenômeno.

Publicado em 2014, o documento sobre Prevenção da Violência no Mundo (ONU, 2014) apresenta dados de levantamentos realizados em diversos países, os quais embasaram a elaboração de planos nacionais de combate aos abusos contra a pessoa idosa. Estes dados retratam em grande parte o panorama mundial e demonstram que para o enfrentamento do problema, os países vêm investindo, preferencialmente, em campanhas de apoio ao cuidador e em políticas de atenção aos idosos institucionalizados. As primeiras, auxiliando os cuidadores a lidar com as demandas e o estresse emocionais envolvidos com o provimento de cuidados; as segundas, voltadas para melhorar os padrões de cuidados fornecidos em instituições de longa permanência, clínicas de repouso ou em outros lares para idosos; ambas visando reduzir as chances de violência. Poucos países relatam a implantação de campanhas de informação ao público ou de capacitação de profissionais. Pode-se depreender destas informações que a maioria dos países não empreende ações voltadas para a violência simbólica, estrutural e doméstica, causas importantes de abusos contra a pessoa idosa no mundo.

Quando visualizado o macro cenário para a América Latina-Caribe, nota-se que se trata de região onde a violência afeta principalmente os homens jovens, caracterizada por abrigar três dos países que detêm algumas das maiores taxas de homicídios do mundo (El Salvador, Honduras e Guatemala). A região é território onde as situações de violência continuam elevando-se, principalmente às custas da presença do narcotráfico e da violência política, identificada pelas desapareições forçadas e execuções extra-judiciais. Neste cenário, as diferenças entre os países são importantes, mas, deve-se ressaltar a elevada frequência de violência contra as mulheres na região. O feminicídio atinge níveis altíssimos na América Latina-Caribe, sendo que, em alguns países, chega a representar mais da metade do total de óbitos de mulheres, existindo grande tolerância social para com estes casos, além de impunidade. Sabe-se que os dados relacionados à violência contra a mulher são

apenas a ponta do *iceberg*, pois a maioria destas agressões não são registradas, já que a relação entre vítima e agressor influencia a ocorrência de denúncia às autoridades ou a procura por serviços (Comisión Económica para América Latina y Caribe [CEPAL], 2015, 2017a).

Estudos demonstram que o território geográfico da América Latina-Caribe pode ser caracterizado pelo que se convencionou denominar “violências de sempre”: aquelas que, por ocorrerem há muitos anos, encontram-se tão naturalizadas que nem sequer são reconhecidas como tal. Assim, maus-tratos a crianças, abusos sexuais, feminicídios, violência familiar, negligências, exclusão social e violências institucionais passam a ser toleradas, ignoradas e não identificadas como formas de abusos. O condescender com estas “violências de sempre”, somadas às crescentes desigualdades e exclusão social; às perdas da seguridade social; à perda de confiança dos cidadãos nas instituições e à desarticulação de políticas sociais e econômicas, propiciaram um enfraquecimento progressivo dos vínculos sociais na região, tornando estratos sociais permissivos ao crime organizado, “violência de hoje”, ocorrendo cada vez maior naturalização e normalização dos abusos (Azaola, 2012).

Analisando-se a a violência contra a pessoa idosa na região, observa-se que esta se encontra relacionada à uma atitude cultural de desprezo que vem se intensificando durante os últimos anos. Construídas na cultura, as representações sobre a figura do velho como improdutivo, dependente, infantil, perpassam os países. Estas construções culturais naturalizam a violência contra este segmento etário e são reforçadas pela vigência de um discurso no qual a juventude é um bem por si só, um valor a ser conquistado mediante estilos de vida adequados e responsabilidade individual. Este discurso, além de transformar a idade cronológica em um bem de consumo, desconsidera os diversos envelheceres, encobrendo a intolerância para com os velhos e estimulando a desresponsabilização da sociedade e do Estado. Assim, valorizam-se os denominados “idosos jovens”, enquanto que os “velhos velhos” são cada vez mais estigmatizados, construindo-se novos e mais estereótipos e encobrendo situações de extremas iniquidades sociais que permeiam os países da região (CEPAL, 2017b).

Desde o início do processo de transição demográfica na América Latina-Caribe, se observa tanto um envelhecimento interno na população de idosos,

caracterizado pelo aumento da proporção de idosos acima de 75 anos de idade, quanto o predomínio do sexo feminino (CEPAL, 2017a,2017b).

Ao olhar para a situação das mulheres idosas na região, desde jovens relegadas à papeis de subalternidade e inferioridade, observa-se que estas, em sua grande maioria, estão entre os mais pobres; muitas são analfabetas e tendem a permanecer viúvas, o que em alguns países da Latinoamérica e Caribe significa dependência, isolamento e negligência. Estas idosas apresentam mais doenças incapacitantes, têm mais lesões relacionadas às quedas e maiores índices de demência e de depressão (ONU, 2015, Alves, 2016).

As idosas podem se ver frente a situações de violência quando necessitam de cuidados, mas também quando são cuidadoras ou apenas por estarem em uma relação com um companheiro. A mesma construção cultural que ocasiona a violência contra a mulher jovem, permeia a vida destas mulheres, o que faz com que os casais idosos apenas reproduzam comportamentos que vivenciam a anos. Esta situação é agravada sobretudo quando se analisa o meio rural, onde o isolamento das famílias e tradições- “violências de sempre” - propiciam condições para a ocultação e naturalização dos abusos.

A prevalência da violência contra a pessoa idosa difere nos diversos países que integram a América Latina-Caribe, tanto pela influencia de construções sócio-histórico-culturais, quanto pela presença de fatores denominados de risco. Dentre os últimos, destacam-se o gênero da vítima, a etnia, a longevidade, as relações familiares disfuncionais, a história prévia de violência na família, o grau de dependência do idoso, a evolução de doenças crônico-degenerativas, o histórico psiquiátrico da vítima, a personalidade do idoso, o isolamento social, o estresse do cuidador, a situação econômica da família, a distribuição de heranças, a migração acentuada de jovens e o abuso de álcool e drogas ilícitas. Por sua vez, a dependência química ou a depressão do agressor e sua subordinação financeira à pessoa idosa são fatores frequentemente presentes. Arranjos ligados à moradia, principalmente conectados à superpopulação e à falta de privacidade, mostram-se como predisponentes importantes (Faleiros, 2007, CEPAL, 2016).

Casos de violência contra a pessoa idosa no Brasil podem ser informados diretamente pelas vitimas em serviços de recebimento de denuncias especializados, mas também devem ser notificados por profissionais de saúde, o que significa que o idoso necessitou de um hospital ou ambulatório médico para atendê-lo.

Há ainda um canal ministerial que pode ser utilizado, Disque 100 (Secretaria Especial de Direitos Humanos [SDH], 2016), que recebe denúncias de violações de direitos humanos. As notificações de abusos contra pessoas idosas recebidas por este canal demonstram que as mulheres idosas, seguidas pelos idosos com orientação sexual LGBT, estão entre as maiores vítimas. O abuso mais relatado é a negligência, mas também ocorrem violência psicológica, financeira e agressões físicas. A faixa etária que concentra o maior número de ocorrências encontra-se entre 71 e 80 anos e o filho (a) é identificado como principal agressor em mais da metade destas denúncias. Como o domicílio é o local onde ocorre grande porcentagem destas violações, estas podem ser tratadas como mais uma forma de violência doméstica, tornando o problema uma questão de âmbito familiar, invisível para a sociedade.

Outro aspecto a ser considerado ao se tratar da violência contra a pessoa idosa, relaciona-se às causas de mortalidade entre idosos. Hoje no Brasil, a violência e os acidentes constituem a sexta causa destes óbitos, a maior parte decorrentes de quedas e acidentes de transporte. As quedas acometem principalmente idosas, nos domicílios, e quanto mais avançada é a idade, maior a mortalidade decorrente do evento. Já os acidentes de transporte, com destaque para os atropelamentos, acometem principalmente idosos homens mais jovens (Minayo, Souza & Rocha, 2010).

Como mencionado, ainda há escassez de informações quanto à violência contra a pessoa idosa, principalmente porque há poucas denúncias. Pesquisas demonstram que existe uma tendência dos idosos a não denunciarem seus agressores, principalmente no caso de violência intrafamiliar, pelo temor em sofrer retaliações e constrangimentos, ou, como a denúncia gera punição ao violador, poder levar ao afastamento da única pessoa que pode cuidar deste idoso. Mas também pode ocorrer por desconhecimento, desinformação ou pela própria naturalização da violência (Faleiros, 2007; Faleiros, Loureiro, & Penso, 2010), considerada, como dito, “violência de sempre”.

Violência institucional contra a pessoa idosa

Violência institucional pode ser considerada como aquela praticada por quem deveria proteger o idoso e garantir seus direitos. Ocorre dentro das instituições, sobretudo por causa de suas regras, normas, burocracia, reproduzindo relações

sociais permeadas pela iniquidade. Serviços de saúde são locais onde, por contraditório que possa parecer, este tipo de violência é, com certa frequência, perpetrado.

O Ministério da Saúde brasileiro a define como:

aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla de falta de acesso até a má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude de relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional. (Toledo, 2013, p.7)

Neste conceito incluem-se rispidez, frieza, falta de atenção, discriminação, não respeito à vontade da pessoa, falta de consideração para com o saber popular, filas desnecessárias, violência física. Mas, a violência institucional também é aplicada às situações relacionadas aos diagnósticos imprecisos, prescrições de medicamentos inapropriados ou ineficazes, exames desnecessariamente solicitados, imposições dietéticas inadequadas, não respeito à vontade do idoso, paternalização, dentre outras situações que, frequente e infelizmente, ainda são encontradas.

Tradicionalmente, a violência institucional contra a pessoa idosa, no Brasil, é vista, no setor saúde, como relacionada às instituições de longa permanência e as condições como estas mantêm o idoso institucionalizado. Há inúmeras notícias de maus tratos, negligência, incapacitações, aceleração de dependências, depressão, abandono, isolamento. Estudos demonstram que algumas destas instituições são administradas de forma displicente, por pessoas não qualificadas, e que há escassez de recursos humanos, existindo vários desvios de funções. As leis são parcialmente cumpridas nestes locais e, quanto mais elevado o grau de dependência e perda de autonomia do idoso, maior o abandono. Como já mencionado, trata-se de preocupação mundial e inúmeros países vêm estabelecendo legislações e intensificando fiscalização a estes locais (ONU, 2014, Roquete, Batista & Arantes, 2017).

Entretanto, dentro da violência institucional, uma é praticamente despercebida como tal pela sociedade, apesar de poder comprometer sobremaneira a saúde das pessoas idosas: a iatrogenia causada por um profissional de saúde habilitado.

Iatrogenia pode ser definida como sendo qualquer dano, direto ou indireto, consequente a ações ou omissões de médicos e/ou outros profissionais da saúde, em qualquer tipo de prática diagnóstica ou terapêutica. Todo médico é, em graus variáveis, iatrogênico, de modo que ele deve sempre considerar esse aspecto quando trata uma pessoa (Tavares, 2007, Tesser, 2017).

A iatrogenia é considerada um dos grandes problemas gerontológicos e geriátricos, responsável por vários agravos à saúde dos idosos, podendo estar associada a quedas, déficits cognitivos, depressão, desnutrição, infecções resistentes, imobilidade, déficits de audição e visão, tonturas, morte prematura, dentre outros, daí sua importância.

Tradicionalmente a literatura se refere a vários tipos de iatrogenia, sendo que os mais estudados são: (a) medicamentosa; (b) perpetrada mediante meios diagnósticos ou terapêuticos não medicamentosos, tais como exames e/ou cirurgias desnecessários e (c) relacional: quando há falhas comunicacionais entre a pessoa e o profissional de saúde. Estes tipos são de fundamental importância quando se discute violência institucional e saúde do idoso, pois vários estudos, em diferentes países, demonstram que uma parcela significativa da incapacidades e hospitalizações, em sua grande maioria evitáveis, podem ser induzidas por estes eventos iatrogênicos (Tavares, 2007, Sourdet, 2015).

A iatrogenia medicamentosa é potencialmente danosa à população idosa, pois o próprio processo de envelhecer faz com que este segmento etário apresente peculiaridades biológicas em relação ao uso de fármacos que levam a um incremento do desencadear de reações indesejadas. Estas elevam-se proporcionalmente à idade, sendo que os riscos de efeitos colaterais e interações medicamentosas são igualmente proporcionais ao número de medicamentos consumidos. Nem todo idoso necessita ou utiliza medicação, mas quando há a presença de múltiplas afecções, pode ocorrer o que se denomina polifarmácia, termo usado para descrever a situação em que cinco ou mais medicamentos são prescritos simultaneamente (Manso, Biffi & Corradi, 2015).

Além da necessidade da pessoa idosa utilizar vários medicamentos pela presença de comorbidades, a polifarmácia também se encontra associada a questões socioculturais importantes. A indução do uso de fármacos pela indústria e marketing farmacêuticos, o abuso de promoções e de descontos, a facilidade na

compra, o incentivo pela mídia da automedicação indiscriminada, todos são fatores que estimulam o consumo exagerado de remédios pelos idosos.

Na sociedade atual os medicamentos se transformaram em mercadorias e há o conceito de que para cada afecção corresponde uma ou mais medicações, desconsiderando-se que nenhum remédio é isento de efeitos colaterais e que a associação entre diversos fármacos pode ser mais danosa que benéfica. Há uma tendência a transformar em doenças fatos comuns da vida, em um processo denominado medicalização, que propicia e reforça a associação entre resolução de problemas pessoais com a utilização de medicamentos ou de tratamentos que os solucionariam mágicamente.

As pessoas idosas que procuram os médicos e serviços de saúde, muitas vezes, impulsionam a medicalização, alheios aos prejuízos a que estão expostos. Crenças relacionadas ao papel do médico, do que seja a doença, a não aceitação da presença de nenhum sintoma, a aversão aos riscos, o medo de envelhecer e adoecer, a obsessão pelo corpo perfeito, a mídia, dentre outros, tem gerado o que se denomina demanda “da cura”, onde a saúde passa a ser vista como um bem de consumo e não como um direito. Esta situação favorece mais ainda a medicalização, além de incentivar a profusão de exames diagnósticos e terapias desnecessários e até prejudiciais. Autores salientam que a própria sociedade, em sua procura por soluções rápidas e em sua obsessão pela saúde perfeita, acaba incentivando comportamentos danosos e iatrogênicos por parte dos profissionais de saúde (Tesser, 2017).

A medicalização leva ao que Illich (1975) denominou de “iatrogenia cultural”, produzindo um efeito que leva as pessoas a não conseguirem enfrentar as situações de doença, dor, sofrimento e morte de maneira autônoma.

Polifarmácia, além do impacto econômico para a pessoa idosa e para a sociedade, está associada ao desencadeamento e severidade das denominadas reações adversas a medicamentos (RAM). Estas são definidas como qualquer resposta prejudicial ou indesejável, não intencional, que ocorre com medicamentos em doses normalmente utilizadas no homem. Diferem, portanto, dos efeitos colaterais, os quais são consequências já esperadas com o uso da medicação. A presença de polifarmácia aumenta de três a quatro vezes a incidência destas reações e para cada medicamento utilizado pelo idoso, existe um incremento

de chance de internação por RAM, as quais estão diretamente correlacionadas ao aumento de morbimortalidade nas pessoas idosas (Manso *et al.*, 2015).

Além da polifarmácia, a iatrogenia medicamentosa em idosos relaciona-se com a prescrição por profissional de saúde de medicamentos que são considerados potencialmente inapropriados para o uso pela pessoa idosa. Estes são fármacos (a) cujos riscos de aparecimento de reações adversas ultrapassa seus benefícios terapêuticos; (b) que não possuem evidências científicas suficientes para seu uso; (c) que apresentam alternativas farmacológicas disponíveis mais seguras e (d) cuja utilização pode agravar a doença que o idoso apresenta. Ainda são consideradas prescrições inapropriadas o uso de medicamentos por mais tempo do que o necessário; a recomendação simultânea de medicamentos que interagem entre si e a subutilização de fármacos (Manso *et al.*, 2015) Esta última diretamente relacionada aos mitos de que a pessoa, conforme envelhece, se transforma novamente em criança, daí não necessitar de medicamentos em doses iguais aos do adulto e sim menores; ou que o envelhecer é por si só uma doença, daí todos os sintomas relatados pela pessoa idosa são atribuídos à idade e, portanto, não necessitam de tratamento. A prescrição de pelo menos um medicamento inapropriado, dobra o risco de desencadeamento de reações adversas a medicamentos, daí a preocupação para que esta não ocorra.

A prescrição de medicamentos inapropriados, frequentemente encontrada em condições de polifarmácia, é uma preocupação tanto para os idosos quanto para o sistema de saúde, pois, como citado, aumenta enormemente o número de agravos, incapacidades, desencadeamento de dependência, internações, perda de autonomia e mortalidade neste segmento etário. Pesquisas demonstram que entre usuários idosos do setor público brasileiro, as prescrições inapropriadas variam em torno de 28 a 48% do total de medicamentos receitados, sendo que, quando analisadas prescrições de idosos em regime de internação, chegam até 67% do total de medicamentos prescritos. Em países europeus, esta prevalência varia entre 19 e 32%; já na Índia, chega a 87%, variações que podem ser explicadas pelo perfil clínico e demográfico dos idosos, pelo cenário da assistência farmacêutica em cada localidade e pela metodologia adotada por cada estudo (Manso *et al.*, 2015).

Em pesquisas realizadas na Grande São Paulo, Grande Rio e Grande Niterói, três dos maiores conglomerados urbanos do país, tanto em serviços públicos quanto privados, pode-se observar que pessoas idosas que utilizam planos de saúde estão

entre as mais medicalizadas do país, chegando a fazer uso de 24 medicamentos diversos por dia; sendo encontrados índices de prescrição de pelo menos um fármaco inapropriado que variaram entre 32 a 34% do total de medicamentos utilizados (Manso *et al.*, 2015, Manso, Carvalho & França, 2015, Manso, Oliveira & Biffi, 2016, Borrozino, Osti, Oliveira & Manso, 2017, Prado, Diogo & Manso, 2017a). Aqui surge um recorte de gênero: as mulheres idosas estão entre as que utilizam mais medicamentos e entre as com maiores índices de prescrição inapropriada. Este dado pode ser explicado pelas condições de envelhecimento destas mulheres já citadas e que desfavorecem a saúde destas idosas, bem como às questões relacionadas à medicalização da vida (Manso *et al.*, 2016, Borrozino *et al.*, 2017).

Destaca-se que estas pessoas idosas, em sua maioria, não possuíam um médico de referência, indo a vários profissionais de diversas especialidades ao mesmo tempo, os quais não tinham contato entre si. Este é um fator importante na iatrogenia medicamentosa, pois nota-se que quando a pessoa idosa era atendida sempre pelo mesmo médico, preferencialmente geriatra, a porcentagem de medicações inapropriadas prescritas cai para 6% (Manso *et al.*, 2015, Manso *et al.*, 2016, Borrozino *et al.*, 2017)

Ainda nestas pesquisas, foram encontradas situações que reforçam o conceito de iatrogenia e dos riscos a que estas pessoas idosas estão submetidas. Dentre as drogas prescritas, observou-se um grande número de receitas médicas que prescreviam medicamentos contraindicados para as doenças que acometiam estas pessoas; a utilização de remédios que podem desencadear quedas em idosos que já haviam caído pelo menos uma vez anteriormente e a prescrição de fórmulas para manipulação com associações de diversos medicamentos inapropriados. Todas estas situações constituem-se em cenários nas quais estas medicações não poderiam ter sido prescritas ou sequer associadas e, em todos estes casos, havia fármacos mais baratos comercializados que poderiam substituir com menos efeitos danosos as medicações receitadas.

Os idosos entrevistados citaram comprometimento importante à sua qualidade de vida devido à presença de efeitos colaterais, pois estes fazem com que ou deixem de sair de casa por receio do surgimento destes efeitos ou deixem de tomar os medicamentos devido a essa preocupação. Mas, um fato destacou-se: a dificuldade de entendimento da prescrição médica, tanto pela letra quanto pela falta de explicações. Um elevado número de pessoas idosas referiu não entender a letra

da receita e uma considerável parcela de entrevistados alegaram não saber para que servem os medicamentos que tomam, ou seja, devido à falta de orientação, eles apenas ingerem os fármacos, não tendo o mínimo conhecimento a respeito deles (Prado *et al.*, 2017a, 2017b).

A iatrogenia está relacionada a um fenômeno descrito em estudos psicológicos denominado “ilusão terapêutica” que ocorre quando os médicos acreditam que suas ações ou ferramentas são mais eficazes do que realmente o são. Este fenômeno tem importância por seus resultados, gerando cuidados não necessários e dispendiosos. Este é um ponto importante, relacionado tanto a iatrogenia medicamentosa quanto à causada pela realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários (Casarett, 2016). Esta última vem sendo pouco discutida pela sociedade, em um movimento ainda restrito à própria categoria médica.

Incertezas na melhor conduta a ser tomada frente ao caso clínico que se apresenta ao profissional médico, relacionadas, em grande parte, aos déficits de acesso à educação continuada, somada à pressão das pessoas por realização de exames e por prescrição de medicamentos; marketing da indústria farmacêutica e de equipamentos; relatos enviesados de pesquisas publicadas; falta de compreensão por parte do médico sobre estudos e estatísticas de saúde e risco; além do medo de processos, fomentam a cultura na qual a qualidade do cuidado é apenas baseada na quantidade de procedimentos realizados. O desconhecimento da população idosa dos danos ou da ausência de benefícios relacionados a um procedimento médico e a medicalização influem profundamente neste comportamento. A sobreutilização ou *overuse*, a subutilização ou *underuse* e o *misuse*, ou seja, a utilização inadequada, elevam o custo da saúde, expõe pessoas a iatrogenias e riscos e comprometem a saúde e segurança do idoso (Laguardia, 2016, Tesser 2017).

Nos últimos anos, vêm se observando esforço mundial para reduzir o uso inadequado de medicamentos, tratamentos e exames diagnósticos, onde sociedades médicas os identificam e estabelecem recomendações que desaconselham o uso dessas intervenções ou sugerem que elas sejam consideradas pelos profissionais médicos com mais cuidado e após serem discutidas amplamente com as pessoas (Laguardia, 2016). Estas últimas, estando adequadamente informadas, podem optar por realizar ou não estes procedimentos.

Mas, o que se pode ver em comum em todas estas pesquisas e dados

apresentados até aqui é a falta de comunicação que existe entre a pessoa idosa e o profissional de saúde. Desde a letra inteligível; o não fornecimento de informações sobre efeitos colaterais e sobre o uso da medicação; ao informar sobre a necessidade ou não da realização de testes diagnósticos; ao não perguntar sobre a existencia de efeitos colaterais e como estes influenciam a vida do idoso ou sobre suas preferencias de tratamento, demonstram o quão distanciado está este profissional médico da pessoa que se encontra à sua frente. A este aspecto denomina-se iatrogenia relacional, outra das formas de violência institucional na área da saúde.

Distingue-se ainda, como ponto em comum a todos as pesquisas citadas até aqui, o quanto a especialização auxilia a distanciar o profissional de saúde da realidade da pessoa idosa, de suas necessidades e especificidades. Nota-se que as maiores dificuldades ocorrem pela fragmentação da atenção: quanto mais especialistas a pessoa idosa procura, maiores chances de ocorrer prescrições inadequadas, de realizar procedimentos diagnósticos desnecessários e de ocorrência de falhas relacionais.

Esta fragmentação pode ser atribuída à própria forma como os planos de saúde proporcionam atenção à saúde do idoso no Brasil. A própria agencia reguladora deste setor econômico no país destaca que não há especificidade nos modelos de atenção ao processo de envelhecer por parte destes convênios médicos, empenhados apenas em evitar internações repetidas e reduzir custos, em vez de se preocuparem com a saúde e a qualidade de vida da pessoa idosa (Manso, 2017a). Mas, os mesmos problemas foram detectados no setor público (Prado *et al.*, 2017a, b), o que faz pensar em condições estruturais próprias à cultura médica, estas relacionadas diretamente com o poder relacional, o biopoder.

O currículo tradicional do curso médico distingue-se pela multiplicação de especialidades. Denominado modelo biomédico, nasce associado à racionalidade do século XIX, considerando a doença como uma entidade isolada do sujeito que adoece. A medicina, assumindo uma bipolaridade entre o normal (ausência de doença) e o patológico (doença), deixa de se preocupar com o “sujeito doente” e passa a considerar como seu objeto de estudo preferencial a “doença”, sendo função do médico chegar ao seu diagnostico e tratá-la. Paralelamente a estas mudanças epistemológicas importantes para a configuração da atual medicina ocidental hegemônica, avança o processo de medicalização, já comentado. A

doença passa então a ser tratada em instituições como os hospitais, locais privativos do saber médico e de controle sobre o que se denomina como “paciente” (Foucault, 2001, 2011a).

Ambos os processos, modelo biomédico e medicalização, apesar de propiciar inegáveis avanços tecnológicos, tornaram o ensino médico desfocado das reais necessidades de saúde da população, hospitalocêntrico, tecnicista e fragmentador. Este é um modelo que vem sendo cada dia mais questionado pela sociedade, mas, dentre os mais críticos, destacam-se os próprios médicos quando se vêm na condição de “pacientes” ou tem um familiar em condições de necessidade de atenção (Manso, 2015).

Apesar de criticado, o modelo biomédico ainda é o modelo hegemônico, formador da cultura médica, incorporando-se ao professor, ao futuro médico e às pessoas idosas e familiares. Hoje em dia, a medicina está plenamente associada, enquanto prática, à intensiva medicalização e à crença que o uso massivo de tecnologia é algo que pode suprir a relação médico-sujeito, a escuta ativa, o vínculo e a responsabilização pelo cuidado (Manso, 2015, Tesser, 2017). Citando Boaventura Souza Santos (1987), a medicina atual é indispensável e necessária, porém perigosa e inadequada.

O modelo biomédico, suas vantagens e desvantagens, é hoje discutido em todo o mundo (Frenk *et al.*, 2010), mas, no Brasil, a cada ano mais profissionais médicos entram no mercado de trabalho desejando apenas atender em centros dotados de alta tecnologia. Além disto, os estudantes de medicina, em grande parte, já ingressam ao curso médico com esta visão cultural que prioriza o saber técnico em detrimento do cuidado, visão esta que faz com que determinados conteúdos curriculares sejam considerados menos importantes e até desnecessários para seu preparo enquanto profissionais. Dentre estes conteúdos encontram-se as disciplinas que abordam humanidades, a saúde coletiva e as especialidades que demandam um olhar mais cuidador, como por exemplo a medicina de família e a geriatria (Manso, 2017b).

Estudos demonstram que grande parte dos profissionais de saúde brasileiros, médicos e não médicos, não se encontram preparados para a atenção à saúde da pessoa idosa, sendo que a maioria sequer dispõe de informações sobre o processo de envelhecimento normal e não reconhecem as síndromes geriátricas, o que pode

acarretar perda da capacidade funcional das pessoas idosas (Cunha, Cunha & Barbosa, 2014).

Este panorama, infelizmente, pode explicar o porque dos achados nas pesquisas anteriormente citadas, além de outras realizadas em diferentes países com idosos de diversos estratos socioeconômicos, que demonstram falhas na relação médico-pessoa idosa (Manso & Lopes, 2017). Muitas das questões aqui postas seriam evitadas por meio de um diálogo eficaz no qual o profissional se disponha a responder a todos os questionamentos, acolhendo o idoso e buscando compreender os aspectos culturais, sociais, psicológicos, biológicos e econômicos deste sujeito que está à sua frente.

Pesquisas demonstram que os profissionais de saúde tendem a utilizar o denominado “jargão técnico” na grande maioria dos encontros clínicos, mesmo sem perceber. Algumas das informações que são transmitidas ou a forma como o são, podem, inclusive e inadvertidamente, se tornar uma fonte de sofrimento aumentado, um efeito que ilustra o potencial iatrogênico da informação (Manso & Lopes, 2017).

Os profissionais de saúde, de maneira geral, pensam estar ouvindo atentamente o que o doente diz, mas esta é uma relação entremeada pelo poder. O poder médico é um poder disciplinar, portanto não é exercido mediante violência ou coesão, mas sim mediante dois mecanismos: o primeiro examina, mede e compara os indivíduos com uma norma, traçando divisões e o segundo persuade as pessoas de que certas formas de pensar e agir são adequadas. O poder se exerce na relação “médico-paciente”, sendo, portanto, relacional. Este poder médico é importante na constituição dos corpos e subjetividades, fornecendo importantes sistemas de conhecimento ao disciplinar e prover diretrizes sobre como as pessoas devem entender, regular e experimentar seus corpos (Foucault, 1987, 1989). A perspectiva médica é incorporada assim no discurso de cada um, portanto, se o médico diz que “... o corpo contém humores, então contém humores; se contém órgãos, então contém órgãos.” (Lupton, 1997, p. 99)

O poder disciplinar médico passa então a mascarar conflitos sociais, os quais são reduzidos à doença - medicalização- e a normalizar os corpos mediante práticas sanitárias (Foucault, 2011b). Este movimento não é perceptível sequer aos próprios médicos, por sua vez também imersos na cultura e nas relações sociais. Assim, as relações de poder, os pressupostos, as opiniões sobre o que as pessoas devam ou não fazer, os estereótipos e mitos sobre a velhice, os levam a encarar determinadas

dúvidas ou ansiedades como um confronto ou como ignorância. Por outro lado, o próprio idoso, também imerso nestas relações de biopoder, pode envergonhar-se ou acanhar-se de perguntar sobre algo que o profissional coloca como sendo óbvio, mas que para ele, idoso, não o é. Desvalorizar o saber da pessoa idosa e não o considerar, ser ríspido, não informar adequadamente, fornecer prescrições displicentes ou inadequadas, solicitar exames ou indicar procedimentos desnecessários, passam a ser uma forma de defesa e de reprodução do poder e, como dito, forma de violência institucional perpetrada contra o idoso.

Considerações finais

A pessoa idosa pode ficar frente à violência em vários momentos e de variadas maneiras. Estas situações, quando naturalizadas, podem não ser, inclusive, reconhecidas como tais.

O adoecer é um processo inscrito na cultura, experimentado e vivido singularmente. Todo encontro clínico é uma troca onde os profissionais de saúde deveriam estar atentos, identificando a experiência da doença do sujeito idoso, acolhendo-o e respeitando-o, entendendo seu ponto de vista e construindo um vínculo terapêutico mais fortalecido e efetivo, resgatando assim a dimensão ética da atenção à saúde e o próprio cuidado. Entretanto, o que se observa usualmente neste encontro é um enfrentamento advindo das diferentes relações de poder, situação que não propicia o diálogo.

O profissional de saúde pensa estar ouvindo atentamente o que o doente diz, mas as relações de biopoder não propiciam esta escuta. Há pressupostos, opiniões sobre o que as pessoas devam ou não fazer, que fazem com que os profissionais de saúde se tornem rudes quando contrariados, ou que usem da rispidez como um mecanismo de defesa. (Manso, 2015, p. 210)

O sistema de saúde, enquanto rede micropolítica é reprodutor. O médico, ao falar de seu lugar de saber, transfere o cuidado para outro lugar, para um contexto organizacional e tecnológico, e passa a depender cada vez mais deste. Neste contexto, a ilusão terapêutica pode levar à iatrogenia, tipo de violência institucional que ocorre despercebidamente por grande parte das pessoas.

Conhecer as necessidades e especificidades das pessoas idosas, considerar os múltiplos envelheceres, pode amenizar o panorama aqui apresentado. Incluir

desde cedo o estudo do envelhecimento, garantir que os direitos dos idosos sejam cumpridos e incentivar o convívio intergeracional, podem propiciar que determinados abusos ocorram com menor frequência. Mas a promoção e manutenção da saúde da pessoa idosa e o envelhecimento ativo ainda perpassam por questões macroestruturais que perpetuam iniquidades geradoras de violência contra este segmento etário, principalmente quando pensamos nas mulheres idosas, hoje maioria entre os idosos no mundo.

Referências

Alves, J.E.D. (2016). Desafios da Equidade de Gênero no Século XXI. **Estudos Feministas**, v.24, n.2, p.292.

Arendt, H. (2009). **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Azaola, E. (2012). La violencia de hoy, las violencias de siempre. **Desacatos**, v.40, p.13-32

Borrozino, N.F., Osti, A.V., Oliveira, H.B.& Manso, M.E.G. (2017, abril). Estudo da presença de Polifarmácia em um Grupo de Idosos vinculados a um plano de saúde. **Proceedings of 10º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia**, São Paulo, Brasil

Casarett, D. (2016). The Science of Choosing Wisely — Overcoming the Therapeutic Illusion. **New England Journal Medicine**, v.374, p.1203-1205

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2015). **¡Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe**. Recuperado em 15 outubro, 2016, de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/2870-ni-mas-derecho-vivir-vida-libre-violencia-america-latina-caribe>.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2016). **Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos**. Recuperado em 15 outubro, 2016, de <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40197/1/S1600435es.pdf>.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2017a). **Panorama Social de América Latina**. Recuperado em 15 janeiro, 2017, de <https://www.cepal.org/pt-br/publicacoes/tipo/panorama-social-america-latina-caribe>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2017b). **Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía**. CEPAL: Santiago, Chile.

Cunha, A.C.N.P., CUNHA, N.N.P. & BARBOSA, M.T. (2014). Geriatric Teaching in Brazilian Medical Schools in 2013 and Considerations Regarding Adjustment to

Demographic and Epidemiological Transition. **Revista Associação Médica Brasileira**, v.62, n.2, p.179-183

Faleiros, V. P. (2007). Direitos da pessoa idosa: sociedade, política e legislação. **Serviço Social & Sociedade**, v.20, p.35-61

Faleiros, V. P., Loureiro, A. M. & Penso, M. A. (2010). **O Conluio do Silêncio: a violência intrafamiliar contra a pessoa idosa**. São Paulo: Roca

Foucault, M. (1987). **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes.

Foucault, M. (1989). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal

Foucault, M. (2001). **A História da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (2011a). A incorporação do hospital na tecnologia moderna. In M.B. Motta (Org.) **Ditos e escritos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária

Foucault, M. (2011b). As grandes funções da medicina em nossa sociedade. In M.B. Motta (Org.) **Ditos e escritos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z.G.A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y. *et al.* (2010). Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World. **Lancet**, v.376, p.1923-1958

Illich, I. (1975). **A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira

International Network for the Prevention of Elder Abuse [INPEA]. (2010) Vancouver: INPEA. Recuperado 20 setembro, 2010, de <http://www.inpea.net/home.html>

Laguardia, J. (2016). Qualidade do cuidado em saúde e a iniciativa “Choosing Wisely”. **Revista Eletrônica Comunicação Informação Inovação Saúde**, v.10, n.1, p.1-6.

Lupton, D. (1997). Foucault and the medicalisation critique. In A. Pertensen & R. Bunton. **Foucault Health and Medicine**. Nova York: Routledge.

Manso, M.E.G. (2015). **Saúde e doença: do controle sobre os corpos à perspectiva do adoecido**. São Paulo: Max Limonad

Manso, M.E.G. (2017a). Envelhecimento, saúde do idoso e o setor de planos de saúde no Brasil. **Revista Kairós - Gerontologia**, v.20, n.4, p.135-151

Manso, M.E.G. (2017b). Construção Ativa do Conhecimento: Experiência em um Centro Universitário de São Paulo, SP. **Revista Graduação USP**, v.2, n.3, p.151

Manso, M.E.G & Lopes, R.G.C. (2017). Idosos vivenciando o diabetes nas redes sociais. **Revista Portal de Divulgação**, v.53, p. 63-68

Manso, M.E.G, Carvalho, J.R. & França, T. (2015, setembro). Tratamento Medicamentoso de Idosos participantes de um programa de gerenciamento de doenças crônicas. **Proceedings of GeriatrRio**, Rio de Janeiro, Brasil.

Manso, M.E.G., Biffi, E.C.A. & Corradi, T.J. (2015). Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.18, n.1, p.151-164

Manso, M.E.G., Oliveira, H.S.B. & Biffi, E.C.A. (2016, Junho). Gênero e polifarmácia: impacto em um grupo de idosos vinculados a um plano de saúde. **Proceedings of XX Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia**, Fortaleza, Brasil, p.1233

Minayo, M.C.S., Souza, E.R., Rocha, P.D. (2010). Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p.2719-2728

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2017). **Estudo revela que um em cada seis idosos sofre alguma forma de abuso no mundo**. Recuperado em 18 junho, 2017, de <https://nacoesunidas.org/estudo-revela-que-um-em-cada-seis-idosos-sofre-alguma-forma-de-abuso-no-mundo/>.

Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2014). **Global Status Report on Violence Prevention. Genebra: Organização das Nações Unidas**. Recuperado em 03 setembro, 2015, de <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/Reports/UNDP-GVAviolence-2014.pdf>

Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2015). **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Genebra: Organização das Nações Unidas. Recuperado em dezembro, 2016 de <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMSENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>

Prado, C., Diogo, L.B.& Manso, M.E.G. (2017a, abril). Adesão ao tratamento medicamentoso de idosos em ambulatório escola na cidade de São Paulo. **Proceedings of 10º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia**, São Paulo, Brasil

Prado, C., Diogo, L.B.& Manso, M.E.G. (2017b, abril). Interação médica com o paciente idoso: o perigo da automedicação e da falha de comunicação. **Proceedings of 10º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia**, São Paulo, Brasil

Rifiotis, T. (2006). **Nos campos da violência: diferença e positividade**. Recuperado em 15 outubro, 2016 de <http://www.cfh.ufsc.br/~levis/visrj.htm>

Roquete, F.F., Batista, C.C.R.F.& Arantes, R.C. (2017). Demandas assistenciais e gerenciais das instituições de longa permanência para idosos: uma revisão integrativa (2004-2014). **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.20, n.2, p.288-301

Ruiz, C.M.M.B. (2014). Poder, violência e biopolítica: Diálogos (in)devidos entre H. Arendt e M. Foucault. **Veritas**, v.59, n.1, p.10-37

Santos, B. S. (1987). **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez Editora

Secretaria Especial de Direitos Humanos. (2016). **Balanço das denúncias de violações de Direitos Humanos**. Recuperado em 23 julho, 2016, de <http://www.sdh.gov.br/noticias/2016/janeiro/ApresentaoDisque100.pdf>.

Sourdet, S., Lafont, C., Rolland, Y., Nourhashemi, F., Andrieu, S., Vellas, B.(2015). Preventable Iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization. **Journal American Medicine**,v.16, n.8, p.674-81.

Tavares, F.M. (2007). Reflexões acerca da Iatrogenia e Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31, n.2, p. 180 – 185

Tesser, C.D. (2017). Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? **Revista de Saúde Pública**, v.51, p.116

Toledo, L.M. (Org.). (2013). **Violência: orientações para profissionais da atenção básica de saúde**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ

CAPÍTULO 18 – ESTILO DE VIDA AO ENVELHECER

Vera Barros de Oliveira
Rosely Aparecida Prandi Perrone

Observa-se atualmente um amplo movimento de estudos, pesquisas e divulgação de matérias relativas à busca de um envelhecer mais sadio e feliz, frente ao rápido e progressivo aumento do número de anos vividos pelas gerações contemporâneas. Nesse sentido, grandes organizações internacionais e nacionais têm se mobilizado para fornecer informações e condições satisfatórias que possibilitem um envelhecer mais saudável, integrado à sociedade. Ao mesmo tempo, verifica-se uma crescente preocupação de entidades governamentais e sociais na procura de melhor acolhida, integração e atendimento aos idosos, respeitando-os em seus direitos como indivíduos e como cidadãos.

Neste texto, inicialmente apontam-se alguns organismos de abrangência nacional e internacional voltados à saúde dessa população que têm divulgado estudos e trabalhos sociais. A seguir, abordam-se aspectos relevantes da dinâmica mental em sua íntima relação corpo-mente, assim como a importância da atividade lúdica, da criatividade e do contato social para os idosos. Ao final, enfoca-se a grande contribuição da memória de longo prazo ainda atuante na idade avançada, que possibilita aos idosos trazerem à tona momentos e situações prazerosas vividas e falarem sobre elas, podendo assim, sentirem-se mais ouvidos e participativos, inclusive em suas famílias.

O que dizem as organizações voltadas à saúde sobre o envelhecer?

Entre as organizações de caráter nacional voltadas à saúde, a Associação Americana de Psicologia (APA), a maior organização científica e profissional do ramo da psicologia nos Estados Unidos da América, possui um departamento específico para o tema do envelhecer (*APA Office on Aging*), que vem a ser um centro coordenador e fonte de informações sobre pesquisas, intervenções psicológicas e discussões sobre o envelhecer de pessoas e suas famílias. Busca esclarecer como a saúde física e a mental se afetam mutuamente com o passar dos anos. Exemplifica expondo como uma leve depressão pode baixar o sistema imunológico e diminuir as defesas da pessoa contra infecções e até mesmo contra o

câncer. Relata, com base em estudos, que, em 50-70% de visitas médicas de cuidados primários, são encontradas queixas psicológicas associadas à ansiedade, depressão e estresse (APA, 2018).

Dentre os muitos possíveis fatores estressantes na vida dos idosos, refere-se às várias mudanças que podem ocorrer em sua vida profissional e/ou pessoal, inclusive em sua moradia, assim como, à dor pela perda de parentes queridos e seus lutos, além do risco de pobreza, de limitações funcionais, mudanças cognitivas e dores crônicas. Avalia como todos esses fatores exaustantes afetam não só a saúde, mas a independência dos idosos, interferindo em seu estilo de vida.

Ao considerar o envelhecer no curso da vida, Angel e Settersten (2012) sugerem que sua visualização seja feita em múltiplas dimensões, como a física, a cognitiva e a psicológica, assim como em suas diversas inserções sociais, ou seja, na família, no trabalho, na educação, no lazer, entre outras. Essa ótica expande, flexibiliza e dinamiza incrivelmente sua concepção assim como inter-relaciona suas diversas facetas de forma plástica e orgânica. Lembram-nos de que o envelhecer pode ser visto tanto em relação a seu declínio de possibilidades, quanto em sentido inverso, isto é, a seu crescimento, com possíveis novas conquistas, uma vez que as experiências vividas em idade avançada são de certa forma moldadas por vivências anteriores. Nesse sentido, a compreensão do envelhecimento deve levar em conta processos e mecanismos vividos ao longo do tempo, visto que a idade avançada envolve experiências anteriores, tanto na forma como elas foram construídas em interações sociais, como em sua especificidade.

Para Fratiglioni, Paillard-Borg & Winblad (2004), o estilo de vida ativo e integrado socialmente, assim como as atividades de lazer, possuem efeitos positivos para a saúde ao envelhecer, contribuindo de forma significativa para a manutenção dos processos cognitivos e proteção, até mesmo contra a demência senil.

Saúde e qualidade de vida

O conceito de saúde, redefinido pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1947, como um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, foi conceituado pela Organização Mundial da Saúde (*World Health Organization*, WHO), em 1994, como a busca de uma qualidade de vida (Figueiredo, 2007).

O estilo de vida tem sido considerado como indicador de saúde na velhice, pela WHO (2018), acima citada, que publica vários estudos comprovando uma

estreita relação entre a manutenção de comportamentos favoráveis à qualidade de vida e o envelhecimento. Este conceito ampliado de saúde, designado como 'Envelhecimento Ativo' (*Active Ageing*), define o processo de otimizar oportunidades para a saúde, sendo o bem-estar biopsicossocial uma de suas principais vertentes, assim como para uma participação ativa e em segurança, de modo a aumentar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. A aposentadoria, comumente associada ao processo de envelhecimento, ao desligar o indivíduo de seu ambiente de trabalho, exige dele uma grande adaptação a um novo estilo de vida em relação a compromissos e, principalmente, à falta de um contato social regular. Por outro lado, o reengajamento funcional do aposentado não se dá de forma fácil, sobretudo por imagens preconceituosas a seu respeito. Verifica-se também, por vezes, a dificuldade dos idosos em conviver com novos costumes e padrões operacionais do ambiente de trabalho. Além disso, poucos têm sido os estímulos sociais e culturais à sua reintegração, fato esse estimulado ou mesmo valorizado igualmente por conta de julgamentos estereotipados do indivíduo envelhecido.

Essa conjunção de fatores, que associa a desvalorização da capacidade do idoso à dificuldade para abrir-se ao novo e permitir novas aprendizagens, pode, paulatinamente, fazer com que o indivíduo deixe de se sentir parte ativa e viva no seu meio social. Isso gera graves repercussões para sua saúde física e mental, o que vem sendo alvo de interesse e preocupação. O planejamento estratégico desenvolvido no documento da WHO (2018), acima referido, prioriza os direitos e já não tanto as necessidades do indivíduo idoso. Em outras palavras, o objetivo não é agir de forma paternal em relação à pessoa idosa, mas sim, estimulá-la a uma maior participação conjunta tanto no plano de políticas públicas quanto na vida social e comunitária. Os seus direitos passam a ser destaque, principalmente nos aspectos da igualdade de oportunidades e do tratamento de saúde, à medida que envelhece.

Da mesma forma, segundo o documento referenciado da WHO (2018), doenças crônicas são causas significativas e custosas de incapacidade e de reduzida qualidade de vida, tanto para os países desenvolvidos como para os países em desenvolvimento. Entretanto, enfatiza que o envelhecimento patológico tem a ver com o fato de que o declínio na capacidade funcional pode ser prematuramente estimulado ou acelerado, ou mesmo reversível, em qualquer idade, por meio de medidas individuais e políticas públicas.

Dentre os fatores precipitantes de incapacidade funcional, a WHO (2018), supracitada, destaca ainda nesse documento, a área cognitiva. Ressalta a importância da autonomia, a manutenção do idoso de sua capacidade e habilidade em manter o controle de suas atividades diárias, de poder decidir sobre assuntos que lhe dizem respeito, de desempenhar atividades relacionadas ao seu dia a dia e de se manter capaz de ter uma vida independente em sua comunidade, sem ou com pequeno auxílio de outras pessoas. Salienta que o estilo de vida e o bem-estar subjetivo são produtos da conscientização do indivíduo de suas necessidades, desejos, limitações, potencialidades e, essencialmente, do grau de abertura individual à aceitação e incorporação de novas experiências, enquanto aspectos passíveis de oscilações temporais necessitam de eventuais adaptações ou ajustamentos. Portanto, evidencia a importância do estilo de vida como fator de preservação da saúde e qualidade de vida ao envelhecer e distingue como fatores decisivos para tal a capacidade funcional e os processos cognitivos do idoso.

Dados de pesquisa recente apontam para uma ótica preventiva dos problemas do envelhecer, com ações desde a juventude, para que o trabalho possibilite maior afastamento da inatividade ao garantir um espaço de sociabilização, pertencimento, organização da vida, manutenção da identidade e menor ligação ao espaço doméstico. Da mesma forma, assinalam ainda a relevância do indivíduo se manter ativo com o passar dos anos, considerando-se que o processo de aposentadoria é permeado de angústia e de dúvidas (Sá & Wanderbrooke, 2016).

O que dizem as neurociências quanto à saúde no ciclo vital?

A progressiva aproximação da psicologia às neurociências tem justamente possibilitado sublinhar o papel das abordagens neurocognitivas em questões relativas à saúde ao longo da vida. A forma como as informações são processadas cognitivamente depende muito do estado de humor de quem as recebe. Pessoas com depressão apresentam queixas constantes de diminuição de memória, concentração e capacidade de aprendizado, entre outras (Ramos, 2003).

Da mesma forma, segundo Ramos (2003), a ansiedade, associada a ruminações e preocupações constantes, pode gerar prejuízos à capacidade de processar informações, inclusive às relativas à percepção do espaço, gerando risco à locomoção e equilíbrio do indivíduo. Sintomas não devidos a problemas

anatômicos ou fisiológicos do sistema nervoso podem ocorrer sob estresse, tais como distúrbios da fala, visão e audição, além de paralisias e parestesias sem patologias neurológicas de base.

Nesse sentido, a crescente integração interdisciplinar tem possibilitado a melhor compreensão de manifestações diversas de sofrimento psíquico e buscado contribuir para mudanças de atitude e empenho pessoal na busca da melhoria da qualidade de vida ao envelhecer (Kandel et al., 2012; Neri, 1995).

Procurar entender o que ocorre no cérebro de uma pessoa, no momento em que está planejando executar uma ação ou resolver um problema, ajuda-nos a ampliar conhecimentos sobre a natureza dos processos mentais em ação. Como exemplo, Antunha e Oliveira (2004) discutem a análise neuropsicológica da tarefa de resolução de quebra-cabeças do computador. Lembram que o uso de quebra-cabeças é muito antigo e representa um fator de grande atração, talvez por corresponder à essencial condição do cérebro humano de organizar o caos, criar *gestalten*, colocar ordem na natureza, unir partes separadas, enfrentar desafios, tolerar frustrações, superar-se racionalmente atendendo ao impulso epistemofílico, *leit-motif* dessa atividade.

Não por acaso, segundo Antunha e Oliveira (2004), o termo "quebra-cabeça" traz uma alusão metafórica a que é a cabeça, o cérebro, que deve ser "quebrado", desmontado, para que possa ser articulado de forma a chegar à resolução. Como tarefa complexa, representa um trabalho de alta integração das funções nervosas superiores o que é demonstrado inclusive na sua utilização em provas de avaliação do quociente intelectual. Determina um nível ótimo de atenção e vigília, condição fundamental para que o estado de alerta, a ausência de distração ou sono concorra para a melhor execução da tarefa. Ainda no nível subcortical, o sistema límbico, local onde as emoções são processadas, tem uma participação ativa, uma vez que, durante sua execução, a pessoa pode apresentar reações de raiva, medo, tristeza, ansiedade, angústia, o que permite identificar situações e propiciar que sejam também experimentadas e desenvolvidas reações emocionais mais satisfatórias frente ao insucesso, encarando-o não apenas como erro, mas do mesmo modo como uma experiência válida.

Daí sua relevância para seu uso por pessoas de todas as gerações e, fundamentalmente por idosos, uma vez que possui ainda a facilidade de o quebra-

cabeça poder ser montado individualmente, sem necessitar da presença de uma companhia.

Segundo Simon (2000), frente a um problema, antes de mais nada, construímos para nós mesmos uma representação mental do mesmo, o que nos possibilita traçar uma trajetória, um meio, de pensar sobre ele e de resolvê-lo. Com esta construção mental, libertamo-nos da dependência de percebê-lo o tempo todo através de nossos sentidos e podemos focar as partes do trajeto, sem perder a noção do todo que queremos atingir, já que esse está representado internamente. A cada passo, nós nos situamos, identificamos para onde queremos ir, ou seja, nosso próximo passo, e nos questionamos sobre o que podemos fazer para chegar lá, selecionando a que nos parece ser a melhor opção, entre as diversas possibilidades vislumbradas. Dessa forma, elegemos uma estratégia de ação que nos fará atingir o objetivo proposto. Muitas vezes, temos que cursar caminhos alternativos, retirar obstáculos do caminho, atingir o objetivo por partes. Todos esses passos intermediários, parecem mais simples, se tivermos bem claro o fim que almejamos. Nesse curso de utilização de meios significativos para atingir um fim, o cérebro vai desenvolvendo uma metodologia de ação que se baseia na análise crítica do que vamos fazendo.

Como já apontava Sternberg (1988), a questão não é se a pessoa irá ou não encontrar obstáculos, mas antes, como irá lidar com os mesmos e o grau de determinação em não se deixar abater diante das adversidades que possivelmente terá que enfrentar para alcançar as suas metas.

Sternberg e Lubart (1995) ressaltam que esses traços, embora sejam predisposições relativamente estáveis, podem sofrer mudanças ao longo do tempo, sendo ainda influenciados pelas condições pessoais e ambientais. A autoconfiança, por exemplo, dificilmente será apresentada por aqueles que tiveram experiências persistentes de fracasso. Por outro lado, vários indivíduos são desestimulados pelos agentes socializadores que, muitas vezes, não alimentam a autoestima, a perseverança diante de obstáculos, a coragem para expressar ideias divergentes, não oferecendo oportunidades para seu fortalecimento.

Tais considerações são relevantes se pensarmos nos idosos, que frequentemente não encontram espaço e acolhida social para se afirmarem psicologicamente.

Qual a importância da criatividade ao longo da vida?

A produção criativa deriva da conjunção de fatores que interagem de forma complexa, relativos à própria pessoa e a variáveis sociais, culturais e históricas presentes e atuantes em sua trajetória de vida (Neri, 2001). A partir dessa abordagem, a criatividade é influenciada diretamente pela história de vida, que pode contribuir de forma positiva ou não para a sua expressão, embora dependa também de traços de personalidade, tais como a predisposição a correr riscos, confiança em si mesmo, tolerância à ambiguidade, coragem para expressar novas ideias, perseverança diante de obstáculos, além de um certo grau de autoestima, ainda que não estejam correlacionados (Nakano & Wechsler, 2007; Alencar & Fleith, 2003; Souza, 2003).

Um ambiente pode facilitar ou não a expressão criativa, uma vez que depende da maneira como interage com variáveis pessoais e situacionais de uma forma complexa. Para Lubart (2007), o contexto ambiental afeta a produção criativa de maneiras distintas, segundo o grau em que favorece a geração de pensamentos originais e a forma e extensão em que alimenta e dá suporte ao desenvolvimento de ideias criativas.

Estudo aponta para a necessidade de se ocupar e de interagir socialmente como fundamental para a qualidade de vida do idoso. Mostra que trabalhos manuais fortaleceram a autoimagem, por meio de sua confecção, assim como pela socialização do trabalho em grupo, minimizando eventuais impactos decorrentes do envelhecimento, e até mesmo permitindo surgir habilidades artísticas e seu aprimoramento (Guedes, Guedes, & Almeida, 2011).

Pesquisa que teve como objetivo investigar as habilidades sociais, o apoio social, a qualidade de vida e a depressão de idosos de contextos familiares e de asilo, verificou junto aos idosos asilados níveis significativamente mais baixos de habilidades sociais, apoio social e qualidade de vida, assim como níveis mais elevados de depressão. Tais resultados sugerem ser as habilidades sociais um componente importante para a qualidade de vida e a saúde ao envelhecer, assim como constituir um fator de vulnerabilidade para a baixa qualidade de vida e para a depressão. O estudo alerta para a necessidade de novas investigações sobre o tema (Carneiro et al., 2007).

Será que os idosos ainda brincam ou se lembram do que brincaram?

Caillois (1992) parece acreditar que sim. Esse grande teórico, autor de estudos clássicos sobre o tema, considera o Brincar como uma atividade livre, que transcorre fora de nossa rotina diária, nos absorve profundamente e faz parte viva e inerente de nós mesmos, de nossa história. O fato de que se possa reconhecer nos jogos elementos antigos e importantes do convívio social, nos mostra a extraordinária conveniência e as grandes possibilidades de intercâmbio entre esses dois domínios. Tanto nos jogos como na sociedade, podemos observar alguns traços ou motivações comuns, como enuncia, dentre outros:

...le besoin de s'affirmer, l'ambition de se montrer le meilleur; le gout du défi, du record, ou simplement de la difficulté vaincue; l'attente, la poursuite de la faveur du destin; le plesir du secret, de la feinte, du déguisement; celui d'avoir peur ou de faire peur; la recherche de la répétition, de la symétrie ou au contraire, la joie d'improviser, d'inventer, de varier à l'infini les solutions; celle d'élucider un mystère, un énigme; les satisfactions procurées par tout art combinatoire...¹⁷
(Caillois, 1992, p. 138).

Vê-se, portanto, como o jogo mexe profundamente conosco, abrindo um campo livre e repleto de possibilidades, no qual temos a oportunidade da escolha, da invenção, terreno em que a razão e a emoção se chocam ou se complementam, mas sempre, se fazem ouvir e sentir. Tais considerações se fazem relevantes para o dia a dia dos idosos, muitas vezes engessado em rotinas e práticas dirigidas, ditas de recreação, nas quais não têm voz ativa.

Nesse sentido, Caillois (1992) ainda nos lembra de que jogar não é um exercício, uma prova ou demonstração e que as faculdades físicas e mentais que ele venha a favorecer são consequência e não seu objetivo, uma vez que o jogo é essencialmente livre, intenso, prazeroso e inventivo.

Em trabalho que resgatou a história de vida de uma família por seis gerações, Oliveira (2014) colheu testemunhos de como os jogos e brincadeiras permaneceram vivos na memória dos idosos. As recordações de situações vividas

¹⁷ Tradução livre: o desejo de se afirmar, a ambição de se mostrar como sendo o melhor, o gosto pelo desafio, por atingir o máximo ou de simplesmente vencer uma dificuldade; a espera, a busca do favorecimento do destino; o prazer do sigilo, do disfarce, da simulação; o de sentir medo ou de causar medo; a busca da repetição, da simetria ou, ao contrário, o prazer em improvisar, em inventar soluções infinitamente variáveis; o de elucidar um mistério, um enigma; ou ainda, o das satisfações buscadas por toda forma de combinatória.

na infância e na juventude com muito envolvimento, uma vez despertadas pela memória e narradas, adquirem igualmente vida e colorido. Assim, além de jogos em família serem contados com detalhes, também os nomes das muitas pessoas envolvidas são lembrados, as situações e os ambientes são relatados com minúcia, inclusive os jardins, suas árvores e flores, e os quintais. Da mesma forma, os animais domésticos são lembrados com muito carinho. O contar sua história parece dar uma grande satisfação. Afinal, o idoso está encontrando alguém que o escute com atenção e prazer de algo que só ele sabe. Essa pesquisa evidenciou a grande versatilidade dos idosos como contadores de história. Os avós que brincam e contam histórias a seus netos abrem profundos canais de comunicação irrigados pelo afeto e introduzem a criança a uma leitura histórica e cultural cheia de vida, ao contar sobre lugares e costumes de outros tempos. A narrativa do vivido, sendo uma forma de discurso elaborado mentalmente com a contribuição da memória, permite ao idoso reconstruir, a seu modo e em seu ritmo, o sentido histórico de si mesmo, assim como resgatar e fortalecer suas relações sociais. O Brincar, como o lembrar, é sobretudo um refazer vezes sem conta, sendo que esse, por seu ritmo cadenciado e por exigir presença física e mental conjugadas, traz o idoso ao aqui e agora com vida e alegria.

Segundo Pimenta, Capuano e Nespoulous (1999), os idosos articulam os fatos vividos de forma subjetiva, sugerindo que, devido à uma redução da memória de trabalho, utilizam-se mais das estratégias que recorrem às informações armazenadas na memória episódica, deixando transparecer suas representações mentais. Quanto às vivas lembranças dos animais, atestam a grande ligação afetiva com eles, que se preservou através dos anos. Para Heiden e Santos (2009) a maioria dos idosos considera o animal de estimação um membro da família. Os principais benefícios proporcionados por seu trato aos idosos são: a alegria, a companhia, a segurança, o ter um passatempo e uma distração.

Ainda em relação aos jogos e brincadeiras, foram mencionados pelos idosos entrevistados, vários rituais da família relativos a aniversários e casamentos, bem como os almoços de domingo na casa dos avós, onde os muitos primos se reuniam, ou ainda, nas férias escolares, passadas na fazenda de um dos tios ou na praia. Além disso, foram lembrados com detalhes os costumes, inclusive alimentares, presentes nos rituais do ciclo religioso, como os do Natal, da Páscoa e das festas

juninas, sem esquecer do Carnaval, com suas profundas e arcaicas raízes fincadas num passado, também religioso, mas tão remoto (Oliveira, 2014; Oliveira, 2006).

Os rituais podem ser vistos como situações privilegiadas de integração não só das pessoas assim como do passado com o presente, uma vez que, ao resgatar e interpretar a memória, possibilitam uma interação mais saudável e prazerosa. Eles nascem e se desenvolvem voltados para a coesão e preservação do grupo. Para tal, é preciso que haja uma história de vida comum entre seus participantes, bem como um território sentido como seu. Daí a grande importância dos rituais familiares (Oliveira, 2004). Portanto, pode-se inferir sua relevância também para as instituições ou associações às quais os idosos pertencem, que preservam sua memória, seus costumes, realizam reuniões em seu espaço e incentivam o contato social espontâneo e prazeroso dos mesmos. O sentir-se parte de um grupo, encontrar conhecidos e poder conversar e/ou realizar atividades, podem ser considerados como vetores de conservação da saúde física e mental dos idosos.

Considerações finais

Estudos recentes relativos à saúde e à qualidade de vida ao envelhecer indicam a grande e íntima relação entre a história de vida do indivíduo e a forma física e mental como envelhece. Essa visão dinâmica e integrada do ciclo vital ressalta a importância da conservação da atividade autônoma e prazerosa da pessoa, associada a seu entrosamento social efetivo, em suas várias e interligadas áreas. O envelhecer, ao trazer consigo um risco maior de fragilidade física e mental, e com isso, também o risco de um aumento de dependência e de diminuição de saúde, traz da mesma forma a necessidade de manter uma atividade voluntária, criativa e prazerosa, assim como o de buscar companhia, distração e atividade física. Toda e qualquer superproteção ao idoso em nome de um cuidá-lo melhor, só vem a prejudicá-lo, roubando sua independência e ameaçando seu respeito próprio e sua autonomia. Aspectos psicológicos, sociais e éticos, dessa forma, ganham terreno, quando o idoso deixa de ser apenas cuidado, mas passa a ser respeitado como pessoa humana, em sua integridade.

Estudos e pesquisas têm mostrado que rituais simples como um almoço com um grupo conhecido, assim como jogos e brincadeiras, bastam para trazer de volta o idoso à vida, levando-o a acreditar mais em si e no outro.

Referências

Alencar, E. M. L.; Fleith, D. S. (2003). Contribuições Teóricas Recentes ao Estudo da Criatividade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 1-8.

American Psychological Association. **Psychology and Aging**: addressing mental health needs of older adults. Disponível em: <<http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/aging.pdf>>. Acesso em: maio 2018.

Angel, J. L.; Settersten, R. A. Jr. (2012). The New Realities of Aging: Social and Economic Contexts. In: L.J. Waite (ed.). **Perspectives on the Future of the Sociology of Aging**. Washington, D.C.: The National Academies Press. p. 95-119.

Antunha, E. L. G.; Oliveira, V. B. (2004). Processamento Cerebral na Resolução de Quebra-Cabeças Informatizados. In: Valle, L. E. L. R. do; Capovilla, F. C. (org.). **Temas Multidisciplinares de Neuropsicologia e Aprendizagem**. Ribeirão Preto, SP: Tecmedd. p. 133-140.

Caillois, R. (1992). **Les Jeux et les Hommes**. Paris: Gallimard.

Carneiro, R. S.; Falcone, E.; Clark, C.; Del Prette, Z.; Del Prette, A. (2007). Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. **Psicologia, Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 229-237.

Figueiredo, V. L. M. (2007). Estilo de vida como indicador de saúde na velhice. **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 156-164.

Fratiglioni, L.; Paillard-Borg, S; Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. **The Lancet Neurology**, London, vol. 3, n. 6, p. 343-353.

Guedes, M. H. M.; Guedes, H. M.; Almeida, M. E. F. (2011). Efeito da prática de trabalhos manuais sobre a autoimagem de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 731-742.

Heiden, J.; Santos, W. (2009). Benefício psicológicos da convivência com animais de estimação para os idosos. **Ágora**, Mafra, SC., v. 16, n. 2 esp., p. 487-496.

Kandel, E. R.; Schwartz, J. H.; Jessel, T. M.; Siegelbaum, S. A.; Hudspeth, A. J. (2012). **Principles of Neural Science** (5.ed.). New York City, NY: McGraw-Hill.

Lubart, T. (2007). **Psicologia da Criatividade**. Porto Alegre: Artmed Editora.

Nakano, T. C.; Wechsler, S. M. (2007). Criatividade: características da produção científica brasileira. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 261-270.

Neri, A. L. (Org.). (1995). **Psicologia do Envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva de curso de vida**. Campinas: Papirus.

Neri, A. L. (Org.). (2001). **Maturidade e Velhice: trajetórias individuais e socioculturais**. Campinas: Papirus.

Oliveira, V. B. (2004). **Jogos de Regras e a Resolução de Problemas** (4. ed.). Petrópolis, RJ.: Editora Vozes.

Oliveira, V. B. (2006). **Rituais e Brincadeiras**. Petrópolis, RJ.: Editora Vozes.

Oliveira, V. B. (2014). **Os Barbosa de Barros: 150 anos de história**. São Paulo: Editora 34.

Pimenta, M. A. P. M.; Capuano, A.; Nespoulous, J. L. (1999). Ativação de modelos mentais no recontar de histórias por idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 157-172.

Ramos, R. T. (2003). Processos cognitivos básicos relevantes para a psicologia da Saúde. In: V. B. Oliveira; K. Yamamoto (org.). **Psicologia da Saúde: Temas de Reflexão e Prática**. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo. p. 89-102.

Sá, R. A.; Wanderbroocke, A. C. N. S. (2016). Os significados do trabalho face ao envelhecimento para servidoras de uma instituição pública de ensino superior. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 66, n. 145, jul/dez, p. 145-158.

Simon, H. (2000). Problem Solvers. In: B. Levy; E. S. Schreiber. **Secrets Of The Mind**. CD-Rom Montparnasse Multimedia, Ubi Soft Hypermind.

Souza, D. (2003). Contribuições teóricas recentes ao estudo da criatividade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 19, n. 1, jan/abr, p. 1-8.

Sternberg, R. J. (1988). A three-facet model of creativity. In: R. J. Sternberg (org.). **The Nature of Creativity. Contemporary Psychological Perspectives**. Cambridge: Cambridge University Press. p. 125-147.

Sternberg, R. J.; Lubart, T. I. (1995). **Defying the crowd. Cultivating creativity in a culture of conformity**. New York City, NY: The Free Press.

World Health Organization. (1948). **World Healthing Assembly**. Genebra, Suíça. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/en/>>. Acesso em: maio 2018.

World Health Organization. (2002). **Active Ageing: a policy framework**. Disponível em:<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=DA9BF5E2125898F97C0F738A13B07365?sequence=1>. Acesso em: maio 2018.

CAPÍTULO 19 – PROGRAMA VEM DANÇAR: UMA POLÍTICA PÚBLICA PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO

Dineia Mendes de Araújo Cardoso
Maria Luiza da Silva
Carlos Alberto Cardoso Filho

Devido aos avanços nos conhecimentos biomédicos relacionados ao tratamento da saúde, é observado um significativo aumento na expectativa de vida da população. O Brasil é um país que está em processo acelerado de envelhecimento, em 2017, a população residente no Brasil foi estimada em 207,1 milhões de pessoas, 4,2% maior que em 2012, quando foi estimada em 198,7 milhões. Entre 2012 e 2017, o grupo das pessoas de 60 anos ou mais cresceu de 12,8% para 14,6%. O contingente de pessoas nessa faixa etária cresceu 18,8%. A parcela de crianças de 0 a 9 anos na população residente, no entanto, caiu de 14,1% para 13,0% no período. Houve uma redução de 3,6% do contingente nessa faixa etária (PNAD, 2018).

Por outro lado, paralelamente ao aumento da expectativa de vida, a população idosa no Brasil e no mundo inteiro é bastante sedentária. Sabe-se que o sedentarismo quando associado com as mudanças fisiológicas, biomecânicas, cognitivas e sociais que ocorrem com o processo natural de envelhecimento interferem significativamente na qualidade de vida do idoso, diminuindo sua capacidade funcional.

Porém, a prática regular de exercícios físicos somada com um estilo de vida ativo é um excelente aliado do público idoso na manutenção da capacidade funcional e melhoria da saúde durante o envelhecimento. A dança, em suas diversas formas de prática, vem se mostrando como uma interessante estratégia de exercício físico para o público idoso. Trata-se de uma atividade com boa aceitação e que traz benefícios à saúde. O presente capítulo tem como objetivo apresentar o Programa Vem Dançar, uma política pública realizada pela Secretaria Municipal de Esportes, Lazer e Recreação da cidade de São Paulo, destinada ao público idoso. Serão apresentadas as características do Programa, juntamente com alguns resultados obtidos ao longo dos onze anos de sua existência.

O processo de envelhecimento

O envelhecimento pode ser definido como um processo contínuo associado a múltiplas mudanças. Algumas das mudanças presentes e bastante características nesta fase da vida são a redução da capacidade funcional e dos níveis de atividade física (Fernández-Argüelles, Rodríguez-Mansilla, Antunez, Garrido-Ardila, & Muñoz, 2015). O processo natural de envelhecimento é acompanhado de alterações fisiológicas, biomecânicas e bioquímicas de maneira contínua e progressiva (Nóbrega et al., 1999). Dentre as alterações mais comumente observadas nas pessoas idosas podemos destacar: diminuição da frequência cardíaca máxima ($FC_{máx}$), do volume sistólico máximo e do débito cardíaco (Nóbrega et al., 1999), da força máxima muscular, da resistência muscular, da flexibilidade articular e do equilíbrio (Chodzko-Zajko et al., 2009).

Outra alteração bastante significativa e prevalente associada com o processo de envelhecimento é a diminuição da massa óssea (Chodzko-Zajko et al., 2009). Esse processo, de maneira específica, é mais presente em mulheres pós-menopausa, e atribuído, dentre outros fatores, à uma deficiência de estrogênio, à dieta deficiente em cálcio e ao comportamento sedentário. A perda de massa óssea, quando acentuada, pode levar a um quadro de osteoporose e predispor à ocorrência de fraturas (Nóbrega et al., 1999).

Benefícios do exercício físico no envelhecimento

Se por um lado o envelhecimento pode estar associado com a diminuição de diversas capacidades físicas, por outro a prática regular de exercício físico juntamente com um estilo de vida ativo, é recomendada para manter e melhorar os padrões fisiológicos, biomecânicos e psicológicos que são influenciados pelo processo natural de envelhecimento (Chen et al., 2014; Chodzko-Zajko et al., 2009; Civinski, Montibeller, & Braz, 2011; Guadalupe-Grau, Fuentes, Guerra, & Calbet, 2009; Nóbrega et al., 1999).

O Colégio Americano de Medicina do Esporte em seu posicionamento (Chodzko-Zajko et al., 2009) indica que a prática de exercício físico reduz o risco de desenvolver diversas doenças crônico-degenerativas como o acidente vascular cerebral, a hipertensão, a diabetes, a osteoporose, a obesidade, o câncer de colón e de mama, a ansiedade e a depressão. Além disso, também pode ser recomendada como uma eficaz estratégia de tratamento não farmacológico dessas doenças.

São diversos os benefícios apresentados em função da prática regular de exercício físico na população idosa, como por exemplo: aumento na potência aeróbia, aumento na massa muscular, melhora no controle glicêmico, preservação da massa óssea, melhora no perfil lipídico, redução do peso corporal, melhora no controle da pressão arterial de repouso, melhora na função pulmonar, melhora no equilíbrio, melhora na atividade de marcha, melhora na autoestima e autoconfiança e uma significativa melhora na qualidade de vida (Gómez-Cabello, Ara, González-Agüero, Casajús, & Vicente-Rodríguez, 2012; Guadalupe-Grau et al., 2009; Kohrt, Bloomfield, Little, Nelson, & Yingling, 2004; Matsudo, Matsudo, & Neto, 2000; Nóbrega et al., 1999).

Envelhecimento e sedentarismo

Apesar de diversos benefícios serem claramente divulgados e evidenciados referentes à prática de exercício físico para a promoção e manutenção de um envelhecimento saudável e de muitos idosos serem conscientes desses benefícios para melhoria e manutenção da qualidade de vida (Goggin & Morrow, 2001), paralelamente ao processo de envelhecimento populacional e ao aumento da expectativa de vida, o comportamento sedentário é bastante prevalente em pessoas idosas (Chodzko-Zajko et al., 2009; Goggin & Morrow, 2001; Taylor et al., 2004).

O comportamento sedentário refere-se a atividades que não aumentam substancialmente a energia gasta acima do nível de repouso (Pate, O'Neill, & Lobelo, 2008), e são características desse comportamento o acúmulo de horas assistindo televisão, o acúmulo de horas sentado e/ou deitado, o acúmulo de horas em frente ao computador, entre outros. Dados indicam, ainda, que cerca de 70 a 80% dos idosos brasileiros são fisicamente inativos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011; Freire, Lélis, Fonseca Filho, Nepomuceno, & Silveira, 2014; Ribeiro et al., 2016; Rocha, Almeida, Araújo, Santos, & Rodrigues, 2013). Sabe-se que tal comportamento provoca um declínio nos níveis de atividade física habitual do idoso, fato que contribui de maneira significativa para a redução da aptidão funcional e a manifestação de diversas doenças relacionadas ao processo de envelhecimento, trazendo como consequência a perda de capacidade funcional do indivíduo (Tribess & Virtuoso Jr, 2005).

Diversas são as barreiras encontradas pelo público idoso para o início de um programa de exercício físico, podemos elencar sem ordem de prioridade: os custos

relacionados com a prática (nesse caso podem ser considerados desde os custos envolvidos no deslocamento até os custos com os profissionais de educação física ou com as instalações esportivas), a pessoa que indica a prática de exercício para o idoso (exemplo: amigos, parentes ou profissionais de saúde), o comportamento e os hábitos daquele indivíduo ao longo de sua vida (se há um histórico de prática de exercício físico ou não) e a segurança envolvida com a prática (muitos idosos se preocupam se determinada prática de exercício físico pode trazer sensações de desconforto ou até mesmo ser causador de lesões), a pré-existência de condições de saúde limitantes, a falta de tempo e até mesmo a falta de percepção de algum benefício com a realização de determinada prática de exercício (Hwang & Braun, 2015; Krug, Lopes, & Mazo, 2015; Lopes, Krug, Bonetti, & Mazo, 2016).

Os malefícios causados pela inatividade física e os benefícios amplamente reportados da associação do exercício físico com um envelhecimento saudável, justificam que estratégias sejam criadas para incentivar e promover uma maior participação dos idosos em atividades físicas e em programas de exercício físico.

Benefícios da Dança como forma de exercício físico

Diante do cenário da baixa aderência e do alto número de desistências de idosos em programas exercício físico (Brawley, Rejeski, & King, 2003; Dishman, 1988), a prática da dança foi proposta como uma alternativa interessante de exercício físico para esse público (Keogh, Kilding, Pidgeon, Ashley, & Gillis, 2009). Dados indicam que a aderência dos idosos em programas de dança é superior a 80% (Hwang & Braun, 2015; Rodrigues-Krause, Farinha, Krause, & Reischak-Oliveira, 2016), um valor bastante significativo e expressivo principalmente se considerarmos que a aderência média em programas de exercício físico supervisionado é cerca de 50% (Azevedo, Nóbrega, Amadio, & Serrão, 2016; Dishman, 1988; Williams & Lord, 1995).

A boa aderência dos idosos em programas de dança pode ser justificada pela maior tolerância ao esforço que pode ser não continuado e prolongado, por uma boa sensação de sucesso em completar as tarefas e os passos de dança propostos e aos altos níveis de motivação que a prática da dança pode proporcionar. Uma das características bastante relevantes da dança é que uma atividade pode ser praticada em diversos locais, possui boa acessibilidade, pode ser ajustada para se adequar a populações com idades diferentes, limitações físicas e funcionais diferentes, além de

ser uma interessante forma de entretenimento para o público idoso (Hwang & Braun, 2015; Keogh et al., 2009). Através do rompimento de eventuais barreiras culturais ou limitações físicas e comorbidades, a prática da dança pode ser o gatilho para que o idoso se torne fisicamente mais ativo e desfrute dos benefícios à saúde que uma vida ativa pode proporcionar.

A dança pode ser entendida como uma manifestação artística e como uma estratégia de exercício físico. Dentre as definições que existem para a prática da dança, uma que ganha destaque é a proposta por Hwang e Braun (2015): “uma forma de expressão artística através de um movimento rítmico com música, e que não inclui aulas de condicionamento aeróbio praticados com música como Zumba e aulas de step”. Diversos são os estilos de dança reportados na literatura científica, como: dança de salão, dança folclórica, dança turca, dança argentina, dança caribenha, dança grega e outras danças coreografadas (Keogh et al., 2009).

Através da dança a pessoa idosa torna-se mais receptiva à relacionamentos interpessoais, e principalmente é uma atividade bem aceita pelos idosos, melhorando assim sua qualidade de vida. A prática da dança permite à pessoa idosa uma conexão diária aos prazeres da vida, porque ela encoraja o divertimento, a participação ativa além de poder promover a interação social, o senso de comunidade, a manutenção da saúde e aumentar os níveis de atividade física (Connor, 2000; Lima & Vieira, 2007).

Estudos observacionais identificaram que as pessoas idosas que praticam dança de forma regular apresentam maior massa óssea, maior potência aeróbia, maior força, resistência e potência muscular, melhor equilíbrio, maior flexibilidade articular, melhor velocidade de marcha e melhor desempenho cognitivo em comparação aos pares que não participam regularmente dessa ou de outra forma de exercício físico de maneira supervisionada (Kattenstroth, Kalisch, Kolankowska, & Dinse, 2011; Keogh et al., 2009; Shanahan et al., 2016; Verghese, 2006; Zhang, Ishikawa-Takata, Yamazaki, Morita, & Ohta, 2008).

A dança também pode ser utilizada como estratégia de intervenção em programas de treinamento físico longitudinais para a obtenção de benefícios à saúde (Eyigor, Karapolat, Durmaz, Ibisoglu, & Cakir, 2009; Fernández-Argüelles et al., 2015; Hwang & Braun, 2015; Keogh et al., 2009; Rodrigues-Krause et al., 2016). Muitos estudos avaliaram a força muscular, a resistência aeróbia e o equilíbrio em função do treinamento de dança, medidas estas que são adequadas para avaliar

aspectos fisiológicos relacionados a aptidão funcional e independência em indivíduos idosos (Rikli & Jones, 1999).

A prática de dança popular cantonesa por um período de 12 semanas promoveu melhoras na potência aeróbia e em parâmetros relacionados à força muscular em pessoas idosas (Hui, Chui, & Woo, 2009). Apesar de melhoras na potência aeróbia e na resistência muscular serem importantes para o público idoso, a melhora no equilíbrio é fundamental para a prevenção de quedas dessa população. Eyigor et al. (2009) observaram que após 8 semanas de treinamento de dança folclórica turca, com três sessões semanais de uma hora de duração, por além das melhoras significativas nos testes de aptidão física relacionados à potência aeróbia, à resistência e força muscular, também houve melhora significativa no equilíbrio estático e dinâmico no grupo de idosos participantes. Além disso, tal protocolo também provocou melhoras na qualidade de vida mensurada pelo questionário SF-36 (McHorney, Ware, & Raczek, 1993).

Poucos são os relatos na literatura científica a respeito de intervenções de dança em idosos com algum problema de saúde. Um estudo investigou os efeitos da prática de dança durante dois meses com duas sessões semanais de uma hora de duração em idosos com síndrome metabólica (Kim et al., 2011). Apesar desse protocolo não ter sido suficiente para promover mudanças significativas nos parâmetros de composição corporal dos idosos participantes, não é de se surpreender que um protocolo de dança não provoque alterações significativas na composição corporal das pessoas idosas, visto que diversos fatores por além da prática de exercício físico são responsáveis pela manutenção e melhora da composição corporal, como a ingestão calórica e aspectos genéticos. Além disso, a população idosa tem um padrão de aumento na gordura corporal em aproximadamente 7.5% por década, mesmo com a prática moderada de esportes ou atividades físicas recreativas (Hughes, Frontera, Roubenoff, Evans, & Singh, 2002). Desta forma, a prática da dança não deveria ser automaticamente contraindicada para pessoas com síndrome metabólica e determinadas doenças crônicas e mais estudos são necessários para se comprovar a eficácia da dança em idosos com outros problemas de saúde (Hwang & Braun, 2015).

Destaca-se também que a prática da dança foi capaz de promover melhoras significativas no domínio cognitivo dos participantes (Kim et al., 2011), fato que corrobora para os idosos sejam estimulados à prática da dança.

Observou-se ainda que idosos que participaram de programas de treinamento de dança, obtiveram resultados semelhantes àqueles obtidos em programas convencionais de treinamento aeróbio ou de força (Kaltsatou, Kouidi, Anifanti, Douka, & Deligiannis, 2014; Rodrigues-Krause et al., 2016) no que diz respeito ao domínio físico e fisiológico. Além disso, a dança possui aspectos de melhorias sociais e cognitivas significativas que podem favorecer sua adesão e aderência como forma de aumento na prática de atividade física do público idoso.

Uma recente revisão sistemática com 18 estudos incluídos observou que a prática da dança, independentemente do estilo ou da quantidade, é um método promissor para promover um envelhecimento saudável (Hwang & Braun, 2015). Os resultados positivos foram observados em uma vasta gama de estudos de modo que as estratégias de intervenção podem variar entre os grupos e pessoas. Os autores sugeriram, inclusive, uma pequena recomendação de dosagem mínima para que os benefícios sejam atingidos nos idosos que participem de programas de dança como forma de exercício físico. Sugere-se que, para atingir os benefícios relacionados com a prática da dança, seja oferecido ao público idoso pelo menos uma sessão por semana, com duração de 45 minutos por um período de aproximadamente de 6 semanas.

O Programa Vem Dançar

Nos dias atuais, observamos uma variedade de programas televisivos e de longas-metragens onde a dança tem sido largamente explorada, divulgada e promovida na população. Podemos destacar o programa *Dancing With the Stars*, o quadro da Dança dos Famosos, o programa Dancing Brasil, e os filmes Vem Dançar e Dança Comigo. Acompanhando a tendência de valorização da prática da dança como forma de manifestação cultural, expressão corporal e de prática de exercício físico, a Secretaria Municipal de Esportes e Lazer da cidade de São Paulo realiza o “Programa Vem Dançar”.

O Programa Vem Dançar é uma política pública de lazer destinada ao público idoso e que pretende, através do prazer da dança, massificar a prática de atividade física nos momentos de lazer dessa população. Políticas públicas, por sua vez, se referem a construções participativas de uma coletividade, que visam a garantia dos direitos sociais dos cidadãos que compõe uma sociedade humana (Carvalho, 2002). São objetivos específicos do Programa Vem Dançar: promover e oferecer a prática

de atividade física para o público idoso, fomentar o protagonismo da pessoa idosa, fomentar o desenvolvimento pessoal em todas as suas dimensões (psicológica, cognitiva e motora) e oportunizar a socialização e o bem-estar físico-psicológico.

A primeira edição de um baile promovida pela Secretaria Municipal de Esportes e Lazer de São Paulo ocorreu no ano 2000 e foi realizada no ginásio do Clube Esportivo Mané Garrincha. O segundo baile ocorreu por ocasião da etapa municipal da Miss Beleza Paulistana da terceira idade em parceria com a Associação Brasileira dos Clubes da Melhor Idade (ABCMI). Ambas iniciativas tiveram uma excelente aceitação popular, evidenciados pela expressiva participação do público e serviram de catalisador para a elaboração e idealização do Programa Vem Dançar que teve seu início no ano de 2007 (Cardoso & Silva, 2013).

Para atingir tais objetivos, o Programa Vem Dançar promove grandes de bailes de dança, com duração de 4 horas, de maneira totalmente gratuita para a população paulistana. É importante salientar que o Programa Vem Dançar não tem como missão ou meta que os benefícios à saúde biopsicossocial passíveis de serem obtidos através da prática regular da dança em indivíduos idosos (Hwang & Braun, 2015) sejam obtidos somente através da participação nos bailes promovidos pela Secretaria Municipal de Esportes, Lazer e Recreação (SEME). Os bailes do Programa Vem Dançar têm como características principais servir como porta de entrada para a prática da dança, através da apresentação dessa forma de exercício físico para àqueles que ainda não conhecem ou não praticam, e de sociabilização para estimular a manutenção da prática para àqueles que já praticam a dança de forma regular em seus clubes esportivos ou núcleos de dança. Espera-se também, que a participação nos bailes do Programa Vem Dançar promova o aumento da atividade física nos momentos de lazer da pessoa idosa, característica essa que é fundamental para melhoria da qualidade de vida durante o envelhecimento (Chodzko-Zajko et al., 2009).

O público participante é composto principalmente por alunos idosos regularmente matriculados nos centros esportivos da prefeitura de São Paulo distribuídos pela cidade. Também participam dos bailes alguns grupos convidados, como os idosos nucleados na Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (principalmente dos idosos participantes dos Núcleos de Convivência de Idosos – NCI), os idosos nucleados na Secretaria Municipal de Educação (principalmente pelos participantes dos Centros de Educação Unificada –

CEUs), os idosos vinculados à Secretaria Municipal de Saúde e que participam de programas de exercício físico nas unidades básicas de saúde (UBS), os idosos provenientes de organizações não governamentais e o público espontâneo.

Os bailes do Programa Vem Dançar normalmente são realizados em salões de clubes sociais, em clubes esportivos e nos ginásios de esportes dos centros educacionais esportivos administrados pela Secretaria Municipal de Esportes e Lazer de São Paulo. São escolhidos locais amplos e espaçosos com o objetivo de que tais espaços possam acolher com conforto todos os idosos presentes nos eventos.

Cada baile conta com a apresentação de uma banda musical em que são tocados vários gêneros musicais ao vivo. Devido à variedade de ritmos de dança apresentados na literatura científica para o público idoso (Keogh et al., 2009) e com o intuito de atender a diversidade de preferências das pessoas idosas participantes, são oferecidos estilos variados dentre os quais se destacam: o samba, o pagode, o axé, o forró, o rock, o bolero, o sertanejo, a MPB, o pop e os ritmos populares dos anos 50, 60, 70, 80, 90 e os ritmos contemporâneos.

Um dos grandes diferenciais dos bailes do Programa Vem Dançar, e motivo de muito elogio dos participantes, é a disponibilização de monitores de dança para os idosos presentes no evento. Os monitores do programa são chamados de “personal dancers” e são professores especialistas em dança, que se posicionam no centro da pista de dança e são responsáveis por interagir e ensinar os ritmos tocados àquelas pessoas que assim desejarem. Considerando que alguns dos ritmos musicais são propícios para serem dançados em dupla, e muitos dos frequentadores dos bailes, não levam um companheiro ou uma companheira, a intervenção dos monitores é uma excelente estratégia para promoção de uma maior interação social entre os idosos presentes.

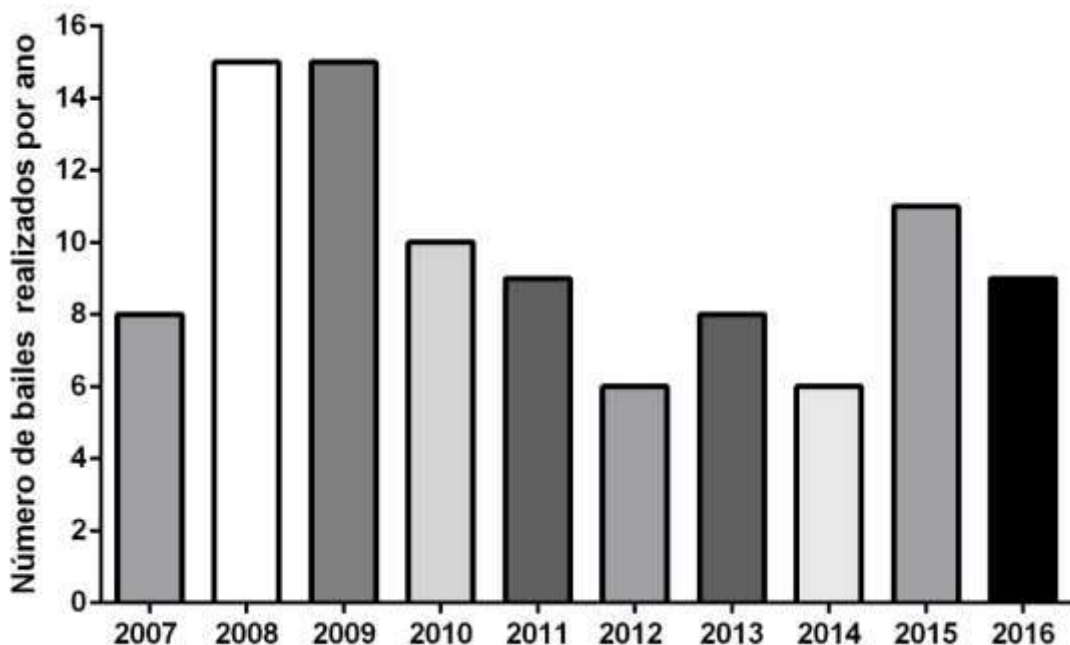
Outro atrativo presente nos bailes do Programa Vem Dançar é a seleção de um tema que norteie a festa. Cada baile possui um tema específico que pode variar de acordo com a época do ano ou com alguma motivação relacionada à uma festa popular. São exemplos de bailes temáticos já realizados ao longo dos onze anos do Programa Vem Dançar: Baile Folclórico, Baile das Mães, Baile Junino, Baile da Paz, Baile do Saci, Baile das Telenovelas, Baile das Mulheres, Baile da Consciência Negra, Baile da Copa do Mundo, Baile das Crianças, Baile dos Pais, Baile da

Primavera, Baile de Natal, Baile de *Halloween*, Baile do Dia Internacional do Idoso, entre outros.

Os bailes temáticos surgiram com o propósito de estimular a criatividade e participação dos idosos frequentadores dos eventos do Programa Vem Dançar. Através dos temas sugeridos, é proporcionado aos idosos a customização das vestimentas utilizadas nos bailes, além de estimular a criatividade e participação do protagonismo do idoso. Em cada baile é disponibilizado também um espaço dedicado à customização das roupas, em que, mesmo àqueles que não conseguiram preparar algo com antecedência tem a oportunidade de participar da brincadeira e exercer sua capacidade imaginativa.

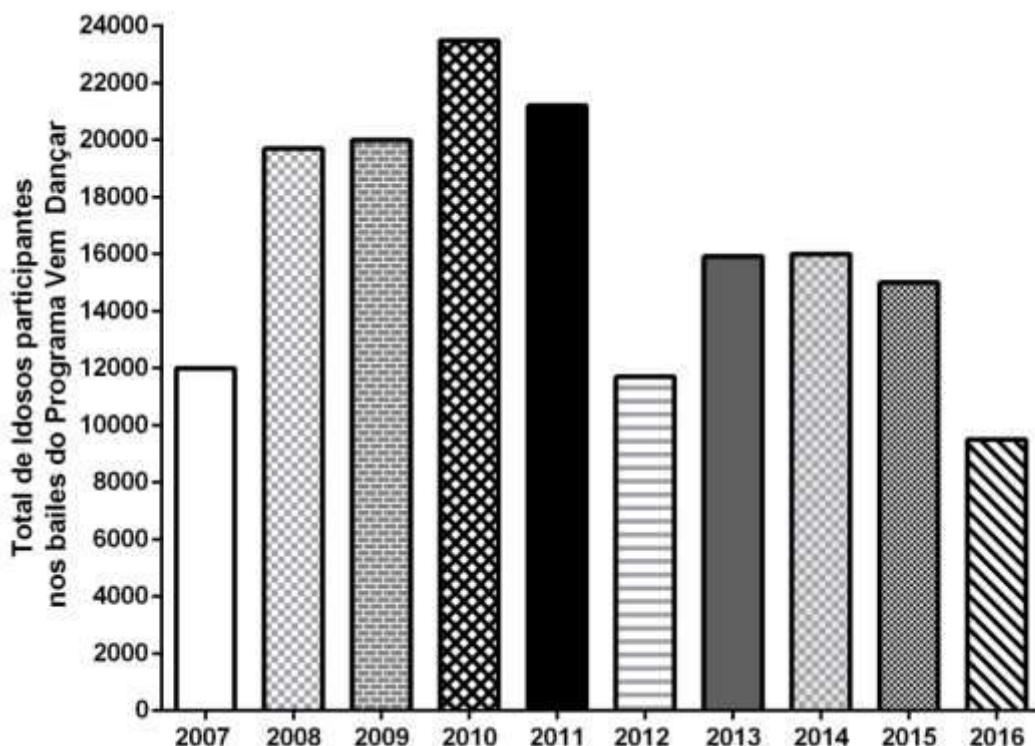
Ao longo dos 11 anos de realização do Programa Vem Dançar (2007 – 2017), houveram resultados expressivos quanto à participação do público idoso. No ano de 2017, foi realizado um estudo científico para tabular e contabilizar a participação dos idosos nos bailes do programa no período de 2007 a 2016, tais resultados foram apresentados no 40º Simpósio Internacional de Ciências do Esporte em São Paulo (Cardoso & Silva, 2017). Durante a década avaliada (2007 – 2016) do Programa Vem Dançar, foram realizados 97 bailes na cidade de São Paulo (Figura 01).

Figura 01: Número de bailes do Programa Vem Dançar realizados na cidade de São Paulo em cada ano no período entre 2007 e 2016.



A figura 02 apresenta os resultados de participação dos idosos nos bailes do Programa Vem Dançar entre os anos de 2007 e 2016. Foi observado que até o ano de 2016 cerca de 165 mil idosos foram atendidos pelo programa. Apesar de ter sido observada uma diminuição na participação dos idosos entre 2012 e 2016 em comparação ao período de 2007 a 2011, tal resultado é justificado pela mudança no local em que os bailes eram realizados. Até meados de 2012, os bailes normalmente eram realizados em grandes salões de clubes sociais de São Paulo com capacidade para até 3 mil pessoas. A partir de 2012 houve uma proposta de descentralização dos bailes do Programa, ou seja, foram escolhidos locais que saíssem um pouco das regiões mais centrais da cidade afim de melhor atender a população das periferias da cidade de São Paulo. Tal estratégia resultou na seleção de salões com menor capacidade, causando uma menor participação absoluta nos eventos do Programa Vem Dançar. Por outro lado, ao observar a participação relativa em cada baile, sempre houve lotação máxima de cada local selecionado, fato que demonstra a boa aceitação do público pela prática da dança (Keogh et al., 2009) e o interesse pela prática atividade física nos momentos de lazer como estratégia de envelhecimento saudável.

Figura 02: Total de participação dos idosos em cada ano nos bailes do Programa Vem Dançar na cidade de São Paulo no período entre 2007 e 2016.



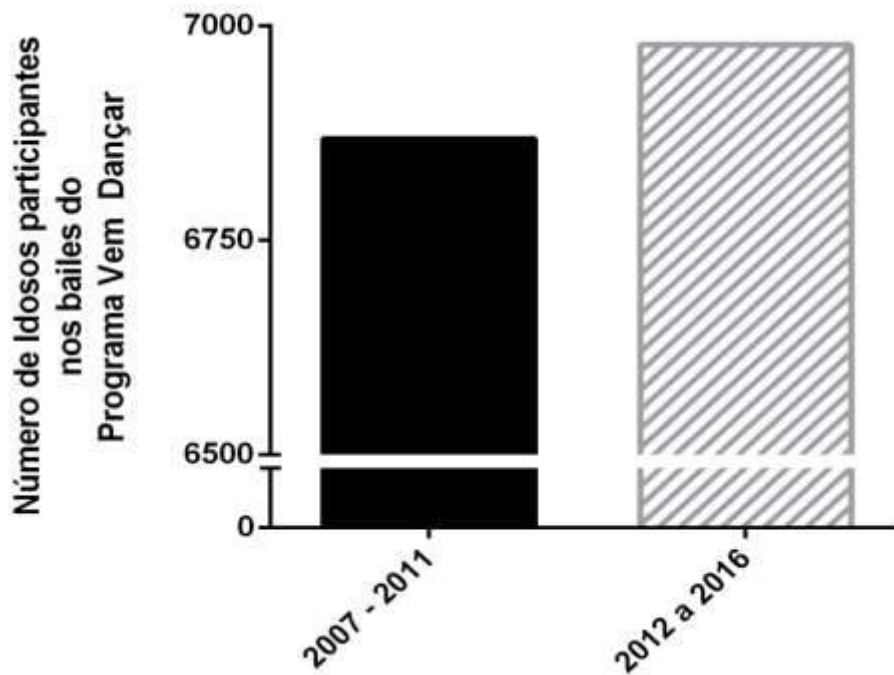
Outro resultado que chama bastante a atenção é que ao longo dos 10 anos de Programa Vem Dançar, houve uma expressiva participação da mulher idosa (92%, n = 150675) comparativamente ao homem idoso (8%, n = 13874). Tal resultado é bastante semelhante ao observado em outros programas de dança e de exercício físico para as pessoas idosas em que a grande maioria do público presente e participante é do sexo feminino (de Freitas, Santiago, Viana, Leão, & Freyre, 2007; Hwang & Braun, 2015; Keogh et al., 2009; Pereira & Okuma, 2009; J. A. B. Ribeiro et al., 2012).

Diversos fatores podem contribuir para esse resultado de prevalência feminina nos programas de dança para idosos, como por exemplo o número de mulheres idosas ser maior que o de homens idosos no Brasil (IBGE, 2010). Além disso, sabe-se que uma das principais motivações que levam uma pessoa idosa a aderir um programa de exercício físico é a busca por manutenção e melhoria da condição de saúde (de Freitas et al., 2007; Gomes & Zaza, 2009; J. A. B. Ribeiro et al., 2012). Porém, existem certas diferenças nas preferências entre os sexos para a prática de exercício físico. Estudos mostraram que as mulheres idosas tendem a participar de programas de exercício e atividade física como forma de interação social, já para o público idoso masculino as preferências são em relação aos benefícios fisiológicos que determinada prática poderia trazer à saúde (Goggin & Morrow, 2001; McPherson, 1994).

Muitos dos homens podem considerar que os programas de dança são inadequados por não acreditarem que tal prática exerça um esforço físico significativo para trazer os benefícios à saúde (J. A. B. Ribeiro et al., 2012), já as mulheres sentem-se mais confortáveis em adotar a prática da dança, visto que essa pode ser uma excelente estratégia de convívio e interação social (Todaro, 2001).

Apesar da participação feminina prevalecer sobre a participação masculina nos bailes do Programa Vem Dançar, ao realizar uma análise comparativa entre os 5 primeiros anos de Programa (2007 – 2011) com o período entre 2012 – 2016, observou-se que no último quinquênio houve um aumento de 1% na adesão masculina aos bailes de dança do Programa Vem Dançar (Figura 03).

Figura 03. Relação de idosos do sexo masculino participantes nos bailes do Programa Vem Dançar entre os anos de 2007 e 2011 e entre os anos de 2012 e 2016.



O aumento na participação masculina de 6869 participações entre 2007 e 2011 para 6978 participações entre 2012 a 2016, ainda que modesto, ao longo dos anos pode ser atribuído à grande quantidade de informação disponível nos dias atuais sobre os benefícios que uma vida ativa somada à prática regular de exercício físico pode trazer para um envelhecimento saudável (Chen et al., 2014). Destaca-se também a facilidade na disseminação e transmissão de informação através da mídia televisiva, mídia impressa, programas de rádio e pelas redes sociais, de modo que é provável que os homens também comecem a sentir-se estimulados a buscar os benefícios à saúde física, mental e social através da prática de atividade física, no caso a dança, nos momentos de lazer.

Com base na expressiva participação evidenciada ao longo dos anos nos bailes do Programa Vem Dançar, observa-se uma significativa adesão e aceitação do público idoso à prática de dança nos momentos de lazer na cidade de São Paulo. Tal cenário é bastante animador, visto que é largamente evidenciado que um estilo de vida ativo é fundamental para um envelhecimento saudável. Além disso, durante o processo de envelhecimento há frequentemente casos de isolamento social, baixa autoestima e até mesmo enfermidades como a depressão. A participação nos bailes

do Programa Vem Dançar, por além dos benefícios à saúde física podem contribuir também com a saúde mental e social das pessoas idosas oportunizando a troca de experiências, o encontro, a participação conjunta nos ritmos musicais e aumentar as redes de relações interpessoais. Por outro lado, apesar de terem sido atendidos cerca de 165 mil idosos ao longo dos 10 anos de Programa Vem Dançar, ainda há muito o que ser feito para influenciar de forma profunda o comportamento da população brasileira, de modo que haja de fato uma mudança de comportamento em direção à saída do sedentarismo. É fundamental que os órgãos públicos invistam recursos em programas semelhantes a esse, que valorizam a prática de exercício físico através do dançar para as pessoas idosas, afim de reduzir os gastos públicos com tratamentos medicamentosos através da prevenção de doenças com a melhoria da qualidade de vida.

Referências

- Azevedo, A. P. da S., Nóbrega, C., Amadio, A. C., & Serrão, J. C. (2016). Adherence to six months of instructed minimalist and barefoot running training. **Revista Brasileira de Medicina Do Esporte**, **22**(3), 182–185. <https://doi.org/10.1590/1517-869220162203152987>
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2011). Vigitel Brasil 2010: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. **Vigitel**, 152. Retrieved from http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2010_preliminar_web.pdf
- Brawley, L. R., Rejeski, W. J., & King, A. C. (2003). Promoting physical activity for older adults: The challenges for changing behavior. **American Journal of Preventive Medicine**, **25**(3 SUPPL. 2), 172–183. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(03\)00182-X](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(03)00182-X)
- Cardoso, D. M. de A., & Silva, M. L. da. (2013). Programa Vem Dançar: Política de lazer para o idoso da cidade de São Paulo. In T. E. da C. Rosa, Á. E. S. Barroso, & M. C. P. Louvison (Eds.), **Velhices: experiências e desafios nas políticas do envelhecimento ativo** (pp. 377–384). São Paulo: Instituto de Saúde.
- Cardoso, D. M. de A., & Silva, M. L. da. (2017). Programa Vem Dançar SEME SP - Um Convite ao Envelhecimento Ativo. In CELAFISCS (Ed.). São Paulo: 40º Simpósio Internacional das Ciências do Esporte.
- Carvalho, A. (2002). **Políticas Públicas**. (A. Carvalho, Ed.). Belo Horizonte: UFMG.
- Chen, J., Voos, M. C., Patrocinio, W. P., Freitag, F., Frutuoso, J. R. C., & Fen, C. H. (2014). A importância dos exercícios físicos para o envelhecimento saudável . Uma revisão da literatura. **Revista Kairós Gerontologia**, **18**, 143–156.

Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Fiatarone Singh, M. A., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J., & Skinner, J. S. (2009). Exercise and physical activity for older adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, **41**(7), 1510–1530. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c>

Civinski, C., Montibeller, A., & Braz, A. L. de O. (2011). A Importância Do Exercício Físico No Envelhecimento. **Revista Da Unifebe (Online)**, **9**, 163–175. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Connor, M. (2000). Recreational folk dance: A multicultural exercise component in healthy ageing. **Australian Occupational Therapy Journal**, **47**(2), 69–76. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1630.2000.00214.x>

de Freitas, C. M. S. M., Santiago, M. de S., Viana, A. T., Leão, A. C., & Freyre, C. (2007). Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, **9**(1), 92–100.

Dishman, R. K. (1988). **Exercise adherence: its impact on public health**. (R. K. Dishman, Ed.) (1st ed.). Human Kinetics Publishers.

Eyigor, S., Karapolat, H., Durmaz, B., Ibisoglu, U., & Cakir, S. (2009). A randomized controlled trial of Turkish folklore dance on the physical performance, balance, depression and quality of life in older women. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, **48**(1), 84–88. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.10.008>

Fernández-Argüelles, E. L., Rodríguez-Mansilla, J., Antunez, L. E., Garrido-Ardila, E. M., & Muñoz, R. P. (2015). Effects of dancing on the risk of falling related factors of healthy older adults: A systematic review. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, **60**(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.10.003>

Freire, R. S., Lélis, F. L. de O., Fonseca Filho, J. A. da, Nepomuceno, M. O., & Silveira, M. F. (2014). Prática regular de atividade física: estudo de base populacional no Norte de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina Do Esporte**, **20**(5), 345–349. <https://doi.org/10.1590/1517-86922014200502062>

Goggin, N. L., & Morrow, J. R. (2001). Physical Activity Behaviors of Older Adults. **Journal of Aging and Physical Activity**, **9**(1), 58–66. <https://doi.org/10.1123/japa.9.1.58>

Gomes, K. V., & Zaza, D. C. (2009). Motivos de adesã a prática de atividade física em idosas. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, **14**(2), 132–138. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.14n2p132-138>

Gómez-Cabello, A., Ara, I., González-Agüero, A., Casajús, J. A., & Vicente-Rodríguez, G. (2012). Effects of Training on Bone Mass in Older Adults. **Sports Medicine**, **42**(4), 301–325. <https://doi.org/10.2165/11597670-000000000-00000>

Guadalupe-Grau, A., Fuentes, T., Guerra, B., & Calbet, J. a L. (2009). Exercise and bone mass in adults. **Sports Medicine (Auckland, N.Z.)**, **39**(6), 439–68. <https://doi.org/10.2165/00007256-200939060-00002>

Hughes, V. A., Frontera, W. R., Roubenoff, R., Evans, W. J., & Singh, M. A. F. (2002). Longitudinal changes in body composition in older men and women: role of body weight change and physical activity 1 – 4. **The American Journal of Clinical Nutrition**, **76**(May), 473–81.

Hui, E., Chui, B. T. keung, & Woo, J. (2009). Effects of dance on physical and psychological well-being in older persons. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, **49**(1), 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.08.006>

Hwang, P. W.-N., & Braun, K. L. (2015). The Effectiveness of Dance Interventions to Improve Older Adults' Health: A Systematic Literature Review. **Alternative Therapies in Health and Medicine**, **21**(5), 64–70.

IBGE, I. B. de G. e E. (2010). IBGE, Censo Demográfico 2010. Retrieved June 11, 2018, from <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12>

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20978-pnad-continua-de-2016-para-2017-centro-oeste-puxa-reducao-no-abastecimento-diario-de-agua-do-pais>

Kaltsatou, A. C. H., Kouidi, E. I., Anifanti, M. A., Douka, S. I., & Deligiannis, A. P. (2014). Functional and psychosocial effects of either a traditional dancing or a formal exercising training program in patients with chronic heart failure: A comparative randomized controlled study. **Clinical Rehabilitation**, **28**(2), 128–138. <https://doi.org/10.1177/0269215513492988>

Kattenstroth, J.-C., Kalisch, T., Kolankowska, I., & Dinse, H. R. (2011). Balance, Sensorimotor, and Cognitive Performance in Long-Year Expert Senior Ballroom Dancers. **Journal of Aging Research**, **2011**, 1–10. <https://doi.org/10.4061/2011/176709>

Keogh, J. W. L., Kilding, A., Pidgeon, P., Ashley, L., & Gillis, D. (2009). Physical benefits of dancing for healthy older adults: A review. **Journal of Aging and Physical Activity**, **17**(4), 479–500. <https://doi.org/10.1123/japa.17.4.479>

Kim, S.-H., Kim, M., Ahn, Y.-B., Lim, H.-K., Kang, S.-G., Cho, J.-H., ... Song, S.-W. (2011). Effect of dance exercise on cognitive function in elderly patients with metabolic syndrome: a pilot study. **Journal of Sports Science & Medicine**, **10**(4), 671–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24149557>

Kohrt, W. M., Bloomfield, S. A., Little, K. D., Nelson, M. E., & Yingling, V. R. (2004). Physical Activity and Bone Health. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, **36**(11), 1985–1996. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000142662.21767.58>

Krug, R. de R., Lopes, M. A., & Mazo, G. Z. (2015). Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevas inativas fisicamente. **Revista Brasileira de Medicina Do Esporte**, **21**(1), 57–64. <https://doi.org/10.1590/1517-86922015210101673>

Lima, M. M. S., & Vieira, A. P. (2007). Ballroom dance as therapy for the elderly in Brazil. **American Journal of Dance Therapy**, **29**(2), 129–142.

<https://doi.org/10.1007/s10465-007-9040-9>

Lopes, M. A., Krug, R. D. R., Bonetti, A., & Mazo, G. Z. (2016). Barreiras que influenciaram a não adoção de atividade física por longevas. **Revista Brasileira de Ciências Do Esporte**, **38**(1), 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2015.10.011>

Matsudo, S. M., Matsudo, V. K. R., & Neto, T. L. B. (2000). Efeitos Benéficos Da Atividade Física Na Aptidão Física E Saúde Mental Durante O Processo De Envelhecimento. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.5n2p60-76>

McHorney, C. A., Ware, J. E., & Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. **Medical Care**, **31**(3), 247–63. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8450681>

McPherson, B. D. (1994). Sociocultural Perspectives on Aging and Physical Activity. **Journal of Aging and Physical Activity**, **2**(4), 329–353. <https://doi.org/10.1123/japa.2.4.329>

Nóbrega, A. C. L. da, Freitas, E. V. de, Oliveira, M. A. B. de, Leitão, M. B., Lazzoli, J. K., Nahas, R. M., ... De, E. H. (1999). Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso. **Revista Brasileira De Medicina Do Esporte**, **5**(6), 207–211. https://doi.org/Rev Bras Med Esporte _ Vol. 5, N° 6 – Nov/Dez, 1999

Pate, R. R., O'Neill, J. R., & Lobelo, F. (2008). The Evolving Definition of “Sedentary.” **Exercise and Sport Sciences Reviews**, **36**(4), 173–178. <https://doi.org/10.1097/JES.0b013e3181877d1a>

Pereira, J. R. P., & Okuma, S. S. (2009). O perfil dos ingressantes de um programa de educação física para idosos e os motivos da adesão inicial. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, **23**(4), 319–334. <https://doi.org/10.1590/S1807-55092009000400002>

PNAD, P. N. por A. de D. (2018). PNAD Contínua: de 2016 para 2017, Centro-Oeste puxa redução no abastecimento diário de água do país. Retrieved October 30, 2018, from <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20978-pnad-continua-de-2016-para-2017-centro-oeste-puxa-reducao-no-abastecimento-diario-de-agua-do-pais>

Ribeiro, A. Q., Salgado, S. M. L., Gomes, I. S., Fogal, A. S., Martinho, K. O., Almeida, L. F. F., & Oliveira, W. C. de. (2016). Prevalence and factors associated with physical inactivity among the elderly: a population-based study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, **19**(3), 483–493. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150047>

Ribeiro, J. A. B., Cavalli, A. S., Cavalli, M. O., Pogorzelski, L. de V., Prestes, M. R., & Ricardo, L. I. C. (2012). Adesão de idosos a programas de atividade física: motivação e significância. **Revista Brasileira de Ciências Do Esporte**, **34**(4), 969–984. <https://doi.org/10.1590/S0101-32892012000400012>

Rikli, R. E., & Jones, C. J. (1999). Development and Validation of a Functional Fitness Test for Community-Residing Older Adults. **Journal of Aging and Physical Activity**, **7**(2), 129–161. <https://doi.org/10.1123/japa.7.2.129>

Rocha, S. V., Almeida, M. M. G. de, Araújo, T. M. de, Santos, L. B. S., & Rodrigues, W. K. M. (2013). Fatores associados à atividade física insuficiente no lazer entre idosos. **Revista Brasileira de Medicina Do Esporte**, **19**(3), 191–195.

Rodrigues-Krause, J., Farinha, J. B., Krause, M., & Reischak-Oliveira, Á. (2016). Effects of dance interventions on cardiovascular risk with ageing: Systematic review and meta-analysis. **Complementary Therapies in Medicine**, **29**, 16–28. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.09.004>

Shanahan, J., Coman, L., Ryan, F., Saunders, J., O’Sullivan, K., Ni Bhriain, O., & Clifford, A. M. (2016). To dance or not to dance? A comparison of balance, physical fitness and quality of life in older Irish set dancers and age-matched controls. **Public Health**, **141**, 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.07.015>

Taylor, A. H., Cable, N. T., Faulkner, G., Hillsdon, M., Narici, M., & Van der Bij, A. K. (2004). Physical activity and older adults: A review of health benefits and the effectiveness of interventions. **Journal of Sports Sciences**, **22**(8), 703–725. <https://doi.org/10.1080/02640410410001712421>

Todaro, M. D. A. (2001). **Dança: Uma Interação Entre O Corpo E a Alma Dos Idosos**. **Dissertação de Mestrado**. Universidade de Campinas.

Tribess, S., & Virtuoso Jr, J. S. (2005). Prescrição de exercícios físicos para idosos. **Rev. Saúde. Com**, **1**(2), 163–172.

Verghese, J. (2006). Cognitive and mobility profile of older social dancers. **Journal of the American Geriatrics Society**, **54**(8), 1241–1244. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00808.x>

Williams, P., & Lord, S. R. (1995). Predictors of adherence to a structured exercise program for older women. **Psychology and Aging**, **10**(4), 617–624. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.10.4.617>

Zhang, J. G., Ishikawa-Takata, K., Yamazaki, H., Morita, T., & Ohta, T. (2008). Postural stability and physical performance in social dancers. **Gait and Posture**, **27**(4), 697–701. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2007.09.004>

CAPÍTULO 20 – RELATO DE EXPERIÊNCIA “SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO ÂMBITO DO ESTATUTO DO IDOSO: APONTAMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PENSAMENTO CRÍTICO JUNTO À POPULAÇÃO IDOSA”

Fernanda Rocha Reda
Denis Cezar Musial

Em uma sociedade que prima pela juventude, envelhecer de forma plena tem sido desafiante. Essa postura acarreta em um sufocamento da população idosa que não consegue ver-se representada nas políticas públicas, tendo pouca ou nenhuma participação nas tomadas de decisão. Estamos com um contingente de pessoas, intelectualmente e fisicamente capazes, principalmente em desfrutar do lazer, antes negado pela rotina de trabalho e cuidados familiares, porém, a cultura ocidental do “eternamente jovem” estimula o sentimento de incapacidade acarretando em isolamento e adoecimento, físico e mental, além da criação de um abismo entre gerações.

O município de Irati conta com, aproximadamente, 6.521 pessoas acima de 60 anos . Isso significa que 11,60% da população está na faixa etária que chamamos popularmente de “melhor idade”, esse dado segue a média nacional e, como ela, tende a aumentar. As estimativas do IBGE (2018a) apontam que a população do país continuará crescendo até 2047, quando chegará a 233,2 milhões de pessoas. Nos anos seguintes, ela cairá gradualmente, até os 228,3 milhões em 2060, sendo que em 2060, um quarto da população (25,5%) deverá ter mais de 65 anos, ou seja aproximadamente 58 milhões de pessoas.

Segundo dados do IBGE (2018b), de 1940 até 2016, o aumento foi de 30,3 anos, ou seja, se em 1940 tínhamos uma expectativa de vida média de 45,5 anos, hoje contamos com 75,8 anos, sendo que, no Estado do Paraná a taxa é dois anos maior que a média nacional (77,1 anos) com Santa Catarina liderando os estados com a maior expectativa de vida (79,1 anos).

Cabe avaliar, nesse contexto, o fenômeno de feminização da velhice, ou seja a pesquisa mostrou também que a expectativa de vida dos homens (72,2 anos) em todos os estados foi menor do que das mulheres (79,4 anos). As mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo, e as

estimativas são de que as mulheres vivam, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens (Nicodemo & Godoi, 2010).

Esse processo de envelhecimento ocorreu de forma tão rápida que não nos preparamos social e culturalmente para essa nova realidade. Envelhecer envolve um processo de alterações morfológicas e funcionais do organismo que ocorrem com o passar do tempo. Analisando dentro do contexto da saúde, imprescindível à qualidade de vida, a nutrição surge como aspecto fundamental frente às alterações fisiológicas relacionadas com o avançar da idade, já que vários estudos evidenciam a importância da alimentação como fator de risco ao desenvolvimento de algumas complicações na saúde do idoso. (Jekel, 2001; Lopes et al., 2005).

Segundo Rosa et al. (2012), a segurança alimentar nos domicílios chefiados por idosos tem uma dimensão especial no que se refere às condições de saúde e bem-estar, uma vez que parece evidente a importância de garantir a este contingente populacional a possibilidade de continuar a contribuir na sociedade de forma ativa e produtiva.

Para além da saciedade, o termo Segurança Alimentar e Nutricional significa a "garantia de condições de acesso aos alimentos básicos, seguros e de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais" (Brasil, 1994), com base em práticas alimentares saudáveis e respeitando as características culturais de cada povo, manifestadas no ato de se alimentar (Rosa et al., 2012). Esse conceito traz à tona a necessidade de reflexão com a população, sobre como trazer o conceito à prática das pessoas.

Os grupos de convivência de idosos são opções pertinentes para suprir esta demanda, visto que essa oportunidade de interação perpassa a simples ideia de um passatempo e da realização de bingos, bailes e bolo (BBB), como alguns acreditam. Esses encontros têm muita importância para os idosos, possibilitando-lhes a ressocialização através do aumento do seu círculo social, mantendo-lhes ativos física e mentalmente, ocasionando, como consequência o fortalecimento de sua autoestima, mas também como espaço de troca de informações que permitem aos idosos a incorporação de novos hábitos que trazem como consequência uma melhor qualidade de vida.

Segundo Hermany (1995), o idoso vai percebendo aos poucos que o presente já é o tão temido futuro e que, portanto, precisa viver mais intensamente as suas experiências e refletir sobre as oportunidades que lhe são apresentadas.

Assim, participando de um grupo de convivência, seu foco de atenção desvia-se da resignação do fim para a busca de novas experiências de vida. A partir deste instante, o idoso vai criando uma nova compreensão existencial do seu meio ambiente, deixando emergir sentimentos ligados à valorização e a capacidade de transformar sua própria história.

O trabalho dentro do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) é construído e desenvolvido a partir da análise de que esse pode ser e é um espaço de proteção social, responsabilidade estatal e na de defesa de uma sociabilidade alargada na qual as pessoas, suas opiniões e escolhas são valorizadas coletivamente (Torres, 2013). Esse entendimento do trabalho ainda entra em choque quando analisada a história da proteção social, sempre delegada às instituições religiosas, comunidade e sociedade civil. Por isso, necessita ser insistentemente reafirmada como política social e não como bem-estar ou assistencialismo.

Sendo assim, o objetivo geral do presente trabalho foi discutir com os participantes das oficinas de Mobilidade Humana do Projeto Arte e Movimento (complemento das ações do serviço de convivência e fortalecimentos de vínculos), sobre as conquistas e desafios a serem superados no que tange a segurança alimentar e nutricional no âmbito das políticas públicas direcionadas à população idosa. Sendo esse, um relato representando às diferentes visões dos participantes ao tema proposto.

Metodologia-Contextualização do trabalho

O relato descrito aqui é um recorte dentro das atividades realizadas no contexto do Projeto Arte e Movimento, no município de Irati-PR, especificamente, nas Oficinas de Mobilidade Humana e que tiveram seu início no mês de junho de 2018 e que continuam ocorrendo até a data da redação desse trabalho. O público alvo se caracteriza, em sua maioria, por idosos, uma vez que se trata de um projeto direcionado a essa faixa da população, advindo de recurso específico do Fundo Nacional da Pessoa Idosa (FNDI), porém, ocorre muitas vezes, grupos diversificados e intergeracionais, incluindo crianças que acompanham seus avós.

O projeto é uma cooperação entre a Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, por intermédio do Ministério dos Direitos Humanos, cujo objeto é a “Promoção de oficinas socioeducativas para a população

idosa na área urbana e rural da região Sul do Paraná no município de Irati-PR, contribuindo com ações de convivência familiar e comunitária para o desenvolvimento de um ambiente saudável e acolhedor de se viver entre os membros familiares”. As oficinas temáticas a serem trabalhadas durante a vigência do projeto são: Oficina de Relaxamento, Oficina de Práticas Corporais, Oficina de Práticas de Memorização e Oficina de Mobilidade Humana, nas áreas rural e urbana de Irati.

No que confere a oficina de Mobilidade Humana, os encontros, que acontecem quinzenalmente em cada grupo (em um total de cinco), versam sobre temas pertinentes ao desenvolvimento de um pensamento crítico e cidadão, através da discussão de temas como: Estatuto do idoso, transporte público, urbanização inclusiva, entre outros e segue o entendimento do termo mobilidade, como o direito de ir e vir, inclusive no fluxo da informação que deve ser de fácil compreensão e acesso livre a essa parcela da população. Para uma maior facilidade no planejamento das atividades, os encontros foram desenvolvidos em torno de um eixo temático, descrito na tabela 1, representado por um direito fundamental presente no Estatuto do Idoso.

Tabela 1: Temas trabalhados por eixo temático

EIXOS TEMÁTICOS	DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS	Direito à Vida	Sobre o direito Atividade: Confeção do Tsuru (Pássaro da vida)
		Direito à Liberdade, ao Respeito e a Dignidade	Sobre o direito Atividade: Identificação das diferentes violências no contexto familiar e social
		Direito a Alimentação	Sobre o direito Atividade: Segurança Alimentar e Nutricional
		Direito à Saúde	Sobre o direito Atividade: Roda de Conversa Saúde mental/ Prevenção ao câncer de mama (Outubro Rosa)/ confecção de pomada cicatrizante
		Direito à Educação, Cultura, Esportes e Lazer	Sobre o direito Atividade: Baile/ resgate dos “Gaiteiros” / Exposição de fotos de infância
		Direito à Profissionalização e ao Trabalho	Sobre o direito Atividade: Feira: Feito por mim
		Direito à Previdência Social	Sobre o direito Atividade: Roda de conversa sobre Previdência Social
		Direito à Assistência Social	Sobre o direito Atividade: Formação de um conselho do idoso (Brincando com assunto sério)
		Direito a Habitação	Sobre o direito Atividade: Construção de maquetes com recicláveis
		Direito ao Transporte	Sobre o direito Atividade: Carta endereçada a empresa de transporte municipal (Demandas dos usuários com mais de 60 anos)

Organizados pelos autores, 2018.

Com base nessa representação, as atividades trabalhadas em cada encontro foram pensadas em torno do eixo da discussão, porém não foram limitados ao direito somente, como descrito em lei, e sim objetivando uma visão ampla e complexa do conhecimento, compreendendo a posição que o sujeito se insere numa sociedade que valoriza os modos de produção em detrimento dos indivíduos. Como exemplo, no encontro dedicado ao tema alimentação, foram discutidos: o percurso necessário ao encontro do direito, cultura alimentar, importância da ingestão de grupos de alimentos para a manutenção da saúde dos idosos, entre outros, de forma a fazer a interface aos temas saúde e renda, por exemplo, uma vez que são integrados e constituem a base do direito primordial dos indivíduos que é o Direito à Vida.

Os temas “Direito à vida” e o “Direito à Liberdade, ao Respeito e a Dignidade” foram trabalhados em conjunto, uma vez que, pelo entendimento da oficina, não basta somente que haja vida no sentido biológico do termo, mas que essa vida seja baseada nos preceitos que o segundo direito apregoa.

Cabe um adendo, anterior a isso, nos primeiros encontros, onde foram construídos os grupos, as atividades visaram o fortalecimento do vínculo entre os participantes, com oficinas de sensibilização sobre identidade e autoestima e sobre a importância das atividades comunitárias no enfrentamento às diversas dificuldades que a população idosa vêm enfrentando, como a falta de infraestrutura das cidades no tocante ao envelhecimento populacional, a dificuldade no acesso aos direitos e às violências não facilmente identificadas, como as violências psicológica, verbal e econômica.

Do direito à alimentação

O encontro, cujo eixo foi nomeado como “Direito à Alimentação”, foi realizado em forma de roda de conversa em três grupos distintos: Riozinho e Engenheiro Gutierrez (bairros periurbanos¹⁸ da cidade) e na comunidade rural de Pinho de Baixo

¹⁸ De maneira geral, áreas periurbanas são concebidas como espaços de transição. Áreas em que coexistem lógicas urbanas e rurais, criando espaços com atributos específicos, fragilidades e potencialidades próprias, resultantes das interações dos elementos urbanos e rurais. Sua transição se destaca do ponto de vista paisagístico, socioeconômico e ambiental (Pereira, 2013).

e participaram da oficina aproximadamente 50 pessoas. A atividade durou cerca de duas horas em cada grupo, contando com o tempo que dispomos ao lanche.

A atividade teve seu início com a leitura do direito como descrito em lei seguido da explanação da facilitadora do percurso necessário dentro da Secretaria de Assistência Social para seu acesso em casos de vulnerabilidade social como o “Benefício Eventual” e através da sua manutenção através do BPC (Benefício da Prestação Continuada), em casos de ausência de aposentadoria.

A conversa foi seguida, pela construção de um ambiente de livre expressão no tocante à qualidade alimentar e como ela influencia diretamente na saúde e bem estar dos idosos. Nessa etapa, foram pontuados os hábitos alimentares dos participantes, a inclusão de grupos alimentares necessários a manutenção da saúde e formas de superar os gargalos das políticas públicas no que tange à qualidade alimentar.

Portanto, o relato descrito aqui é o produto intelectual dessa conversa e foi construído com base nas pontuações realizadas pelos próprios participantes.

Resultados e discussão

Nas atividades de intervenção comunitária, independente do tema, é extremamente necessária a construção de metodologias integrativas, que contemplem o ser humano em sua complexidade. Nesse contexto, as diferentes políticas públicas devem caminhar em consoante, onde a prevenção seja o foco das ações. Não se pode negar, principalmente, o laço forte que une pastas como a assistência social, agricultura e segurança alimentar e saúde no contexto da manutenção de direitos visando uma vida plena, que passa obviamente, pela questão alimentar, como promotora de saúde. Portanto, fica evidente a necessidade da abordagem de temas que, à primeira vista, podem não parecer atribuições da assistência mas que, quando não trabalhadas, retornam a pasta em forma de insegurança e de direitos violados. Esse papel preventivo da assistência com base na manutenção de direitos, tem ganhado corpo na estruturação da política através dos seus serviços, principalmente os oferecidos na “Proteção Social Básica”.

As oficinas de Mobilidade Humana trazem em sua construção uma interseção entre a política da pessoa idosa e o serviço de convivência e fortalecimentos de vínculos, tipificado como serviço socioassistencial do SUAS, no tocante à referência que versa sobre *Defesa Social e Institucional*. Importante pontuar que, a perspectiva

do trabalho dos grupos de convivência atravessa demandas de outras políticas setoriais, não se reduzindo como responsabilidade apenas da assistência social.

Sendo assim, um direito só é requerido quando conhecido e reconhecido como importante. Portanto, é necessário expandir a visão do direito. Será que a alimentação oferecida através das políticas existentes ou até mesmo aquela possível de compra, com base na renda da maioria dos idosos aposentados, supre as necessidades básicas de nutrição dessa parcela vulnerável da população? O direito é de fácil acesso?

Nesse contexto, o gargalo principal colocado pelos grupos em relação ao tema reside, justamente, na qualidade nutricional da alimentação. Em forma de cesta básica, tem como principais produtos, a farinha branca, carboidrato simples, que facilmente se converte em açúcar, aumentando os níveis glicêmicos acarretando alterações nas pessoas predispostas ao diabetes, doença tão comum nessa faixa etária da população; o sal, que além do produto puro, também está incluído nos alimentos industrializados como biscoitos e está associado diretamente à hipertensão, ao inchaço e problemas hepáticos e pelo óleo de soja que, para ter sua durabilidade aumentada, sofre o processo de hidrogenação parcial que o converte em gordura *trans*¹⁹ substância que está diretamente associada ao aumento do colesterol ruim (LDL) e diminuição dos níveis de colesterol bom (HDL), aumentando o risco de complicações cardíacas e derrames.

Outro ponto a ser destacado é a presença mínima de alimentos ricos em proteínas, como as de origem animal como ovos, leite e carne e as opções advindas dos vegetais como grãos integrais, legumes e nozes, por exemplo. As proteínas são imprescindíveis na prevenção da sarcopenia que aumenta sobremaneira os riscos de quedas e fraturas. Estudo publicado no *American Journal of Physiology - Endocrinology and Metabolism*, conduzido por Il-Young Kim, do departamento de geriatria da Universidade de Arkansas (2015) afirma que a população idosa deve dobrar o consumo desse nutriente. Para comparação, na recomendação média, uma

¹⁹ As gorduras trans são um tipo específico de gordura formada por um processo de hidrogenação natural (ocorrido no rúmen de animais) ou industrial. São lipídios insaturados que contêm uma ou mais ligações duplas isoladas (não-conjugadas) em uma configuração trans e estão presentes principalmente nos produtos industrializados. Os alimentos de origem animal, como carne e leite, possuem apenas pequenas quantidades dessas gorduras. A maior preocupação deve ser com os alimentos industrializados - sorvetes, margarinas, cremes vegetais, batatas-fritas, salgadinhos de pacote, pastelarias, bolos, biscoitos, bem como gorduras hidrogenadas e margarinas, e os produtos preparados com esses ingredientes (Anvisa, 2018)

pessoa de 60 quilos deveria consumir 48 gramas ao dia, enquanto o idoso com mesmo peso deveria ingerir 90 gramas de proteína no mesmo período, afim de minimizar os efeitos da oxidação dos tecidos musculares.

Cabe ressaltar, que o intuito desse trabalho não é adentrar ao mundo da nutrição, mas levantar questões que ampliem nosso olhar sobre nossas necessidades. A qualidade nutricional é um assunto que interessa a todos e, portanto, deve ser discutida e reavaliada em nosso cotidiano. Dessa forma, é de extrema importância a visão do educador social como ponte no acesso à informação e facilitador nas discussões que visam a construção de um pensamento crítico, imprescindível à superação do estágio de vulnerabilidade e por conseguinte, o protagonismo dos atores na construção de políticas públicas de acordo com seus interesses.

Sendo assim, a nutrição inadequada, seja pela baixa renda ou consumo excessivo de alguns grupos alimentares, tem como resultado, além do sofrimento desnecessário pelo enfrentamento da enfermidade, uma sobrecarga econômica em outras pastas, principalmente, a saúde básica, através de gastos no combate à doenças crônicas que poderiam ser pelo menos minimizados, como as políticas direcionadas ao controle do diabetes e hipertensão.

Essas patologias, como dito anteriormente, em conjunto com as osteoartrites, tão comuns nessa fase da vida podem ser agravadas também pela dieta. Os temas alimentação e nutrição estão presentes na legislação recente do Estado Brasileiro, com destaque para a Lei 8.080, de 19/09/1990 que entende a alimentação como um fator condicionante e determinante da saúde e que as ações de alimentação e nutrição devem ser desempenhadas de forma transversal às ações de saúde, em caráter complementar e com formulação, execução e avaliação dentro das atividades e responsabilidades do sistema de saúde (Brasil, 1990).

Considerando a renda da maioria dos idosos, de um salário mínimo, além de despesas com moradia, medicação e vestuário, o acesso a uma alimentação equilibrada fica longe de ser conquistada por esse grupo populacional. Uma vez que, uma alimentação equilibrada passa, invariavelmente, pela aquisição de grupos alimentares de custo mais elevado, porém a questão cultural, na visão dos participantes, também pode ser a responsável a manutenção de uma dieta pobre em nutrientes.

A alegação de alguns participantes é que muitos dos alimentos necessários, podem ser conseguidos com a cultura dos quintais e não exigem grandes investimentos na sua implantação e manutenção. Porém, à luz de uma maior compreensão, cabe avaliar nesse quesito, a participação das grandes indústrias alimentícias no fomento ao consumo desses produtos, mascarando-os como necessidade básica, quando na verdade alguns são nada mais que descarte no processo industrial, como os “empanados”, “salsichas” e “margarinas”, além dos alimentos com altos teores de sal (utilizado no processo de durabilidade da maioria dos alimentos embalados), açúcar e gorduras *trans*, como dito anteriormente, ou seja, o mercado cria a necessidade e não mais o contrário.

Os grupos em questão ainda tem um forte vínculo com o rural, característica principal do município de Irati e, em sua maioria, residentes em casas com espaços de plantio, o que facilita a inclusão dos produtos advindos dos próprios quintais, infelizmente o que não reflete todas as realidades existentes. Porém, identificar essa potencialidade, como ocorreu nos três grupos, abre um caminho bastante interessante na construção de políticas públicas que incentivem práticas de agricultura urbana, oficinas de aproveitamento de alimentos e feiras locais, além da confecção de produtos medicinais como pomadas, tinturas e extratos, todos de baixo custo e fácil acesso à essa parcela da população.

A horta como alternativa à visão capitalista de obtenção de alimentos, também pode estar associada à formação feminina dos grupos, ou seja, todos os grupos trabalhados são compostos quase que em sua totalidade por mulheres, sendo o grupo do Riozinho, sem participação masculina nenhuma.

Esse fenômeno não pode ser delegado somente ao processo de feminização da velhice, mas sim, como um movimento social de responsabilização das mulheres aos cuidados familiares e comunitários. Na visão de Azeredo (2010, p.588) o fortalecimento do posicionamento da mulher como única responsável pelo comparecimento nos atendimentos, enfatiza sua situação de vulnerabilidade social, bem como, reproduz formas desiguais e discriminatórias, não se atentando as perspectivas de equidade de gênero. Esse comportamento pode ser observado também nos grupos de idosos, como sendo da mulher a responsabilidade de participação nas atividades do SCFV, mesmo se tratando de um tema de cunho político-social, historicamente detido pelos homens como é o caso das leis e políticas públicas, trabalhados nas oficinas de Mobilidade Humana.

Esse olhar de responsabilização pelos cuidados familiares e do entorno da casa, como sendo exclusivamente feminino pode ser visto também no manejo das hortas e quintais. No que pode ser chamado de divisão sexual do trabalho, às mulheres é delegado os cuidados domésticos e familiares, tarefas vinculadas à sustentabilidade da vida humana (Silva, 2009) que, apesar de extremamente importante, ganha ares de trabalho complementar ou de segunda importância. Na maioria das propriedades, a responsabilidade da manutenção dos policultivos, ou seja, da preservação da biodiversidade, é de responsabilidade exclusiva das mulheres (Burg; Lovato, 2007), mas não é contabilizada em estudos econômicos do trabalho, reforçando a ideia de trabalho sem valor.

Essa forte participação feminina na comunidade, pode observada através dos cuidados que dispensam aos moradores, à melhoria do entorno e como mantenedoras da biodiversidade local, sendo possível acompanhar frequentemente a troca de mudas de espécies vegetais alimentícias e medicinais, comportamento que pode ser facilmente levado a outros grupos e públicos, sendo a prática da agricultura urbana possível de replicação.

Lições aprendidas

Os idosos, público dessa oficina, demonstraram um grande interesse, sendo que, dentre os temas realizados até a presente data, o que contou com maior participação, mesmo na identificação de hábitos alimentares nocivos que todos praticamos. Foi possível inclusive, por parte deles, fazerem a interface com outras políticas, como a saúde.

Dentro dessa proposta metodológica de atividade foi possível perceber a construção de um conhecimento embasado nas vivências diversas dos participantes da oficina acerca do tema e, principalmente, a necessidade local de ações que visam melhor orientação e compromisso sobre a segurança alimentar e nutricional.

Muitas vezes, associamos o passado com uma ideia errônea de atraso, porém fica mais que evidente a necessidade urgente do resgate de práticas tão substanciais, como o manejo do espaço na produção de alimentos. Esse movimento de resgate, traz consigo além da melhoria da saúde, através da alimentação de qualidade, uma pacificação do ser humano com o meio ambiente em que vive, uma vez que depende dele para sua perpetuação e de seus descendentes.

A alimentação é um ato político, confirmado inclusive como direito humano na Constituição Federal, e por se tratar de um direito comum a todos, necessita sempre ser discutido e revisto de acordo com as características culturais de cada povo e de cada geração. Dentro desse contexto, a escolha dos alimentos e seus fornecedores, fugindo da padronização da produção em larga escala dos alimentos é agir politicamente.

Neste sentido, entende-se a responsabilidade das políticas sociais (assistência social, saúde, segurança alimentar...) como responsável à manutenção e promoção do bem-estar físico, psicológico e social no acompanhando das pessoas idosas que se encontram em situação de vulnerabilidade social, dentro das suas peculiaridades e, no entendimento da construção social de cada um dos diversos territórios. Em relação à promoção de atividades intersetoriais ou até mesmo uma visão ampla do serviço de convivência e fortalecimento de vínculos busca permitir a manifestação das capacidades, recursos e responsabilidades que possibilitem a efetiva transformação do ambiente comunitário que trarão reflexos positivos no processo de desenvolvimento individual de cada cidadão.

Vale ressaltar que o assunto será aprofundado em um próximo momento, reconhecendo sua complexidade que permeia relações histórias, culturais, sociais, políticas e econômicas, como tópico na construção de um diagnóstico socioeconômico e cultural da população idosa do município de Irati-PR, inclusive com vistas a conhecer a realidade local dos processos de insegurança alimentar e nutricional que acomete essa faixa etária da população.

Referências

ANVISA (2018). Gordura *Trans*. **Agência nacional de vigilância sanitária**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>.

Azeredo, Verônica Gonçalves. (2010). Entre paredes e redes: o lugar da mulher nas famílias pobres. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 103, p. 576-590, jul/set.

Burg, I. C.; Lovato, P. E (2007). Agricultura Familiar, Agroecologia e Relações de Gênero. **Revista Brasileira de Agroecologia**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p.1522-1528, dez.

IBGE (2018a). Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 2010 a 2060. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em <https://www.ibge.gov.br>.

IBGE (2018b). Expectativa de vida. **Agência de notícias. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br>.

Hermany, A.P.(1999). Terceira Idade: motivos que aproximam grupos de convivência. **Universidade de Santa Cruz do Sul(Unisc)**. Santa Cruz do Sul.

Jekel, E. A. N (2001). Desenvolvimento e Envelhecimento, perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. **Papirus**. Campinas, SP:

Lopes, A. C. S. et al (2013). Consumo de nutrientes em adultos e idosos em estudo de base populacional: Projeto Bambuí. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21 n. 4, p.1201-1209.

Nicodemo, D.; Godoi, M. P (2010). Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, v. 6, nº. 1. Disponível em: <http://ojs.unesp.br>.

Pereira, A. S (2013). Análise das tendências de aplicação do conceito de periurbano. **Revista Terr@Plural**, Ponta Grossa, v.7, n.2, p. 287-304, jul/dez.

Silva, M. M (2009). Fonte de água viva: soberania alimentar e ação das mulheres na Rede XiqueXique. **Revista Agriculturas: experiências em agroecologia**, Rio de Janeiro, v. 6,n. 4, p.28-31, dez.

Rosa, T. E. D. C. et al (2012). Segurança alimentar em domicílios chefiados por idosos no Brasil. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia** v. 15 n.1. p. 69-77. Rio de Janeiro.

Torres, Abigail Silvestre (2013). Segurança de convívio e de convivência: direito de proteção na Assistência Social (tese de doutorado). **Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**.

Kim, Y, et al (2015). Quantity of dietary protein intake, but not pattern of intake, affects net protein balance primarily through differences in protein synthesis in older adults. **The American Physiological Society**.

CAPÍTULO 21 – RELAÇÃO ENTRE A IMAGEM CORPORAL E A INFLUÊNCIA NO ATO DE COMER NO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

Patricia Couceiro Santos

Em torno do ato de comer, os homens, em inúmeras culturas e em todas as épocas, foram constituindo alguns dos procedimentos, rituais, imagens e símbolos mais fortes e eloqüentes da história da humanidade. A partir desse ato fundamental, fruto da necessidade mais premente da vida, desenvolveram-se práticas e costumes que muitas vezes fundam e dão identidade às diversas sociedades e tradições, o que permite traçar uma relação direta entre a essencialidade da vida individual e a essencialidade da vida coletiva ou da humanidade.

O processo alimentar do idoso é, portanto, influenciado por alterações fisiológicas particularizadas por um estado de envelhecimento, a exemplo do que ocorre nos órgãos sensoriais e trato gastrointestinal, bem como é influenciado por questões socioculturais, como crenças e hábitos. Os estudos antropológicos que abordam o tema dos hábitos alimentares mostram que o comer é mediado de elementos simbólicos incorporados na construção da identidade cultural (Freitas, 2008).

Como é conhecido, a sociedade contemporânea na atualidade, valoriza a juventude como um modelo ideal de vida, como uma maneira de se viver que deve ser prolongada. Valores como jovialidade, alegria, vigor físico, saúde, vida sexual ativa e boa aparência passam a se constituir imperativos para que se viva bem os períodos finais da vida. Entretanto, como consequência talvez do próprio processo de envelhecimento geral da população, fala-se em reinvenção da velhice (Debert, 2004), processo em que o envelhecimento adquire novos contornos, em que cada indivíduo passa a querer ou não se engajar nesse ideal de vida. Numa visão antropológica do processo de envelhecimento, e do trato com a velhice, a autora propõe que o envelhecimento pode acontecer, hoje, de diferentes formas, todas elas vistas muito positivamente pela sociedade.

A qualidade da alimentação e seus aspectos culturais estão relacionados à solidão e à concepção do envelhecer como uma desordem da normalidade. “Comida de velho” é considerada “fraca e sem gosto”, como “comida de doente”, pois os idosos se sentem socialmente desse modo em relação à vida. No passado, ao

recordar, a comida representava prazer, necessidade e encontro com outros membros da família. Estas e outras inscrições da cultura no contexto específico dos idosos mostram a comida como marco de identidade social e o gosto faz analogia com outros sentidos da vida.

Hoje, percebe-se que embora os temas de alimentação e nutrição estejam cada vez mais em pauta, as informações mais acessíveis e a ciência da nutrição em crescente evolução, ainda persiste uma visão restrita sobre o que é “saudável e não saudável”, ou de quais alimentos são considerados “bons ou ruins”, o que torna o prazer em comer muitas vezes associado à culpa (Alvarenga, 2016).

Essas percepções não promovem a mudança de hábitos e de comportamento e não tornam as pessoas mais saudáveis (visto o constante aumento da obesidade, transtornos alimentares e suas doenças associadas). Em muitos aspectos, a nutrição acabou por focar-se apenas nos nutrientes, sem dar importância ao alimento como um todo. Isso é inadequado, porque supõe que a ciência da nutrição sabe praticamente tudo sobre os alimentos, colocando o nutricionista como um “policial” que dita às pessoas o que deve e o que não deve ser ingerido.

Em contraponto a esse contexto, a Nutrição Comportamental foi idealizada, trazendo uma abordagem científica e inovadora da nutrição que considera todos os aspectos da alimentação e promove mudanças no relacionamento do nutricionista com seu paciente, e da comunicação da mídia e das indústrias com seus consumidores (Alvarenga, 2016).

A comida tem uma série de significados, dentre eles a cultura, religião, memórias afetivas, família, questões de gênero e de relacionamento. A Nutrição Comportamental considera que as funções simbólicas da comida são tão importantes quanto as funções nutricionais e é papel do nutricionista defender que as necessidades nutricionais sejam atingidas junto das necessidades culturais e simbólicas.

No envelhecimento podemos identificar riscos para desenvolver comportamentos alimentares inadequados que podem comprometer sua saúde. Faz-se necessário uma abertura de diálogo entre idosos e profissionais de saúde na tentativa de modificar hábitos prejudiciais e melhorar a qualidade de vida do envelhecer. Portanto, o presente capítulo tem como objetivo apresentar a relação entre a imagem corporal no processo do envelhecer e a influencia no ato de comer entre idosos.

Relação entre o corpo e a comida no processo do envelhecer

Desde o momento do nascimento, o corpo está em processo de constantes alterações biológicas no sentido do envelhecimento, um processo que nem sempre está ligado a perdas ou declínios. Quando as pessoas nascem e passam pela infância, elas envelhecem através da maturação de tecidos e órgãos, trabalhando na aquisição de habilidades motoras básicas e, posteriormente, habilidades complexas com uma combinação delas, ou seja, o envelhecimento é um processo de ganhos (Gallahue & Ozmun, 2005).

Ao se passar pela fase adulta, apenas se faz necessária a manutenção do perfeito funcionamento das estruturas adquiridas. E, finalmente, quando se atinge uma idade mais avançada, ocorrem as perdas de funções, uma certa tentativa de diminuir os declínios inerentes ao processo em si, onde, por motivos ainda não completamente compreendidos, aos poucos, algumas informações biológicas deixam de ser transmitidas, ou, quando transmitidas, não mais atingem seu destino com a mesma eficácia (Oliveira et al., 2010).

Segundo Blessmann:

sendo a velhice considerada uma etapa, assim como a infância e a juventude, é nela que se concentra o momento mais dramático de mudança de imagem corporal, porque é difícil aceitar uma imagem envelhecida em uma sociedade que tem como referência a beleza da juventude (Blessmann, 2004, p. 27).

A imagem corporal dos idosos se ajusta gradualmente ao corpo durante o processo de envelhecimento, mas pode sofrer modificações devido aos comprometimentos patológicos ou por distúrbios da motivação que podem ocasionar mudanças no movimento (Monteiro, 2001). Essa imagem também pode sofrer distorções devido à visão negativa em relação à velhice, baseada na falsa ideia de que envelhecer gera sempre incompetência (Marcelino, 2008).

De acordo com Schilder (1999) a imagem corporal é a representação do corpo humano formada na mente, de maneira que esse corpo é o corpo que se apresenta para si mesmo e para o mundo. A percepção que temos do nosso corpo é influenciada pelos conceitos e valores da sociedade e se estrutura também através do contato social. Formamos essa imagem a partir de nossas sensações, mas somos influenciados pelo que a sociedade pensa e idealiza sobre o nosso corpo (Schilder, 1999; Tavares, 2003).

O corpo em processo de envelhecimento sofre uma ambivalência (Blessmann, 2004) pelo fato dele representar a vida e suas possibilidades infinitas, e, ao mesmo tempo, proclamar a morte futura e a finitude existencial. São as duas faces do corpo: de um lado, a face dinâmica, ávida de desejos; de outro, a face da temporalidade, da fragilidade e do desgaste. Porém, sabe-se que é facultativo ao ser humano a aceitação das modificações do seu corpo com o passar do tempo, e isso está diretamente ligado à sua saúde, em especial à saúde psíquica. Emoções, opiniões, sensações, pensamentos que ativam o cérebro de maneira positiva repercutem na fisiologia do organismo, minimizando efeitos degenerativos e liberando substâncias endócrinas produtoras de bem-estar (Barak, 2006).

Como se pode ver, o homem se faz por sua realidade corpórea na relação consigo e com os outros, e assim suas ações e reflexões advêm dessa realidade. Com isso, parte-se do pressuposto de que o homem, enquanto um ser social, busca estabelecer relações com os outros e desenvolve uma forma de se expressar. A partir dessas relações, segundo a teoria reichiana, criam-se as tensões corporais que podem ser vistas como uma série de constrições (Lelis, 2006), cuja função é limitar o movimento, a respiração e a emoção, e também como uma defesa perante as agressões e dificuldades presentes na sociedade. Deve-se entender o corpo como algo em constante construção (Merleau-Ponty, 1994), sendo impossível conhecê-lo sem vivenciá-lo, pois o movimento corporal humano é singular, nunca se repetirá da mesma forma, sempre e a cada momento estará envolto por diferentes emoções e sentimentos, que o motivarão.

As pessoas não têm um corpo bonito, feio, baixo ou alto; elas são o corpo, que expressa experiências da vida (Okuma, 1998; Simões, 1994). Comparar o corpo a padrões impostos pela mídia é algo muito comum, pois a indústria e o consumo exploram os cuidados com o corpo, ditando tendências de comportamento, mas isso traz frustrações a quem não atende aos padrões exigidos, criando a sensação de não ser aceito pela sociedade (Castro, 2007).

O corpo passa por mudanças, isso é inevitável, o organismo perde massa muscular, principalmente os inativos, o que leva a uma diminuição dos tecidos metabolicamente ativos e ao aumento da gordura corporal (Teixeira, 2008). O corpo tornou-se um acessório, o rascunho que deve ser consertado. Com a vinda das cirurgias plásticas, passou-se a acreditar que bastava o indivíduo mudar seu corpo

para mudar sua vida, ou, pior ainda, justificar essa mudança como um cuidado com a saúde (Le Breton, 2003).

Os sentimentos gerados a partir das mudanças na textura da pele, do aparecimento de rugas, da diminuição da força física, do ganho de peso, aspectos que apontam o envelhecer, ou seja, o estar “velho”, apresenta significativa influência social, cultural e econômica. Analisando o corpo como uma construção social, pudemos constatar as mudanças que a velhice pode trazer como mais consciência sobre o ser, maior reflexividade, maior liberdade, gratidão pelas experiências e a construção da “sabedoria” que só pode ser conquistada a partir das experiências vivenciadas em idade avançada.

A cultura do corpo não é a cultura da saúde, como quer parecer; ela, na verdade, é a produção de um sistema fechado que pode levar à drogadização, violência ou depressão, fenômenos que passam bem longe do conceito de saúde (Golderberg, 2007). A vida fechada diante do espelho fica perigosamente vazia de sentido.

Estabelecer relações positivas com o próprio corpo traz benefícios, ajuda na formação da identidade de cada um, o que influencia de maneira fundamental a imagem que cada pessoa faz de si mesma. Com isso, reestrutura sua identidade corporal, o que se reflete automaticamente na presença da pessoa no mundo. Verifica que a maioria das pessoas não sabe definir seu corpo, porque o enxerga como algo externo a elas mesmas, separam corpo em partes, ou dissociam corpo de mente ou alma.

Modelos socioculturais (por exemplo, Stice, 1994) enfatizam o papel influente da família, dos pares e da mídia no desenvolvimento de preocupações da aparência. De fato, essas influências têm sido associadas maiores taxas de insatisfação corporal e desordem alimentar entre mulheres de meia-idade (Midlarsky e Nitzburg, 2008). Parte da responsabilidade pelos altos níveis de insatisfação corporal tem sido atribuída à mídia através do mecanismo de transmissão de padrões irrealistas de beleza, especialmente para o sexo feminino. Exposição a celebridades femininas com avançada idade sintetizam padrões irrealistas de aparência para sua idade, o pode provocar consequências psicológicas aversivas para mulheres comuns na meia-idade. De fato, o maior grupo de consumidores de cirurgia estética são mulheres de meia-idade (40-55 anos) (Rohrich, 2017), talvez sem surpresa, dado o crescente cosmético da indústria “anti-envelhecimento” (Huang e Miller, 2007).

Faz-se necessária uma maior conscientização das pessoas e dos profissionais que lidam com esses indivíduos a respeito do real papel do corpo em suas vidas, da aceitação dos efeitos do tempo sobre seu corpo e o quanto a melhora de suas relações com ele irão beneficiar sua saúde. De fato, insatisfação corporal, investimento de aparência e atitudes negativas em relação ao seu corpo podem mascarar dificuldades de aceitação pessoal, baixa-estima e problemas psicológicos.

As expectativas com o corpo entrelaçam com a maneira de comer, as escolhas alimentares e o grau de influência das informações transmitidas por profissionais, pela sociedade e pela mídia. Desta maneira, o padrão alimentar durante o processo do envelhecimento está relacionado com o estilo de vida. Sugerem-se o envolvimento dos idosos com profissionais para melhora da relação entre a percepção de corpo, envelhecimento e a qualidade de vida.

Comportamento alimentar e envelhecimento

A abordagem dos aspectos envolvidos com o comportamento alimentar permite a compreensão da multidimensionalidade da alimentação humana, colaborando para a promoção da saúde e qualidade de vida dos indivíduos (Boog, 2008).

As práticas alimentares indicam a história cultural e social do indivíduo e correspondem a procedimentos desde a escolha, preparação até o consumo do alimento. No comportamento alimentar de um indivíduo, não há apenas a busca pela satisfação das necessidades fisiológicas, mas também pelas necessidades psicológicas, sociais e culturais.

Dessa maneira, o comportamento alimentar engloba aspectos biológicos, cognitivos, situacionais e afetivos (Motta & Boog, 1987; Tchakmakian & Fragella, 2007). No aspecto biológico estão incluídas as necessidades nutricionais para a manutenção fisiológica e metabólica do indivíduo (Gedrich, 2003). O aspecto cognitivo inclui o conhecimento que o indivíduo tem sobre os alimentos e a nutrição, enquanto o aspecto situacional recebe influência dos fatores econômicos, culturais e sociais.

Com relação aos aspectos afetivos, estes correspondem às atitudes e aos sentimentos que se tem em relação à alimentação. Nestes estão inseridos os motivos pessoais relacionados aos valores sociais, culturais, religiosos e outros significados atribuídos ao alimento (Motta & Boog, 1987). Diversos momentos da

vida são marcados com a presença de alimentos, e o componente afetivo guia a escala de preferências e símbolos alimentares, como a comida de ocasiões especiais: na demonstração de afeto, no presentear pessoas com alimentos, nos ritos de passagem, como batizados, aniversários, casamentos, formaturas e até funerais (Tchakmakian & Fragella, 2007).

Em todas as sociedades humanas, a comida é uma maneira de criar e expressar as relações entre os indivíduos (Helman, 2003). Quando o alimento é consumido em uma refeição coletiva, fica evidente a relação de cada indivíduo com os outros e com o mundo exterior. As refeições são controladas pelas normas de um grupo, que ditam quem prepara ou serve o alimento, quem come junto ao grupo e quem limpa no final, a ordem dos pratos na refeição, a louça ou os talheres usados e comportamento à mesa.

Essas relações são estabelecidas por todo o curso da vida. No idoso, diversos fatores, de ordem biológica, social ou psicológica estão relacionados a mudanças nas práticas alimentares (Goodwin, 1989; Santos et al, 1996). Exemplos desses fatores podem ser: a aposentadoria, a viuvez, a saída dos filhos de casa, entre outros. Esses fatores muitas vezes são acompanhados da perda de papéis sociais e do poder aquisitivo, favorecendo o isolamento e solidão. Pode ocorrer desinteresse na preparação das refeições e na ingestão dos alimentos. Esse fato é comum em indivíduos que moram sozinhos, ou ainda em indivíduos que moram acompanhados, mas vivem em conflitos com os familiares. Por essas razões, é relativamente frequente o fato de os idosos passarem a se alimentar fora de casa.

Formas inadequadas do ato de comer são definidos como comer transtornado que pode ser definido como "todo espectro dos problemas relacionados à alimentação da simples dieta aos transtornos alimentares clínicos". Incluem práticas purgativas, compulsões, restrição alimentar, e outros métodos inadequados para perder ou controlar o peso que ocorrem menos frequentemente ou de forma menos severa do que o exigido pelos critérios diagnósticos dos transtornos alimentares. Mas o que significa comer normal?

Segundo Ellyn Satter

Comer normal é ir para a mesa com fome e comer até que você esteja satisfeito. É ser capaz de escolher o alimento que você gosta, comê-lo e realmente obter o suficiente dele, não apenas parar de comer porque você acha que deveria. Comer normal é ser capaz de pensar um

pouco sobre a sua seleção de alimentos de modo a obter alimentos nutritivos, mas não ser tão cauteloso e restritivo que você perca a comida agradável. Comer normal é dar a si mesmo permissão para comer, as vezes, porque está feliz, triste ou entediado, ou apenas porque o faz se sentir bem. Comer normal é principalmente ter três refeições por dia, ou quatro ou cinco, ou pode ser a escolha de petiscar ao longo do caminho. É deixar alguns biscoitos no prato porque você sabe que pode ter alguns novamente amanhã, ou é comer mais agora porque o gosto é tão maravilhoso. Comer normal é comer demais, às vezes, se sentindo muito cheio e desconfortável. E pode ser não comer o suficiente, às vezes, desejando ter tido mais. Comer normal é confiar no corpo para compensar os seus erros de alimentação. Comer normal leva um pouco do seu tempo e da sua atenção, mas mantém o seu lugar como apenas uma área importante da sua vida. Em suma, comer normal é flexível. Ela varia em resposta a sua fome, sua agenda, sua proximidade com a comida e os seus sentimentos (Satter, 2007, p. 142).

Alimentação normal não é perfeita e não deveria ser fiscalizada sempre. Com relação aos transtornos alimentares em geral, muitas vezes se pensa que esses são problemas que incomodam as jovens e adolescentes do sexo feminino, excluindo a possibilidade ou o pensamento de que essas doenças assolam os idosos também. Os adultos idosos podem ser tão suscetíveis ao desenvolvimento de um transtorno alimentar como compulsão alimentar, e podem ser menos propensos a procurar ajuda e tratamento adequados.

Pesquisas recentes descobriram o impacto de transtornos alimentares e insatisfação corporal entre a população idosa, com taxas de transtornos alimentares entre os idosos aumentando continuamente. Um estudo publicado no *International Journal of Eating Disorders* examinou as características clínicas de idosos com transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) e descobriu que o número de participantes que preenchem os critérios para o TCAP era comparável à taxa observada entre adultos jovens. Enquanto os participantes relataram estar em boa saúde médica geral, o TCAP parecia ser um subgrupo de idosos fisicamente saudáveis (Dudrick, 2013; Lapid et al, 2010)

Os transtornos alimentares podem não ser diagnosticados entre os idosos devido à falta de conscientização e educação entre os médicos da atenção primária que tratam desse grupo etário. Idosos com transtornos alimentares também podem encontrar maiores barreiras e acesso ao tratamento devido à cobertura limitada de seguro de saúde e renda.

Apenas pelo fato de que muitas pessoas e profissionais não estão esperando que um idoso apresente um distúrbio alimentar, o diagnóstico e tratamento dessas doenças psiquiátricas entre adultos mais velhos tornou-se severamente limitado. Idosos podem precisar ser examinados com perfis psiquiátricos, médicos e metabólicos para avaliar se o transtorno da compulsão alimentar periódica pode estar presente.

Se você tem um parente ou amigo idoso e suspeita que apresenta algum distúrbio alimentar, faça uma conversa gentil na qual ele possa expressar suas preocupações. Os sinais de compulsão alimentar em idosos podem incluir, dentre outros aspectos: Comer rapidamente durante episódios de compulsão de um alimento específico ou comer sem controle em determinado momento que não faz; Falta de controle ao comer; comer sozinho frequentemente; esconder comida; comer em horários noturnos e/ou de madrugada, continuar comendo mesmo quando está cheio entre outros.

Propostas da Nutrição comportamental para melhorar a relação entre o ato de comer

Dentre os modelos propostos para melhorar a relação entre o corpo e a comida encontra-se o comer intuitivo. No mundo atual, com a correria do dia-a-dia ou situações de alterações emocionais, muitas vezes acabamos contrariando as necessidades básicas do nosso corpo, paramos de prestar atenção nele para fazer outra atividade da nossa rotina e os sinais emitidos costumam ser ignorados (como por exemplo, os sinais de fome e saciedade). Cada vez que ignoramos estes sinais, estamos nos “desconectando” do nosso corpo. Com essa negligência, deixamos de perceber direito quando estamos com fome e quando estamos saciados. Desaprendemos a interpretar esses sinais e por consequência deixamos de confiar no nosso corpo.

Os estudos têm mostrado que o autoconhecimento tem sido extremamente importante na mudança do comportamento alimentar. As pessoas que seguiram os princípios do Comer Intuitivo tiveram um menor IMC (Madden et al, 2012; Tyldka, 2006), maior sensação de bem-estar (Tyldka, 2006) e conseguiram manter o peso e as mudanças de comportamento por mais tempo (Bacon et al, 2005).

Em seu livro "Intuitive Eating", as autoras americanas Evelyn Tribole e Elyse Resch falam sobre a importância de se comer em resposta aos sinais de fome e

saciedade, de se permitir comer incondicionalmente qualquer alimento e de alimentar-se principalmente por razões físicas ao invés de emocionais. Elas propõem 10 princípios para o que chamam de Comer Intuitivo (Tribole & Resch, 2012):

1. Rejeite a mentalidade de dieta: jogue fora seus livros de dieta e artigos de revista que te ofereçam a falsa esperança de perda de peso rápida, fácil e permanente. Fique furioso com as mentiras que fazem você se sentir como se fosse um fracassado toda a vez que você interrompe uma nova dieta e que recupera todo o peso perdido.

2. Honre sua fome: mantenha seu corpo alimentado com energia e carboidratos suficientes. Caso contrário, você poderá começar a comer em excesso. Uma vez que você atinge o ponto máximo da fome, todas as tentativas de moderar e comer conscientemente se tornam passageiras e ineficazes.

3. Faça as pazes com a comida: dê uma trégua, pare de brigar com a comida! Permita-se comer incondicionalmente. Se você disser que “não pode” ou que “não deve” comer determinado alimento, isso poderá intensificar os seus sentimentos de privação e gerar vontades incontroláveis. Frequentemente, este tipo de comportamento leva às compulsões alimentares. Quando você finalmente se livra da ideia de que existem alimentos proibidos, o ato de comer pode ser vivenciado com maior intensidade, e isso normalmente resulta no término dos exageros alimentares.

4. Desafie o “policia da comida”: diga “NÃO” aos pensamentos que falam que você é “bom” quando come o mínimo de calorias ou “ruim” porque você comeu um pedaço de torta de chocolate. Espantar o “policia da comida” é um importante passo para se reconectar com o comer intuitivo.

5. Respeite sua saciedade: escute quando os sinais do seu corpo disserem que você ainda não está satisfeito. Perceba quando os sinais mostrarem que você já está confortavelmente cheio. Pare na metade da refeição e se pergunte qual é o sabor da comida e como anda o seu nível de saciedade.

6. Descubra um momento de satisfação: na nossa fúria para sermos magros e saudáveis, frequentemente negligenciamos um dos mais básicos presentes da existência, o prazer e a satisfação que podem ser encontrados na experiência do ato de se alimentar. Quando você come o que realmente quer, em um ambiente convidativo, a satisfação promovida se tornará uma força poderosa na percepção da saciedade e do contentamento. Munido desta experiência, você perceberá que

precisa pegar muito menos comida do que quando você decide racionalmente parar porque acha que já comeu o suficiente.

7. Honre seus sentimentos sem utilizar-se da comida: encontre maneiras de alívio, estímulo, distração e resolva seus problemas sem usar a comida. Ansiedade, solidão, tédio, raiva são emoções que todos nós vivenciamos ao longo da vida. Cada uma delas tem seu próprio início e fim. A comida não consertará nenhum destes sentimentos. Ela poderá te confortar por um curto período, distrair a dor, ou ainda causar um entorpecimento. Mas a comida não resolverá o problema. Comer por “fome emocional” só fará você se sentir pior.

8. Respeite seu corpo e aceite sua genética: como uma pessoa que calça 37 não esperaria realmente “entrar” em um sapato de número 35, é igualmente inútil (e desconfortável) ter a mesma expectativa com relação ao tamanho do seu corpo. Respeite-o e então você poderá sentir-se melhor consigo mesmo. Fica muito difícil rejeitar a mentalidade de dieta se você tem expectativas fantasiosas e é extremamente crítico com relação à sua forma corporal.

9. Exercite-se: Seja ativo e sinta a diferença. Mude o foco para como você se sente movendo o seu corpo, ao invés de o quanto você gasta de calorias fazendo o exercício. Se o seu foco estiver em como você se sente durante a atividade, você se sentirá energizado. Isso pode fazer a diferença entre levantar da cama pela manhã para uma refrescante caminhada ou odiar o barulho do seu despertador. Se quando você acorda a sua única meta é perder peso, esta não costuma ser motivação suficiente naquele determinado momento.

10. Honre sua saúde: usar os conhecimentos nutricionais de forma flexível te permite fazer escolhas alimentares que honrem sua saúde enquanto faz você se sentir bem. Lembre-se que você não precisa comer uma dieta perfeita para ser saudável. Você não ficará repentinamente com alguma deficiência nutricional, ou ganhará peso em um único lanche, em uma única refeição, ou em um único dia alimentar. É o que você come conscientemente a maioria das vezes que importa. Progresso (e não perfeição) é o que conta!

Bom apetite!

Referências

Alvarenga, M.; Antonaccio, C.; Figueiredo, M.; Timerman, F. (2016). **Nutrição Comportamental**. São Paulo: Malone.

Bacon L, Stern J.S., Van Loan M.D., Keim N.L. (2005). Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. **J Am Diet Assoc.** Jun;105(6):929-36.

Barak, Y. (2006). The immune system and happiness. **Autoimmunity Reviews**, v. 5, n. 8, p. 532-527.

Blessmann, E.J.(2004). Corporeidade e Envelhecimento: o significado do corpo na velhice. **Estud. interdiscip. Envelhec**, Porto alegre (RS), v. 6, p.21-39.

Boog, M.C.F. **Educação nutricional: por que e para quê?**. São Paulo: Unicamp.

Castro, A. L. de (2007). **Culto ao corpo e sociedade: mídia, estilos de vida e cultura de consumo**. 2. ed. São Paulo: Annamuble/Fapesp.

Debert, G. G. (2004). Cultura Adulta e Juventude como Valor. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 21-44.

Dudrick, M.D. (2013). Older Clients and Eating Disorders, Eating Disorders Statistics. National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders. **Today's Dietitian**, v. 15, n. 11, p. 44.

Freitas, M.C.S.; Fontes, GAV., & Oliveira, N., (org.) (2008). **Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura** [online]. Salvador: EDUFBA, p. 422.

Gallahue, D.L; Ozmun, J.C. (2005). **Compreendendo o desenvolvimento motor: Bebê, Criança, adolescente e adulto**. 3ed. São Paulo: Phorte, p. 585.

Gedrich K. (2003). Determinants of nutritional behaviour: a multitude of levers for successful intervention? **Appetite**; 41(3):231-8.

Goldenberg, M. (2015). **A bela velhice**. 6ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Record.

Goodwin JS. (1989). Social, psychological and physical factors affecting the nutritional status of elderly subjects: separating cause and effect. **American J. Clin Nutr**; 50:1201-9.

Guerdjikova, Al, et. Al. (2016). Binge eating disorder in elderly individuals. **Int J Eat Disorder**. v. 7, n. 45, p. 905-8.

Helman, C.G. Dieta e nutrição. In: Helman C.G. (2003). **Cultura, saúde e doença**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; p.49-70.

Lapid, MI, Prom MC, et al. (2010). Eating Disorders in the Elderly. **Int Psychogeriatr**. V. 4, n. 22, p. 523-36.

Le Breton, David. (2003). **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade**. Campinas: Papyrus, p. 240.

Madden, C.E.; Leong, S.L.; Gray, A.; Horwath, C.C. (2012). Eating in response to hunger and satiety signals is related to BMI in a nationwide sample of 1601 mid-age New Zealand women. **Public Health Nutr.** v. 23, p.1-8.

Marcelino, V.R. (2008). **Influência da Atividade física na imagem corporal e percepção de dor de pessoas idosas com dores crônicas**. Campinas. Tese [Doutorado em Educação Física] - Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas.

Merleau-ponty, M. (1994). **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes.

Midlarsky, E. & Nitzburg, G. (2008). Eating Disorders in Middle-Aged Women. **The Journal of general psychology.** v. 135, p. 393-407.

Monteiro, P.P. (2001). **Envelhecer – Histórias: encontros e transformações**. Belo Horizonte: Autêntica.

Motta, D.G & Boog, M.C.F. (1987). Fundamentos do comportamento alimentar. In: Motta D.G.; Boog, M.C.F. **Educação nutricional**. 2 ed. São Paulo: IBRASA. p.34-54.

Okuma, S.S. (1998). **O idoso e a atividade física: fundamentos e pesquisa**. Campinas: Papyrus.

Rohrich, R.J. (2017). Plastic Surgery 2017: The Abstract Supplement. **Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open.** v. 5, p. 1–21.

Santos, G.E.R.; Hiramatsu, C.S.; Duarte, A.L.N. (1996). Alimentação e hidratação do idoso. In: Rodrigues RAP, Diogo MJD (org.). **Como cuidar dos idosos**. Campinas: Papyrus. p. 67-75.

Satter, E.M. (2007). Eating Competence: definition and evidence for the Satter Eating Competence Model. **J Nutr Educ Behav**, v. 39, p. S142-S153.

Scharfstein, E.A. Intervenção psicossocial. In: PY L, Pacheco JL, Sá JLM, Goldman SN, (org.) (2004). **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais**. Rio de Janeiro: Nau. p.321- 338.

Schilder P. (1999). **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

Simoës, R. (1994). **Corporeidade e terceira idade: a marginalização do corpo idoso**. 2. ed. Piracicaba: Unimep.

Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H. E., & Stein, R. I. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 103(4), p. 836-840.

Tavares, M.C.G.C. **Imagem Corporal**: conceito e desenvolvimento. Barueri: Manole; 2003.

Tchakmakian, L.A; Fragella, V.S. (2007). As interfaces da alimentação, da nutrição e do envelhecimento e o processo educativo sob a visão interdisciplinar da Gerontologia. In: Papaléo Netto M. **Tratado de Gerontologia**. 2ed. São Paulo: Atheneu. p.469- 78.

Tribole, E.; Resch, E. (2012). **Intuitive Eating**. 3rd ed. New York: St. Martin's Griffin.

Tylka, T.L. (2006). Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. **J Couns Psychol**. v. 53, p. 226-240.

PRÁTICAS

CAPÍTULO 22 - TRABALHO EM EQUIPE, PRÁTICAS COLABORATIVAS, EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: APROXIMAÇÕES TÉORICAS

Carlos Eduardo Panfilio
Sylvia Helena Souza da Silva Batista

A compreensão da atuação dos profissionais no campo da saúde dos idosos demanda, em nossa perspectiva, articular, dentre outros eixos, o trabalho em equipe, as práticas colaborativas e a educação permanente. Em uma perspectiva crítica e socialmente referenciada, a articulação mencionada pode contribuir para a produção de práticas de cuidado na rede da integralidade e da humanização.

No Brasil, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), avança-se na direção de uma mudança do paradigma médico-assistencialista para uma visão ampliada do conceito da saúde. Desta maneira, o SUS enfrentou e enfrenta grandes dificuldades em relação à sua implantação e consolidação, devido aos descompassos entre o instituído e as práticas diárias. Neste sentido, o desafio é que os profissionais da área da saúde incorporem e atuem de forma a contemplar o modelo proposto pelo SUS (Romagnoli, 2006).

Por isso, é necessário superar o descompasso entre a formação dos profissionais de saúde e os princípios, diretrizes e necessidades do SUS, e, assim, repensar os campos de práticas e de saberes, com a finalidade de criar novas estratégias de formação e reciclagem dos profissionais da saúde (Pires & Braga, 2009).

Dada a relevância da equipe e do trabalho em saúde para a promoção da saúde do idoso, neste capítulo serão abordados as concepções de saúde do idoso, educação interprofissional em saúde, práticas colaborativas e educação permanente. Essa abordagem objetiva contextualizar a atenção à saúde do idoso no escopo da articulação do trabalho em equipe interprofissional e colaborativo na perspectiva da educação permanente.

Saúde do Idoso: um campo central para a sociedade

A população global com 60 anos ou mais totalizou 962 milhões em 2017, mais de duas vezes maior do que em 1980, quando havia 382 milhões de idosos em todo o mundo. Espera-se que o número de idosos duplique até 2050, quando se

prevê que chegue a quase 2,1 bilhões. Embora o processo de envelhecimento populacional esteja mais avançado na Europa e na América do Norte, onde mais de uma pessoa em cada cinco tinha 60 anos ou mais em 2017, as populações de outras regiões também estão envelhecendo. Em 2050, espera-se que os idosos respondam por 35% da população na Europa, 28% na América do Norte, 25% na América Latina e Caribe, 24% na Ásia, 23% na Oceania e 9% na África (United Nations, 2017).

No Brasil, a população vem demonstrando tendência de envelhecimento nos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017. Em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. Assim, em cinco anos houve um crescimento de 18% desse grupo etário na população, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil. As mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo). Isto decorre tanto do aumento da expectativa de vida pela melhoria nas condições de saúde quanto pela questão da taxa de fecundidade, pois o número médio de filhos por mulher vem caindo. Entre 2012 e 2017, a quantidade de idosos cresceu em todas as unidades da federação, sendo os estados com maior proporção de idosos o Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul, ambas com 18,6% de suas populações dentro do grupo de 60 anos ou mais. O Amapá, por sua vez, é o estado com menor percentual de idosos, com apenas 7,2% da população (IBGE, 2017). Assim, o Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido que caracteriza uma transição epidemiológica, com as doenças crônico-degenerativas ocupando lugar de destaque.

O incremento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e de incapacidades funcionais implicará a necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social. Na área da saúde ocorrerá um maior e mais prolongado uso de serviços de saúde (Mendes, 2011).

A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades sozinhas, de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças. Assim, o foco da saúde para a população idosa deverá estar estritamente relacionado à funcionalidade global do indivíduo, que pode ser definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo (Moraes, 2009).

O idoso brasileiro de hoje não contou com um sistema de atenção voltado para a promoção de um envelhecimento saudável. Isso se reflete na persistência de doenças infecciosas e na ocorrência de agudização de doenças crônicas ainda não controladas. Com isso, o custo da atenção ao idoso é de alto nível de atenção terciária (número e tempo de internação) e faltam ações específicas na atenção primária à saúde (Couto, 2004).

Na Constituição de 1988 tem-se a Lei 8.842/94 (1994) que implanta a Política Nacional do Idoso (PNI). Esta lei e as subsequentes para o idoso ganharam efetividade levando a constituir, em setembro de 2003, o Estatuto do Idoso, aprovado sob a Lei 10.741/03 (2003). Porém, sua implantação completou-se apenas cinco anos depois, em 1º de janeiro de 2009. A Política Nacional do Idoso (artigo 1º) tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

A Lei 8.842 prevê ações governamentais nas áreas de promoção e assistência social, saúde, educação, trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, justiça e cultura, esporte e lazer. Entretanto, essa legislação não tem sido eficientemente aplicada e o desconhecimento do seu conteúdo e a tradição centralizadora e segmentadora das políticas públicas tem acarretado a superposição desarticulada de programas e projetos voltados para um mesmo público (Motta & Aguiar, 2007).

A área de amparo ao idoso é um dos exemplos importantes que requer a intersetorialidade na ação pública, para que os projetos implantados sejam articulados pelos órgãos de educação, de assistência e, primordialmente, de saúde. A transição epidemiológica e demográfica expande o mercado de trabalho voltado para a prestação de serviços aos idosos nos setores público e privado, demandando uma discussão sobre a normatização da formação e a distribuição de recursos humanos na saúde.

A valorização de conteúdos de geriatria e gerontologia deve ser parte do projeto político-institucional e não como mera questão pedagógica. Apesar de dados sobre o envelhecimento serem de domínio público e apesar da vigência de uma legislação abrangente, a visibilidade do papel cultural, social e econômico do idoso ainda parece restrita aos especialistas.

No entanto, as universidades podem empregar seu potencial e recursos para enfrentar este desafio, uma vez que o processo de envelhecimento não é uma

realidade futura, mas presente no cotidiano dos profissionais e da população. As medidas para este enfrentamento na graduação podem ser estimuladas desde já, enquanto se colocam em prática estratégias como a educação permanente e continuada para os profissionais em atuação. Também, é possível avançar na formulação de programas de especialização mais comprometidos com a formação de profissionais aptos e se promover uma reestruturação dos programas de residência em geriatria e gerontologia, de clínica médica e de saúde da família (Motta & Aguiar, 2007).

Em 2005 foi publicado pela Organização Pan-Americana de Saúde o denominado “Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde”. Seu público-alvo inclui governantes de todos os níveis, entidades não-governamentais, o setor privado, e todos os responsáveis pela formulação de políticas e programas ligados ao envelhecimento. Aborda a questão da saúde a partir de uma perspectiva ampla e reconhece o fato de que a saúde só pode ser criada e mantida com a participação de vários setores.

No que diz respeito à saúde, é dever do Estado garantir o direito a todos, “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde” (Art. 196, Constituição Federal de 1988). No Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto contínuo e articulado de ações e serviços, para a prevenção, proteção, recuperação e promoção da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam especialmente esse segmento da população (Vogt, 2002).

O mundo encontra-se em transformação permanente, produzindo problemas e situações novos que o conhecimento especializado e fragmentado não tem capacidade para explicar e resolver (Akerman, 1998). Este fato é visível na população idosa, que exige um tratamento concomitante de aspectos individuais e coletivos, subjetivos e objetivos, de condições de educação, de vida, de capacidade de ação e de possibilidades de expressão, de rompimento da exclusão e de mudança de significado da inclusão. No mundo atual, não cabe resolver uma situação isolada e ir somando soluções para resolvê-la, mas promover uma interação entre as partes e desta forma conferir maior integridade, equidade e dignidade ao cuidado de saúde do idoso (Campos, 2000).

Os idosos representam cada vez mais uma parcela significativa dos usuários dos serviços de saúde, e segundo Stankunas et al. (2015) na União Europeia essa tendência tem aumentado a pressão sobre os serviços de atenção à saúde, que precisam buscar alternativas mais eficientes de trabalho para que os serviços possam sobreviver financeiramente.

Nesse sentido, conforme relatou Gausvik, Lautar, Miller, Pallerla e Schlaudecker (2015), a eficiência nos serviços de atenção à saúde do idoso está associada a uma equipe de saúde interdisciplinar que desenvolva o trabalho com comunicação eficiente, precisa e oportuna. Assim, os autores analisaram as percepções do trabalho em equipe, a comunicação, o entendimento pela equipe de saúde quanto ao plano de trabalho diário, os níveis de segurança, a eficiência e a satisfação no trabalho. Foram avaliadas duas equipes, uma equipe interdisciplinar composta por enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes de atendimento ao paciente e assistentes sociais; e uma equipe com sujeitos das mesmas categorias, porém com modelo de atendimento médico-centrista. O trabalho demonstrou que a atuação interdisciplinar levou a dois bons resultados: o aumento da satisfação dos profissionais em sua atuação profissional e a melhora no cuidado no cuidado ao paciente.

Segundo Robben et al. (2012) estes profissionais, quando sujeitos a um breve programa de educação interdisciplinar, melhoraram as atitudes interprofissionais, habilidades de colaboração e comportamento colaborativo. Os profissionais demonstraram estar mais familiarizados uns com os outros e seus pontos de vista valorizados.

Motta e Aguiar (2007) analisaram os aspectos envolvidos no envelhecimento populacional brasileiro e a integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade na atenção à saúde do idoso. Relataram que o trabalho interdisciplinar, apesar de preconizado, é implementado com restrições, que vão da precária formação dos alunos na graduação até a defesa corporativa das profissões. As relações de trabalho devem incorporar princípios do trabalho em equipe, da prevenção, da reabilitação, inclusão da família e paliativismo. Com a expansão do mercado de trabalho voltado para a prestação de serviços aos idosos nos setores público e privado, tem-se a necessidade de se discutir a normatização da formação e da distribuição de recursos humanos na saúde.

Santos, Giacomini e Firmo (2014) realizaram estudo sobre a percepção dos idosos sobre a capacidade resolutiva e efetividade dos atos e relações de cuidado na Estratégia Saúde da Família (ESF). Participaram 57 idosos residentes em Bambuí (MG). Os idosos avaliaram a capacidade resolutiva e a efetividade dos atos de cuidado na ESF como negativa, tendo como referência a qualidade das interações entre usuário-profissional. Este estudo demonstrou que ainda é necessário grande esforço a ser empreendido para que os serviços de atenção à saúde do idoso consolidem um modelo de atuação verdadeiramente interprofissional, sendo que a estratégia mais potente é uma formação em graduação e uma formação continuada para profissionais já atuantes que promova uma mudança de atitude a partir da educação.

Insera-se, assim, uma questão: o que é Educação Inteprofissional em Saúde?

Educação Interprofissional em Saúde: aprender junto para trabalhar junto

Profissional de saúde é aquele que tem como objetivo principal de atuação a promoção da saúde, o que inclui aqueles que buscam a preservação da saúde, que diagnosticam e tratam doenças e que atuam na gestão dos equipamentos de saúde, com áreas de competência distintas (OMS, 2006).

Pensando nestas competências distintas, a Educação Interprofissional (EIP) insere-se partindo do conceito de que para fazer junto no cotidiano do cuidado em saúde é preciso aprender junto sobre o trabalho em saúde. Assim, a Educação Interprofissional representa uma proposta onde duas ou mais profissões aprendem juntas não somente sobre o trabalho conjunto, mas também sobre as especificidades de cada uma (Mcnair, 2005), tendo como foco o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade e a integralidade das ações, respeitando-se as especificidades de cada profissão (Barr, 2005).

A Educação Interprofissional, em discussão nos últimos 40 anos, busca a melhoria na atenção à saúde. Para isso, segundo Casto e Julia (1994) e Freeth (2007), o inteprofissionalismo inclui a comunicação entre as diferentes profissões, e a integração do cuidado especializado com o cuidado holístico. Tem-se assim como estratégia central o modelo onde profissões aprendem juntas dentro de eixos norteadores comuns de formação.

Segundo Batista (2012), a Educação Interprofissional possui alguns elementos principais. Por exemplo, deve romper o modelo de ensino centrado nos

conteúdos e nas metodologias, em direção à construção de uma reflexão crítica sobre as práticas em saúde, considerando as dimensões biológica, social, cultural, do trabalho e da vida nas sociedades.

Segundo Liaskos et al. (2009), a formação interprofissional envolve mudanças estruturais entre os membros do corpo docente e na estrutura organizacional da universidade, assim como também dos gestores dos serviços de saúde e até mesmo da comunidade. A Educação Interprofissional é alcançada quando a situação clínica de um indivíduo ou grupo de indivíduos promove uma aproximação entre grupos de profissionais de saúde e docentes, para uma abordagem efetiva, tendo como foco o ser humano como um todo (Curran, Sargeant, & Hollett, 2007).

A Educação Interprofissional pode ocorrer durante ou após a formação profissional, por meio de programas de treinamento básico, programas de pós-graduação, desenvolvimento profissional contínuo e aprendizado para a melhoria da qualidade dos serviços. A Educação Interprofissional efetiva promove o desenvolvimento de habilidades de comunicação dos profissionais, sua capacidade de análise crítica, a valorização dos desafios e dos benefícios do trabalho em equipe, o respeito entre os profissionais de saúde, elimina estereótipos e promove a prática da ética focada no paciente (Reeves, Goldman, Sawatzky-Girling, & Burton, 2008).

A preocupação na formação em saúde para um contexto de atuação interprofissional deve-se ao fato de que cada vez mais os profissionais da área foram se especializando e se distanciando de um conhecimento compartilhado coletivamente. Isso se reflete pela ainda manutenção de um modelo de formação baseado em disciplinas rígidas, com conhecimentos densos e delimitados, visando o desenvolvimento de competências e habilidades específicas para cada especialidade (Batista & Batista, 2006).

Segundo Paradis e Whitehead (2015), os cursos de graduação ou pós-graduação que têm como base a Educação Interprofissional buscam formar indivíduos como colaboradores eficazes, porém muitas vezes deixando de dar atenção a fatores estruturais, organizacionais e institucionais vinculados tanto aos locais de formação como aos locais de atuação. Segundo Morris e Matthews (2014) profissionais de saúde experientes muitas vezes conseguem atuar bem em equipes interprofissionais e de forma colaborativa. Porém, a maioria destes não foi formada a

partir da prática interprofissional e da prática colaborativa, o que torna o processo mais difícil.

Não se pode distanciar do fato de que a formação interprofissional deve estar embasada em dois pilares: comunicação e trabalho em equipe. Torna-se assim necessário que para a solução dos casos clínicos ocorra uma interface profissional, no sentido da complementaridade e interdependência do conhecimento, tendo o ser humano como o elemento central de toda a atuação.

Neste sentido, emerge também o princípio de uma atuação com atitudes colaborativas, que devem se inserir no ambiente da prática a partir de uma educação permanente interprofissional para os profissionais já graduados. Também, a organização institucional precisa possibilitar uma prática institucional articulada, voltada para o cuidado integral do ser humano (Batista & Batista, 2006).

E como compreendemos o trabalho em equipe?

Trabalho em Equipe: resignificações no contexto da Educação Interprofissional

A atuação em saúde é um processo complexo, pois envolve saber, aprender, fazer e produzir cuidado, em meio a políticas públicas de saúde e educação, e em meio às tensões, contradições, avanços e recuos nas práticas e concepções do trabalho em saúde (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

Neste complexo contexto, a interprofissionalidade contribui para que áreas delimitadas e separadas produzam novas possibilidades de atuação, com trocas de saberes e experiências, práticas transformadoras e diálogo constante. Porém, este perfil de atuação favorece a integralidade da atenção à saúde na prevenção e cura de doenças e promoção de saúde, nos três níveis de atenção: básica, média e de alta complexidade (Batista, 2006).

A prática interprofissional vincula-se ao trabalho em equipe e estes conceitos apresentaram-se em 1988 no documento “*Learning Together to Work Together for Health*” (Aprender Junto para Trabalhar Junto em Saúde) apresentado pela Organização Mundial da Saúde, que deu início a uma série de iniciativas e articulações voltadas para essa problemática (OMS, 2006). Nos Estados Unidos da América (EUA), nos anos 50 começou a emergir a medicina preventiva, com propostas de mudanças na prática médica e no ensino de graduação, incorporando

a ideia de trabalho em equipe multiprofissional, liderada pelo médico (Arouca, 2003; Silva, 2003).

Além de buscar a integração da medicina preventiva às demais especialidades, este movimento adotou novos conceitos, com a saúde passando a ser considerada um estado relativo e dinâmico de equilíbrio, e a doença, um processo de interação entre o homem com agentes patogênicos e com o ambiente. Esta concepção de saúde e doença está baseada no paradigma da história natural das doenças, proposto por Leavell e Clark (1976) que assumiram a definição de saúde preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 1946, a OMS adotou um conceito global e multicausal de saúde, que inclui o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade.

Assim, as práticas de saúde passaram a ser direcionadas para a obtenção de um estado global de saúde, buscando a prevenção de doenças e a recuperação integral do indivíduo. Além disso, neste modelo de causalidade da condição de saúde-doença, a medicina preventiva contribuiu para o abandono do conceito de unicausalidade baseada na bacteriologia e passa a adotar o conceito da multicausalidade. Neste caminho, a ideia de trabalho em equipe contribui para a noção de atenção integral ao paciente, porém com o trabalho centrado no médico (Facchini, 1993).

Na área de enfermagem, a proposta de trabalho em equipe também surgiu na década de 50 nos EUA, por meio de experiências realizadas no *Teacher's College* da Universidade de Columbia, com uma organização do serviço de enfermagem em equipes lideradas por médicos. Foi um modelo centrado na tarefa em detrimento do paciente, como busca de solução para a escassez de pessoal de enfermagem nos anos pós Segunda Guerra Mundial (Almeida & Rocha, 1986; Peduzzi & Ciampone, 2005).

Donnangelo e Pereira (1976), Mota, Silva e Schraiber (2004), argumentam que é crescente o custo da atenção médica, pela incorporação de produtos industriais, farmacêuticos e de equipamentos. Os autores sinalizam que a medicina comunitária emergiu como um caminho para a extensão da prática médica e controle de custos, e alcançando categorias sociais até então excluídas da atenção à saúde. Para essa reconfiguração, afirma os referidos autores, é necessário que a prática médica ocorra em conjunto com outras categorias profissionais.

No entanto, o trabalho em equipe não se pauta apenas na racionalização da assistência médica para uma melhor relação custo-benefício do trabalho médico e maior cobertura da população atendida, mas também caminha em direção à necessidade de integração das disciplinas e das profissões, algo imprescindível para o desenvolvimento das práticas de saúde a partir da nova concepção biopsicossocial do processo saúde-doença (Pедуzzi, 1998).

Segundo Fortuna (1999), pode-se considerar três concepções distintas sobre trabalho em equipe: com foco nos resultados, com foco nas relações e com foco na interdisciplinaridade. Quando seu foco está nos resultados, a equipe é estruturada como um recurso para o aumento da produtividade e racionalização dos serviços. O trabalho em equipe que tem como foco as relações, analisando-se as equipes principalmente com base nas relações interpessoais e nos processos psíquicos. No foco da interdisciplinaridade, busca-se a articulação dos saberes e a divisão do trabalho, ou seja, a especialização do trabalho em saúde. Estudos de Campos (1997, 1999, 2000) analisaram as equipes de saúde tendo como aspecto principal a organização nos serviços de saúde e Peduzzi (1998), retratou que o trabalho em equipe multiprofissional é uma modalidade de trabalho coletivo baseado na relação recíproca entre as especificidades técnicas e a interação das categorias profissionais, com a articulação de ações multiprofissionais e cooperação.

Ainda segundo Peduzzi (2001) o trabalho em equipe agrega as diferentes conduções objetivas de trabalho e os diferentes graus de subordinação, com flexibilidade na divisão do trabalho e autonomia técnica com interdependência. Dentro de uma atuação ética, deve-se ter uma atuação comunicativa, com compartilhamento de premissas técnicas e valorização coletiva dos distintos trabalhos. Segundo a autora, o trabalho em equipe é dinâmico e deve manter um processo contínuo de integração. Para isto os profissionais precisam refletir continuamente sobre suas práticas e sobre o seu papel na equipe em direção à integração, democratização das relações de trabalho e integralidade no cuidado (Peduzzi, Carvalho, Mandú, Souza, & Silva, 2011).

Nesse contexto ainda torna-se necessário considerar a desigual valorização social das diferentes categorias, que se traduz em relações hierárquicas entre os trabalhadores das diversas áreas de atuação. A hierarquia institucional de modo geral expressa um modelo de gestão pautado em uma pirâmide de disciplinas e áreas profissionais com seus respectivos trabalhos especializados. Portanto, para se

alcançar a integração é necessário que todos os componentes coloquem esforços no sentido da articulação das ações (Peduzzi, 2001).

A articulação entre ações requer que cada profissional reconheça e evidencie as conexões e os nexos que possam existir entre as intervenções realizadas. Segundo dados da literatura, para o alcance do trabalho em equipe é necessário a transversalidade de ações entre diferentes áreas (Rossi & Silva, 2005); a busca de familiaridade entre as disciplinas e entre os trabalhos especializados (Iribarry, 2003); a busca de conexão entre os diferentes processos de trabalho (Ribeiro, Pires, & Blank, 2004); o reconhecimento do papel profissional e das responsabilidades dos demais integrantes da equipe (Mccallin, 2001); o reconhecimento e o entendimento do papel e das funções do outro profissional (Miller, Freeman, & Ross, 2001).

Em resumo, envolve identificar claramente o seu papel individual e na equipe, reconhecer o papel do outro indivíduo e na equipe, levar a equipe de fato em consideração na prática profissional, tudo isso tendo como base a comunicação e a ética (Miller et al., 2001; Iribarry, 2003; Ribeiro et al., 2004; Rossi & Silva, 2005; Mccallin, 2001).

Neste entendimento do trabalho em equipe interprofissional, como situar as práticas colaborativas?

Práticas Colaborativas: uma construção coletiva

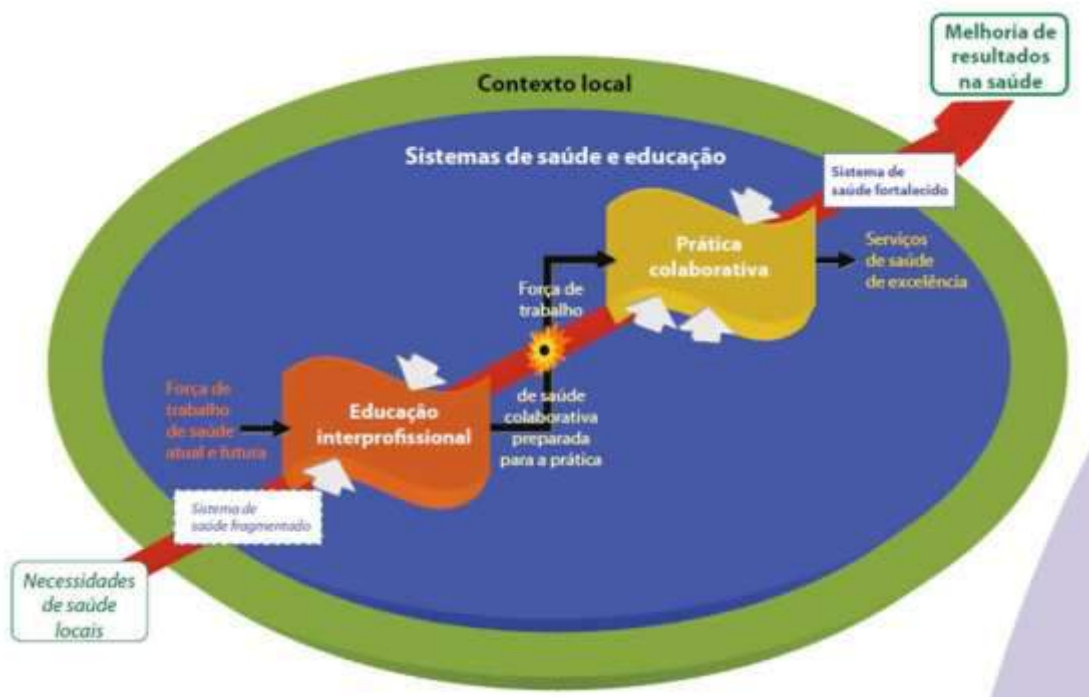
As práticas colaborativas na atenção à saúde significam que profissionais de saúde de diferentes áreas devem prestar os serviços em saúde tendo como base a integralidade da vida do indivíduo, envolvendo assim os pacientes e suas famílias, os cuidadores e as comunidades, em todos os níveis da rede de serviços (OMS, 2007).

Neste sentido, a Educação Interprofissional é essencial para o desenvolvimento de uma atuação profissional “colaborativa e preparada para a prática”, em um trabalho conjunto para prestar serviços abrangentes em um conjunto de locais de assistência de saúde. É nesses locais que podem ser feitos os maiores avanços em direção a sistemas de saúde fortalecidos (OMS, 2007). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), um profissional de saúde “colaborativo preparado para a prática” é aquele que aprendeu como trabalhar em uma equipe interprofissional e tem competência para este fim.

Segundo a OMS (2010), a prática colaborativa fortalece os sistemas de saúde e promove a melhoria dos resultados na saúde, e a educação em saúde pode promover a efetiva Educação Interprofissional e a prática colaborativa. Segundo esta organização, diversos mecanismos aperfeiçoam a Educação Interprofissional e a prática colaborativa, como: vontade de renovar as grades curriculares de formação existentes; decisão gestora e coletiva de mudar a cultura e as atitudes profissionais existentes; práticas gerenciais de apoio; apoio aos líderes; e legislação adequada que elimine barreiras para a prática colaborativa.

Para se alcançar uma prática colaborativa por meio de Educação Interprofissional, devem-se levar em conta as especificidades de cada cenário. As políticas públicas e a gestão devem utilizar os mecanismos mais adequados e aplicáveis ao contexto local ou regional. O Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa da OMS fornece os conceitos e as ideias para os formuladores das políticas em saúde implementarem a Educação Interprofissional e a prática colaborativa em seu contexto de atuação (OMS, 2010; figura 1).

Figura 01: sistemas de saúde e educação.



Fonte: OMS (2010), disponível em: www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/.

Conforme presente no documento supra-citado (OMS, 2010), e corroborado por Jansson, Isacson e Lindholm (1992), Hughes et al. (1992) e Lemieux-Charles e McGuire (2006), a prática colaborativa está associada à melhoria nos seguintes aspectos: no acesso aos serviços de saúde e na coordenação dos mesmos; no uso adequado de recursos clínicos especializados; nos resultados na saúde de usuários com doenças crônicas e na assistência e segurança dos pacientes.

A prática colaborativa pode reduzir o número de complicações de pacientes; a duração da internação; a tensão e o conflito entre os prestadores de assistência; a rotatividade de profissionais; o número de internações; as taxas de erros médicos e as taxas de mortalidade. (Yeatts & Seward, 2000; Morey et al., 2002; Mcalister, Stewart, Ferrua, & McMurray, 2004; Naylor, Griffiths, & Fernandez, 2004; Holland et al., 2005; Mickan, 2005; Canadian Health Services Research Foundation, 2006; Lemieux-Charles & McGuire, 2006; West, Guthrie, Dawson, Borrill, & Carter, 2006).

O Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa da OMS ainda mostra que segundo Loxley (1997), Sommers, Marton, Barbaccia e Randolph (2000), Mcalister et al. (2004) e Naylor et al. (2004), os sistemas de saúde podem se beneficiar com a introdução da prática colaborativa, pois reduz os custos com: implementação de equipes de atenção primária à saúde para pacientes idosos com doenças crônicas; testes clínicos redundantes; implementação de estratégias multidisciplinares para o gerenciamento de pacientes com insuficiência cardíaca, e implementação de equipes de nutrição parenteral total dentro de ambientes hospitalares.

A partir das evidências apresentadas torna-se clara a necessidade de equipes de trabalho em saúde preparadas para atuar a partir de uma prática colaborativa, incluindo áreas que possam beneficiar a atuação da equipe e do sistema de saúde envolvido, como agentes de saúde da comunidade, assistentes sociais, economistas, especialistas em informática, gestores, dentre outros. Também, além da colaboração interprofissional, deve-se buscar uma colaboração intersetorial entre a saúde e setores relacionados para o alcance de um conceito mais amplo de saúde, como por exemplo, os setores envolvidos com moradia, saneamento básico, segurança de alimentos, educação e segurança (Reeves et al., 2008).

Apesar da coordenação do serviço formar a base para a colaboração, os profissionais que aprenderam a colaborar com colegas de outras profissões possuem habilidades para colocar o conhecimento interprofissional em prática, com

respeito pelos valores e crenças de seus colegas. Eles aprenderam a interagir, negociar e trabalhar conjuntamente com profissionais de saúde de qualquer procedência. A Educação Interprofissional e a prática colaborativa dão aos profissionais de saúde as habilidades e os conhecimentos necessários para enfrentar os desafios do complexo sistema de saúde mundial.

A prática colaborativa apoiada na educação interprofissional faz com que ocorra um aumento na resolubilidade dos casos, com aumento na qualidade da atenção à saúde, evitando omissões ou duplicações de cuidados, com diminuição no tempo de espera e nos adiamentos dos atendimentos. Para isso, é necessário haver de fato um reconhecimento das contribuições específicas de cada área assim como suas fronteiras de sobreposição (Peduzzi, Norman, Germani, Da Silva, & De Souza, 2013). Relatos vêm demonstrando que a colaboração interprofissional melhora a assistência especialmente para aqueles pacientes com condições complexas e / ou crônicas (Morgan, Pullon, & Mckinlay, 2015).

A partir do reconhecimento de que a formação do profissional em saúde ainda mostra-se fortemente ancorada no uniprofissionalismo, como projetar a aprendizagem do trabalho em equipe, em uma perspectiva interprofissional e colaborativa? Insere-se, portanto, o espaço formativo da Educação Permanente em Saúde (EPS).

Educação Permanente em Saúde: concepção e potências

A Educação Permanente em Saúde envolve o compromisso com os trabalhadores na defesa e consolidação do SUS. O SUS e a saúde coletiva têm características que envolvem a integralidade como diretriz no cuidado à saúde e a participação popular como controle social sobre o sistema de saúde (Ceccim & Armani, 2002).

A Educação Permanente em Saúde está ancorada na educação problematizadora (inserida na realidade) e na aprendizagem significativa (interessada nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos alunos). Portanto, abrange práticas de ensino-aprendizagem e, necessariamente, uma política de educação na saúde. Assim, a Educação Permanente em Saúde não expressa apenas e meramente uma opção didático-pedagógica, mas sim uma opção político-pedagógica (Ceccim, 2004).

A Educação Permanente em Saúde, após amplo debate, foi aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde (CNS) como política de interesse do sistema de saúde nacional, por meio da Resolução CNS no. 333/2003 (2003) e da Portaria MS/GM n. 198/2004 (2004).

Desta forma, a Educação Permanente em Saúde se tornou a estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de profissionais para a saúde. Essa política inclui: 1) a articulação entre ensino, trabalho e cidadania; 2) a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; 3) a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional; 4) o reconhecimento de bases locais como unidades político-territoriais onde estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em cooperação para a formulação de estratégias para o ensino, assim como para o crescimento da gestão setorial, a qualificação da organização da atenção em linhas de cuidado, o fortalecimento do controle social e o investimento na intersetorialidade (Ceccim, 2004).

A Educação Permanente em Saúde abre espaços para que os profissionais de saúde possam analisar seus próprios fazeres a partir dos princípios da integralidade do cuidado, da humanização, da equidade, da intersetorialidade. Levando-se em conta todas estas dimensões, os profissionais da saúde experimentam permanentes reestruturações de seus conhecimentos a partir da problematização das condições e demandas de seus pacientes (Miccas & Batista, 2014). Ceccim (2005) destacou que para que a Educação Permanente em Saúde ocorra, é necessário viabilizar a disseminação pedagógica por toda a rede SUS, tornando a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho.

Em 2003 foram criados os Pólos de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Departamento de Gestão da Educação na Saúde/ Ministério da Saúde: os pólos se constituíram em um novo dispositivo do SUS, que no espaço de 16 meses foram capazes de aglutinar 1.122 entidades. Este dispositivo representou um ato de construção e priorização da educação dos profissionais de saúde como ação finalística e não como meio (Ceccim, 2005).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde vinculada à Portaria MS/GM n. 198/2004, consolidou a necessidade de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde com a construção de estratégias e processos que

qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população (Carotta, Kawamura, & Salazar, 2009).

Atenção à Saúde do Idoso: articulação do trabalho em equipe interprofissional e colaborativo na perspectiva da educação permanente

De um modo geral os idosos avaliam de forma positiva diversas ações de saúde que já ocorrem, e novos programas podem representar uma oportunidade interessante de se investir em saúde e bem-estar do idoso para além da lógica usual de assistência à doença e, como vimos, a lógica do trabalho na perspectiva do trabalho em equipe e práticas colaborativas, potencializados por uma formação interprofissional, têm grande papel neste sentido (Assis, Hartz, & Valla, 2004).

Anderson e Thorpe (2010) relatam a experiência com um modelo de educação interprofissional de Leicester-Reino Unido. Um grupo de 100 estudantes da área da saúde foi dividido em grupos de 2-5 para aprender juntos em uma ala hospitalar de idosos. Os alunos foram estimulados a avaliar o papel de cada membro da equipe e ao final de cada semana o aluno apresentava o caso de seu paciente para o grupo oferecer soluções para os problemas do paciente. Ao final da temporada, os tutores foram convidados a preencher um questionário. Os resultados demonstraram que os alunos mostraram-se bem preparados quanto à valorização da fala do paciente, sobre a política de cuidado de idosos, sobre as funções e responsabilidades dos membros da equipe na prestação do cuidado, sobre a importância de uma comunicação eficaz, sobre a complexidade das decisões de trabalho em equipe e sobre a execução das decisões da equipe. Todos os tutores reconheceram o valor do aprendizado interprofissional e reconheceram que este perfil de trabalho poder ser usado para melhorar a assistência ao paciente.

Umland, Collins, Baronner, Lim e Giordano (2016) também analisaram o impacto da Educação Interprofissional sobre estudantes da área da saúde de Philadelphia (EUA). Dez tutores foram convidados a avaliar suas equipes de estudantes em domínios associados à Educação Interprofissional Colaborativa. Os autores demonstraram maiores índices de satisfação no trabalho com equipes de estudantes interprofissionais, significativo aumento nas condições de gestão da equipe e um aumento nos índices de saúde geral do setor.

Além do processo de formação, Acai et al. (2016) relataram bons resultados com o uso de oficinas que utilizaram recursos visuais e performativos para o desenvolvimento de habilidades para o trabalho em equipe no Canadá. Begley (2009) relatou que o trabalho em equipe e as práticas colaborativas na área da saúde resultam em cuidados clínicos de alta qualidade e maior satisfação no trabalho para os profissionais. Além disso, relatos de Ferreira, Varga e Silva (2009) que publicaram a respeito da residência médica da Faculdade de Medicina de Marília, que a partir de 2003 iniciou um processo de trabalho centrado em uma atuação multiprofissional com residentes médicos, de Gonzalo, Himes, Mcgillen, Shifflet e Lehman (2016) da Pensilvânia (EUA), Gordon et al. (2016) da Austrália, Hanson et al. (2016) e Jeffs et al. (2016) do Canadá, trouxeram experiências bem sucedidas que demonstram os efeitos positivos do trabalho em equipe e de práticas colaborativas.

De acordo com Veras (2009) os idosos apresentam maior carga de doenças e incapacidades, e usam mais os serviços de saúde. A agenda prioritária da política pública brasileira deveria, portanto, priorizar a manutenção da capacidade funcional dos idosos, com monitoramento das condições de saúde, com ações preventivas e diferenciadas de saúde e de educação, com cuidados qualificados e atenção multidimensional e integral. Essas estratégias dependem integralmente de um trabalho interprofissional e em equipe (Martins, Schier, Erdmann e Albuquerque, 2017).

A reflexão sobre a questão do cuidado gerontogeriátrico, na perspectiva do Estatuto do Idoso, faz-se necessária na medida em que desvela perspectivas que produzirão cuidados seguros, éticos e com qualidade.

A revisão de literatura empreendida permite reconhecer que as práticas de profissionais que atuam na atenção à saúde do idoso em equipe e na perspectiva da prática colaborativa, parecem contribuir com o cuidado integral na atenção à saúde do idoso. Emerge como potente a educação permanente para os profissionais na ótica da interprofissionalidade.

Referências

Acai, A., et al. (2016). It's not the form; it's the process': a phenomenological study on the use of creative professional development workshops to improve teamwork and communication skills. **Medical Humanities**, v. 42, n. 3, p. 173-80.

Akerman, M.A. (1998). A construção de Indicadores Compostos para os Projetos de Cidades Saudáveis: Um convite para um pacto trans-setorial. In: Mendes, E. V. **A organização da saúde em nível local**. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Almeida, M.C.P., & Rocha, J.S.Y. (1986). **O Saber da Enfermagem e sua Dimensão Prática**. São Paulo: Cortez.

Anderson, E.S., & Thorpe, L. (2003). Learning together in practice: an interprofessional education programme to appreciate teamwork. **The Clinical Teacher**, v.7, n.1, p. 19-25.

Arouca, S. (2003). **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Unesp/Editora Fiocruz.

Assis, M., Hartz, Z.M.A., & Valla, V.V. (2004). Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 557-581.

Barr, H. (2005). **Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow: a review**. London: Higher Education Academy, Health Sciences and Practice Network.

Batista, N.A. (2012). Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. **Caderno FNEPAS**, v. 2, p. 25-28.

Batista, S.H.S.S. (2006). A Interdisciplinaridade no Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 1, p. 39-46.

Batista, S.H.S.S., & Batista, N.A. (2006). Educação interprofissional: buscando caminhos de aprendizagem em saúde. In: **5º Congresso Paulista de Educação Médica**. Botucatu: ABEM.

Begley, C.M. (2009). Developing inter-professional learning: tactics, teamwork and talk. **Nurse Education Today**, v. 29, n. 3, p. 276-83.

Campos, G.S.W. (1997). Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipe de saúde. In: Onoko, R. & Merhy, E. E. (Org.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial.

Campos, G.S.W. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403.

Campos, G.S.W. (2000). **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec.

Canadian Health Services Research Foundation. (2006). **Teamwork in healthcare: Promoting effective teamwork in healthcare in Canada**. Recuperado em 30 julho, 2009, de http://www.chsrf.ca/research_themes/pdf/teamwork-synthesisreport_e.pdf.

Carotta, F., Kawamura, D., & Salazar, J. (2009). Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saude e sociedade**, v. 18, supl.1.

Casto, R.M., & Julia, M.C. (1994). **Interprofessional Care and Collaborative Practice**. Singapura: Pacific Bookstores.

Ceccim, R.B. (2004). Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo: Hucitec.

Ceccim, R.B. (2005). Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986.

Ceccim, R.B., & Armani, T.B. (2002). Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde. In: Ferla, A.A. & Fagundes, S.M.S. (org.). **Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Dacasa, Escola de Saúde Pública.

Ceccim, R.B., & Feuerwerker, L. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65.

Couto, B.R. (2004). **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira; uma equação possível?**. São Paulo: Cortez.

Curran, V., Sargeant, J., & Hollett, A. (2007). Evaluation of an interprofessional continuing professional development initiative in primary health care. **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, v. 27, n. 4, p. 241-52.

Donnangelo, M.C.F., & Pereira, L. (1976). **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades.

Facchini, L.A. (1993). Por que a doença? A interferência causal e os marcos teóricos da análise. In: Buschinelli, J.T., Rocha, L., Rigotto, R.M. (org.). **Isto é trabalho de Gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes.

Fortuna, C.M. (1999). **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades** [Dissertação], Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Freeth, D. (2007). **Interprofessional Learning**. Edinburgh: Association for the Study of Medical Education.

Ferreira, R.C., Varga, C.R.R., & Silva, R.F. (2009). Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residents médicos em saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1421-1428.

Gausvik, C., Lautar, A., Miller, L., Pallerla, H., & Schlaudecker, J. (2015). Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 14, n. 8, p. 33-37.

Gonzalo, J.D., Himes, J., Mcgillen, B., Shifflet, V., & Lehman, E. (2016). Interprofessional collaborative care characteristics and the occurrence of bedside interprofessional rounds: a cross-sectional analysis. **BMC Health Services Research**, v. 16, p. 459.

Gordon, C.J., Jorm, C., Shulruf, B., Weller, J., Currie, J., Lim, R., et al. (2016). Development of a self-assessment teamwork tool for use by medical and nursing students. **BMC Medical Education**, v. 16, p. 218.

Hanson, R.F., Schoenwald, S., Saunders, B.E., Chapman, J., Palinkas, L.A., Moreland, A.D., et al. (2016). Testing the Community-Based Learning Collaborative (CBLC) implementation model: a study protocol. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 10, p. 52.

Holland, R., Battersby, J., Harvey, I., Lenaghan, E., Smith, J., & Hay, L. (2005). Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. **Heart**, v. 91, p. 899–906.

Hughes, S.L., Cummings, J., Weaver, F., Manheim, L., Braun, B., & Conrad, K. (1992). A randomized trial of the cost effectiveness of VA hospital-based home care for the terminally ill. **Health Services Research**, v. 26, p. 801–817.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2017). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. Recuperado em 03 dezembro, 2018, de https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=149.

Iribarry, I.N. (2003). Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 3, p. 483-490.

Jansson, A., Isacsson, A., & Lindholm, L.H. (1992). Organisation of health care teams and the population's contacts with primary care. **Scandinavian Journal of Health Care**, v. 10, p. 257–265.

Jeffer, L., Mcshane, J., Flintoft, V., White, P., Indar, A., Maione, M., et al. (2016). Contextualizing learning to improve care using collaborative communities of practices. **BMC Health Services Research**, v. 16, p. 464.

Leavell, H. & Clark, E.G. (1976). Lei no. 378, de 13 de Janeiro de 1937. Ministerio da Educação e Saúde Publica. In: **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill. Recuperado em 10 setembro, 2016, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/L0378.htm.

Lei no. 8.842. (1994). **Política Nacional do Idoso: criação do Conselho Nacional do Idoso**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.

Lei no. 10.741. (2003). **Estatuto do idoso e legislação correlata**, 5ª. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara.

Lemieux-Charles, L. & Mcguire, W.L. (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. **Medical Care Research and Review**, v. 63, p. 263–300.

Liaskos, J., Frigas, A., Antypas, K., Zikos, D., Diomidous, M., & Mantas, J. (2009). Promoting Interprofessional education in health sector within the European Interprofessional Education Network. **International Journal of Medical Informatics**, v. 78S, p. S43-S47.

Loxley, A. (1997). **Collaboration in health and welfare**. London: Jessica Kingsley Publishers.

Martins, J.J., Schier, J., Erdmann, A.I., & Albuquerque, G.L. (2007). Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 3, p. 371-382.

Mcalister, F.A., Stewart, S., Ferrua, S., & McMurray, J.J. (2004). Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 44, p. 810–819.

McCallin, A.M. (2001). Interdisciplinary practice: a matter of teamwork: an integrated literature review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 10, p. 419-428.

McNair, R. (2005). The case for education health care students in professionalism as the core content of interprofessional education. **Medical Education**, v.39, n. 5, p. 456-464.

Mendes, E.V. (2011). **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

Miccas, F.L. & Batista, S.H.S.S. (2014). Educação permanente em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170-185.

Mickan, S.M. (2005). Evaluating the effectiveness of health care teams. **Australian Health Review**, v. 29, n. 2, p. 211-217.

Miller, C., Freeman, M., & Ross, N. (2001). **Interprofessional practice in health and social care: Challenging the shared learning agenda**. London: Arnold.

Moraes, E.N. (2009). **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Folium.

Morey, J.C., Simon, R., Jay, G.D., Wears, R.I., Salisbury, M., Dukes, K.A., et al. (2002). Error reduction and performance improvements in the emergency department through formal teamwork training: Evaluation results of the Med Teams project. **Health Services Research**, v. 37, p. 1553–1581.

Morgan, S., Pullon, S., & Mckinlay, E. (2015). Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 52, n. 7, p. 1217-30.

Morris, D. & Matthews, J. (2014). Communication, Respect, and Leadership: Interprofessional Collaboration in Hospitals of Rural Ontario. **Canadian Journal of Dietetic Practice and Research**, v. 75, n. 4, p. 173-9.

Motta, L.B. & Aguiar, A.C. (2007). Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 363-372.

Naylor, C.J., Griffiths, R.D., & Fernandez, R.S. (2004). Does a multidisciplinary total parenteral nutrition team improve outcomes? A systematic review. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v. 28, p. 251–258.

OMS – Organização Mundial da Saúde. (2006). **Learning together to work together for health**. Geneva: OMS. Recuperado em 09 novembro, 2012, de http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf.

OMS – Organização Mundial da Saúde. (2007). **World health report 2007 – a safer future: global public health security in the 21st century**. Geneva: OMS. Recuperado em 09 novembro, 2012, de <https://www.who.int/whr/2007/en/>.

OMS – Organização Mundial da Saúde. (2010). **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**. Geneva: OMS. Recuperado em 28 abril, 2013, de www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/.

Organização Pan-Americana da Saúde. (2005). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: OMS.

Paradis, E. & Whitehead, C.R. (2015). Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles, 1954-2013. **Medical Education**, v. 49, n. 4, p. 399-407.

Peduzzi M. (1998). **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

Peduzzi M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109.

Peduzzi, M. & Ciampone, M.H.T. (2005). Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, p. 143-147.

Peduzzi, M., Carvalho, B.G., Mandú, E.N.T., Souza, G.C., & Silva, J.A.M.O. (2011). Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis [online]**, v. 21, n. 2, p. 629-646.

Peduzzi, M., Norman, I.J., Germani, A.C., Da Silva, J.A.M., & De Souza, G.C. (2013). Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 977-983.

Pires, A.C.T. & Braga, T.M.S. (2009). O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. **Temas em Psicologia**, v. 17, n. 1, p. 151-162.

Portaria MS/GM no. 198. (2004). **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde.

Reeves, S., Goldman, J., Sawatzky-Girling, B., Burton, A. (2008). **Knowledge transfer and exchange in interprofessional education: Synthesizing the evidence to foster evidence-based decision-making**. Vancouver, CA: Canadian Interprofessional Health Collaborative.

Resolução n.º 333. (2003). **Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde**. Diário Oficial da União. Brasília: Imprensa Nacional.

Ribeiro, E.M., Pires, D., & Blank, V.L.G. (2004). A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 438-446.

Robben, S., Perry, M., Van Nieuwenhuijzen, L., Van Achterberg, T., Rikkert, M.O., Schers, H., et al. (2012). Impact of interprofessional education on collaboration attitudes, skills, and behavior among primary care professionals. **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, v. 32, n. 3, p. 196-204.

Romagnoli, R.C. (2006). Famílias na rede de saúde mental: um breve estudo. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 2, p. 305-314.

Rossi, F.R. & Silva, M.A.D. (2005). Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 4, p. 460-468.

Santos, W.J., Giacomini, K.C., & Firmo, J.O.A. (2014). Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3441-3450.

Silva, G.R. (2003). **O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Unesp/Fiocruz.

Sommers, L.S., Marton, K.I., Barbaccia, J.C., & Randolph, J. (2000). Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. **Archives of Internal Medicine**, v. 160, p. 1825–1833.

Stankunas, M., Avery, M., Lindert, J., Edwards, I., Di Rosa, M., Torres-Gonzalez, F., et al. (2015). Accessibility to Health Services Among Elderly People in the European Union: Do Health Care Finance and Organizational Models Matter? **Population Health Management**, v. 18, n. 4, p. 314-5.

Umland, E., Collins, L., Baronner, A., Lim, E., & Giordano, C. (2016). Health Mentor-Reported Outcomes and Perceptions of Student Team Performance in a Longitudinal Interprofessional Education Program. **Journal of Allied Health**, v. 45, n. 3, p. 219-24.

United Nations - Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). **World Population Ageing 2017 – Highlights**. New York: United Nations.

Veras, R. (2009). Envelhecimento, demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54.

Vogt, C. (2002). **A política nacional do idoso: um Brasil para todas as idades**. Recuperado em 26 outubro, 2015, de <http://www.comciencia.Br/reportagens/envelhecimento/texto/env02.htm>.

West, M.A., Guthrie, J.P., Dawson, J.F., Borrill, C.S., & Carter, M. (2006). Reducing patient mortality in hospitals: the role of human resource management. **Journal of Organisational Behaviour**, v. 27, p. 983-1002.

Yeatts, D. & Seward, R. (2000). Reducing turnover and improving health care in nursing homes: the potential effects of self-managed work teams. **The Gerontologist**, v. 40, p. 358–363.

CAPÍTULO 23 – ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA GERONTOLOGIA: REVISÃO DE LITERATURA

Luara da Silveira de Carvalho
Anny Caroline Dedicção

Envelhecimento é um processo multidimensional, que não está relacionado apenas à questão cronológica, mas também a aspectos biológicos, psicológicos e sociológicos, que varia de indivíduo para indivíduo (Vasconcelos & Gomes, 2012). O Brasil vive hoje um importante processo de transição demográfica, decorrente principalmente dos avanços na área da tecnologia e saúde associado à diminuição da taxa de fecundidade e mortalidade, que possibilita uma maior sobrevivência e consequente aumento da população idosa (Freitas, 2016).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 o Brasil atingiu o número de 20 milhões de idosos, nas duas décadas seguintes essa população representará 14% da população total, ultrapassando o número de crianças do país, em 2050 esse valor irá triplicar, dessa forma, a população idosa no Brasil chegará aos 65 milhões (Brasil, 2010).

Apesar do processo de envelhecimento não estar relacionado a doenças e incapacidades, todas as alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que ocorrem nesse processo fazem com que o organismo de um idoso esteja mais suscetível a agressões intrínsecas e extrínsecas, tornando-o mais vulnerável as doenças, principalmente as crônico-degenerativas (Ozturk, *et al.*, 2011). Atualmente a tendência é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, apresentam maiores condições crônicas. Sendo relacionado ao maior declínio físico, cognitivo e social, com consequente aumento da incapacidade funcional (Felipe & Zimmermann, 2011).

Essas mudanças trazem, além da alteração de perfil populacional, um importante impacto relacionado aos gastos com a saúde pública. Estudos já mostram que a taxa de utilização dos serviços de saúde é maior na população idosa, haja vista que nessa faixa etária as comorbidades estão mais presentes. Segundo dados do Ministério da Saúde, atualmente os gastos com a internação de um idoso custa cerca de 30% a mais para o Sistema Único de Saúde (SUS) do que os custos com adultos entre 25 a 59 anos (Miranda, Mendes & Silva, 2016).

Uma visão multidimensional e especializada para este grupo etário torna-se cada vez mais necessária, objetivando uma maior qualidade de vida, independência e autonomia (Freitas, 2016; Miranda, Mendes & Silva, 2016).

Neste contexto, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), em 20 de dezembro de 2016, regulamentou a Resolução nº 476, que reconhece a Disciplina e Especialidade Profissional de Fisioterapia em Gerontologia. Algumas das atribuições cabíveis ao fisioterapeuta nesse âmbito são: realizar consulta, diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico com ênfase na capacidade funcional; ter domínio de escalas, questionário e testes para a população idosa; planejar e executar medidas de prevenção e redução de risco, promoção de saúde, manutenção de capacidade funcional e prevenção de doenças/agravos próprios do processo de envelhecimento (como quedas e sarcopenia); executar atividades educacionais no campo do envelhecimento em todos os níveis de atenção à saúde do idoso; atuar em ações de cuidado ao fim da vida e paliativos; atuar em contextos multiprofissionais e interprofissionais no processo de envelhecimento; entre outros.

Como a especialidade de Fisioterapia em Gerontologia é algo relativamente novo, e com todo esse processo de transição demográfica ocorrendo, torna-se necessário identificar como está o modelo de atendimento atual ao idoso. Sendo assim, esse estudo tem como objetivo identificar na literatura científica nacional artigos que abordem o papel da fisioterapia dentro do campo da Gerontologia no Brasil.

Método

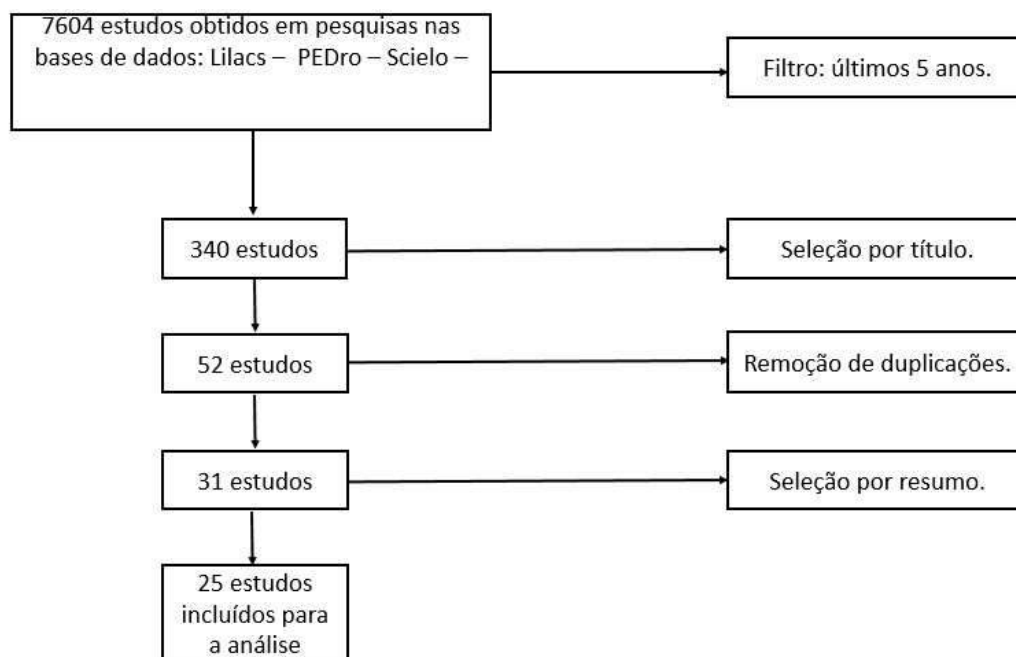
O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa de literatura de publicações em periódicos. Foram utilizadas como fontes de pesquisa as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO) e *Physiotherapy Evidence Database* (PEDro) restringindo publicações compreendidas entre o período de 2013 a 2017. Os descritores utilizados foram: Fisioterapia; Gerontologia; Envelhecimento e Idoso. Os critérios de inclusão foram: estudos nacionais, com população igual ou acima de 60 anos. Os critérios de exclusão: população com idade inferior a 60 anos, estudos internacionais e estudos que não abordem o tema tratado. Depois de identificados os artigos, foram avaliados os títulos e resumos, de modo a seleciona-

los. Após, foram analisados na íntegra e os que atenderam aos objetivos do estudo foram incluídos no roteiro para registro.

Resultados e Discussão

Foram encontrados 7604 artigos, sendo selecionados 340 de acordo com o recorte temporal estabelecido. Após leitura do título, 288 foram excluídos por não abordarem o tema. Foram removidos 20 estudos por duplicação. Ao final, foi feita a leitura dos resumos de 31 artigos e, com base nos critérios de inclusão e exclusão, selecionados 25 para análise, como mostra a Figura 1.

Figura 1: fluxo de pesquisa e seleção dos estudos.



Em relação ao ano, a maioria dos estudos foram publicados em 2013, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1: número de estudos por ano

Ano de Publicação	Número de Estudos por Ano
2013	12
2014	4
2015	6
2016	1
2017	2

Para maior compreensão dos estudos e melhor abordagem para discussão, os estudos foram divididos em categorias, conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2: número de estudos conforme a categoria.

Categoria	Número de Estudos
Cinesioterapia	10
Fisioterapia Aquática	5
Realidade Virtual	4
Fisioterapia Analgésica	3
Fisioterapia Respiratória	2
Estimulação Cognitiva	1

Fisioterapia é definida como uma ciência da saúde que estuda, previne e trata distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano. O fisioterapeuta presta assistência, individual e coletivamente, atuando na promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação da saúde e também nos cuidados paliativos, visando melhor qualidade de vida (Resolução n.424, 2013).

Os artigos encontrados dividem-se nas seguintes categorias:

Fisioterapia Aquática

Dos estudos analisados, três artigos avaliaram a intervenção com hidrocinesioterapia, ou seja, exercícios físicos realizados em meio aquático, sobre o equilíbrio estático e dinâmico de idosos, todos mostraram-se efetivos (Meeires, *et al.*, 2013; Motta, *et al.*, 2015; Franciulli, *et al.*, 2015). O equilíbrio é algo complexo e depende da interação de múltiplos sistemas como, biomecânico, sensorial e a coordenação motora. Faz parte do processo de senescência algumas alterações como, diminuição da acuidade visual, déficits no sistema musculoesquelético, diminuição da propriocepção, degeneração do sistema vestibular, e outros fatores que contribuem para tornar o controle postural menos eficiente (Meeires, *et al.*, 2013; Franco, *et al.*, 2016).

A fisioterapia aquática (FA), além de promover a melhora do equilíbrio, também contribui para melhora do condicionamento cardiorrespiratório; foi o que demonstrou dois dos estudos analisados, que tiveram como objetivo avaliar o condicionamento cardiorrespiratório de idosos participantes de um grupo de hidrocinestoterapia (Motta, *et al.*, 2015; Franciulli, *et al.*, 2015). Durante a imersão a pressão que a água exerce sobre o corpo favorece o retorno venoso o que, por sua vez, contribui para aumentar o fluxo sanguíneo no coração e pulmões, melhorando as trocas gasosas, incrementando força de contração do coração e aumentando débito cardíaco (Schoenell, Bgeginski & Kruehl, 2017).

Outro benefício da FA é sobre o sistema musculoesquelético, a flutuação diminui a sobrecarga articular e também favorece uma atuação mais equilibrada da musculatura esquelética, tornando a movimentação dentro da água mais fácil e, dessa forma, possibilitando a execução de exercícios difíceis de serem realizados em solo, principalmente por aqueles pacientes que apresentam algum tipo de limitação de força e/ou movimento, o que é o caso de muitos idosos.¹⁴ Dos artigos analisados, dois demonstraram que a FA é eficaz para o aumento da amplitude de movimento (ADM) em idosos e melhora da capacidade funcional avaliada por meio do teste de marcha rápida, usual e tempo de subida e descida da escada (Barduzzi, *et al.*, 2013; Arca, *et al.*, 2013).

Cinesioterapia

Dos estudos analisados os principais exercícios utilizados durante a fisioterapia foram: exercícios de flexibilidade, alongamento global, fortalecimento de membros inferiores e superiores, treino de equilíbrio e exercícios aeróbicos. A prática desses exercícios mostrou-se positiva para o ganho de ADM, aumento da força muscular, melhora do equilíbrio e melhora do condicionamento cardiorrespiratório, resultando em idosos com maior capacidade funcional, quando comparado a idosos que não realizam nenhum tipo de exercício físico (Fidelis, Patrizzi & Walsh, 2013; Aveiro, *et al.*, 2013; Barboza, *et al.*, 2014; Cesário, *et al.*, 2014; Jesus, *et al.*, 2015; Maciel, *et al.*, 2017; Silva, Dias & Piazza, 2017; Carneiro, Alves & Mercadante, 2013; Pompeu, *et al.*, 2015; Castro, 2014).

A funcionalidade é fator fundamental para um envelhecimento saudável, sendo ele um indicador de saúde, e o seu comprometimento relacionada a um aumento de determinados riscos como, quedas, dependência, isolamento social,

morbidade e mortalidade (WHO, 2005). Com o processo de envelhecimento ocorre um declínio da capacidade funcional, que pode ser intensificado com o sedentarismo (Ozturk, *et al.*, 2011). Neste sentido, a prática de cinesioterapia é fundamental para prevenção, manutenção e melhora da funcionalidade, sendo um importante meio de promoção da saúde e qualidade de vida.

Fisioterapia Respiratória

O sistema respiratório também sofre alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. Alterações que incluem a redução da retração elástica pulmonar, diminuição da complacência torácica e diminuição da força dos músculos respiratórios, com conseqüente alteração de volumes e capacidades, redução do fluxo expiratório, diminuição da capacidade de difusão do oxigênio, e outros fatores que tornam o idoso mais susceptível a desenvolver comprometimentos pulmonares (Fechine & Trompieri, 2015).

A fisioterapia tem papel fundamental na prevenção de agravos relacionados ao declínio da função pulmonar e na melhora do mesmo. Dos estudos analisados, dois tiveram como objetivo principal avaliar a eficácia de determinadas técnicas fisioterapêuticas para o aumento da força de musculatura respiratória. Os recursos utilizados foram: estimulação diafragmática elétrica transcutânea, incentivador inspiratório (Respiron®), exercício diafragmático e técnica de compressão/descompressão. Todos eles demonstraram-se eficaz para o aumento da força de musculatura respiratória, além de, promover o incremento de volume corrente e a melhora de pico de fluxo expiratório (Santos, *et al.*, 2013; Oliveira, *et al.*, 2013).

Fisioterapia Analgésica

A prevalência de dor crônica na população idosa é alta, representando cerca de 60% das queixas dessa população, geralmente essa dor está ligada a algum comprometimento osteomioarticular, como a osteoartrose (Pereira, *et al.*, 2014).

A dor é um fator que pode levar a limitações, com conseqüente diminuição da capacidade funcional, além disso, a dor constante também favorece o desenvolvimento de doenças como a depressão, levando a um maior isolamento social, todos esses fatores contribuem para a diminuição da qualidade de vida dos idosos (Pereira, *et al.*, 2014).

A fisioterapia apresenta diversos recursos terapêuticos para prevenir e minimizar essas dores. Os principais recursos utilizados nos estudos analisados foram: eletroterapia, crioterapia e fisioterapia aquática e cinesioterapia. Na eletroterapia destacou-se o uso da Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS), corrente interferencial e o laser de baixa intensidade. A fisioterapia aquática demonstrou eficácia na diminuição da dor, principalmente aquela decorrente de degeneração articular, devido aumento da ADM e melhora do controle muscular das articulações comprometidas. A cinesioterapia é outro recurso fundamental para alívio e/ou prevenção de dores, podendo ser realizados exercícios passivos, ativos, isométricos e/ou isotônicos, variando conforme a avaliação do paciente (Miotto, 2013; Jorge, *et al.*, 2015).

Um dos estudos que comparou as técnicas de cinesioterapia e crioterapia, cinesioterapia e eletroterapia (ondas curtas) e cinesioterapia isolada, teve como melhor resultado para analgesia a combinação de cinesioterapia e gelo (Miotto, 2013).

Realidade Virtual

O uso da realidade virtual é uma tecnologia inovadora que nos últimos tempos tornou-se uma das estratégias utilizadas nas áreas de atenção aos idosos com o objetivo de estimular as capacidades físicas, cognitivas e psicossociais (Laufer & Kodesh, 2014; Itakussu, *et al.*, 2015).

Dos estudos analisados, três avaliaram o uso da realidade virtual para melhora do equilíbrio de idosos. Todos eles demonstram-se benéficos, além disso também foi observado melhora da coordenação motora e do controle postural. Sendo que, quando associado a fisioterapia convencional, os resultados foram mais positivos (Polidoro & Contencas, 2015; Silva, 2013; Batista, *et al.*, 2014).

A terapia com realidade virtual também apresentou-se eficaz no ganho de força muscular de quadríceps e isquiotibiais, porém sem diferença significativa quando comparado ao fortalecimento convencional (Wibelinger, *et al.*, 2013).

Estimulação Cognitiva

Apesar de ser um tema importante quando se fala de envelhecimento, apenas um estudo abordou a fisioterapia na estimulação cognitiva. O estudo, que teve como objetivo analisar os efeitos de um programa de fisioterapia voltado à saúde cognitiva

de idosas, apresentou resultado positivo, com melhora do desempenho das idosas no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) após intervenções fisioterapêuticas que contavam com exercícios que estimulavam o raciocínio lógico, a memória e a comunicação (Domiciano, *et al.*, 2016).

Com o processo de senescência ocorre um declínio gradual das funções cognitivas, que também são influenciadas por fatores como educação, saúde, nível sócio econômico, entre outros (Fechine & Trompieri, 2015). Já é comprovado que alguns hábitos, como a prática de atividade física, e de atividades que estimulem a funções cognitivas, são fundamentais para preservação da mesma e auxiliam a minimizar as perdas que o envelhecimento traz (Fechine & Trompieri, 2015; Domiciano, *et al.*, 2016).

Dessa forma, é fundamental a inserção de práticas voltadas para estimulação das funções cognitivas na população idosa. Sendo que muitas técnicas utilizadas para isso podem ser associadas a outras práticas, como a cinesioterapia por exemplo, melhorando desempenho em dupla tarefa, além de estimular maior atenção e concentração.

Considerações Finais

A atuação da fisioterapia no campo da gerontologia é ampla e possibilita, além da reabilitação do idoso, práticas de prevenção e promoção à saúde. A recente regulamentação da gerontologia como especialidade profissional da fisioterapia nos mostra a necessidade de aprimorar os conhecimentos nesse campo, alguns recursos para isso podem ser oportunizados com medidas como, implantar a disciplina de gerontologia nas grades curriculares desde a graduação, aumentar e estimular os estágios acadêmicos em serviços de atendimento aos idosos, maior oferta de aprimoramentos e residências na área, e outras medidas que estimulem o aluno a se aprofundar no campo do envelhecimento. O que possibilita desenvolver profissionais qualificados para tratarem o idoso conforme suas peculiaridades, de forma a estimular e contribuir para um envelhecimento com maior independência, autonomia e qualidade de vida.

Apesar dos estudos serem separados conforme categoria de práticas, não devemos esquecer que a senescência leva a alterações fisiológicas sistêmicas, sendo que muitas delas estão interligadas, dessa forma devemos olhar e tratar o idoso de forma holística.

Referências

- Arca, E. A., Fiorelli, A., De Vitta, A., Ximenes, M. A., Gimenes, C., & Andreo, J. C. (2013). Efetividade do Programa de Fisioterapia Aquática na amplitude de movimento em idosas. **Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**, São Paulo, v.16, n.3, p. 73-82.
- Aveiro, M. C., Driusso, P., Santos, J. G. D., Kiyoto, V. D., & Oishi, J. (2013). Effects of a physical therapy program on quality of life among community-dwelling elderly women: randomized-controlled trial. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.26, n.3, p. 503-513.
- Barboza, N. M., Floriano, E. N., Motter, B. L., da Silva, F. C., & Santos, S. M. S. (2014). Efetividade da fisioterapia associada à dança em idosos saudáveis: ensaio clínico aleatório. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 87-98.
- Barduzzi, G. D. O., Rocha Júnior, P. R., Souza Neto, J. C. D., & Aveiro, M. C. (2013). Functional capacity of elderly with osteoarthritis who undergone to aquatic and land physical therapy. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 26, n.2, p. 349-360.
- Barquet Carneiro, M., Pinheiro Lédio Alves, D., & Tomanik Mercadante, M. (2013). Fisioterapia no pós-operatório de fratura proximal do fêmur em idosos. Revisão da literatura. **Acta ortopédica brasileira**, São Paulo, v.21, n.3, p. 175-178.
- Batista, J. S., Wibeling, L. M., De Marchi, A. C. B., & Pasqualotti, A. (2014). Evaluation and physiotherapeutic intervention in older with deficit balance through the Scale of Berg and Wii Balance Board platform. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.27, n.1, p. 21-28.
- Castro, P. C. (2014). Papel do fisioterapeuta na Universidade Aberta da Terceira Idade de São Carlos. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n.1, p. 287-305.
- Cesário, D. F., Mendes, G. B. D. S., Uchôa, É. P. B. L., & Veiga, P. H. A. (2014). Proprioceptive neuromuscular facilitation and strength training to gain muscle strength in elderly women. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 67-77.
- Duarte Miranda, G. M., Gouveia Mendes, A. D. C., & Andrade da Silva, A. L. (2016). O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 507-519.
- Fechine, B. R. A., & Trompieri, N. (2015). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace**, Campos dos Goytacazes, v. 1, n. 20, p.106 – 132.
- Felipe, L. K., & Zimmermann, A. (2011). Doenças crônicas degenerativas em idosos: dados fisioterapêuticos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 3, p. 221-227.

Fidelis, L. T., Patrizzi, L. J., & Walsh, I. A. P. D. (2013). Influence of physical exercise on the flexibility, hand muscle strength and functional mobility in the elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, 109-116.

Franciulli, P. M., de Souza, G. B., Albiach, J. F., dos Santos, K. C. P., de Oliveira Barros, L., dos Santos, N. T., ... & Barbanera, M. Efetividade da hidroterapia e da cinesioterapia na reabilitação de idosos com histórico de quedas. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 20, n.3, p. 671-686.

Franco, M. R., Sherrington, C., Tiedemann, A., Pereira, L. S., Perracini, M. R., Faria, C. R., ... & Pastre, C. M. (2016). Effectiveness of Senior Dance on risk factors for falls in older adults (DanSE): a study protocol for a randomised controlled trial. **BMJ open**, Londres, v.6, n.12, p. 1-6.

Freitas, E. V. D., Py, L., Neri, A. L., Cançado, F. A. X., Doll, J., & Gorzoni, M. L. (2016). **Tratado de geriatria e gerontologia**. São Paulo: Guanabara.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE, 2010). Censo Demográfico de 2010. Rio de Janeiro (RJ).

Itakussu, E. Y., Valenciano, P. J., Trelha, C. S., & Marchiori, L. L. D. M. (2015). Benefits of exercise training with Nintendo (r) Wii for healthy elderly population: literature review. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.17, n.3, p. 936-944.

Jesus, R. L. R., Costa, A. S. M., Carvalho, F. T., Cunha, M. D., Borges, J. S., & de Andrade Mesquita, L. S. (2015). Análise de parâmetros cardiopulmonares após exercícios de facilitação neuromuscular proprioceptiva em idosos. **Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**, São Paulo, v.18, n.3, p. 57-70.

Jorge, M. S. G., Zanin, C., Knob, B., & Wibelinger, L. M. (2015). Physiotherapeutic intervention on chronic lumbar pain impact in the elderly. **Revista Dor**, São Paulo, v.16, n.4, p. 302-305.

Laufer, Y., Dar, G., & Kodesh, E. (2014). Does a Wii-based exercise program enhance balance control of independently functioning older adults? A systematic review. **Clinical interventions in aging**, Haifa, 2014;9, p. 1803-1813.

Maciel, M. D. Á., Morais, E. R. D., Gervasio, F. M., Fantinati, M. S., & Fantinati, A. M. M. (2017). Association of balance and cardiorespiratory conditioning techniques reduces risk of falls and improves functional capacity in women. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.24, n.1, p. 83-88.

Meereis, E. C. W., Favretto, C., de Souza, J., da Silva Marques, C. L., Gonçalves, M. P., & Mota, C. B. (2013). Análise do equilíbrio dinâmico de idosos institucionalizadas após hidrocinesioterapia. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 41-47.

Miotto, C., Kayser, B., Molin, V. D., Kummer, J. A., & Wibelinger, L. M. (2013). Physiotherapeutic treatment of arthralgias. **Revista Dor**, São Paulo, v.14, n.3, p. 216-218.

Motta, L. R. S., Severo, A. R., Machado, É. C., Mello, N. F., Filippin, N. T., Gobbato, R. C., & Vendrusculo, A. P. (2014). Avaliação do equilíbrio e do condicionamento cardiorrespiratório de participantes do grupo de atividades hidrocinesioterapêuticas do centro universitário franciscano em SANTA MARIA, RS. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v.20, n.3, p.745-754.

Moura, P., Nascimento, M., Pompeu, J., Simões, M., & Varanda, R. (2015). Comparação entre intervenções fisioterapêuticas unimodais e multimodais na Síndrome da Fragilidade: revisão sistemática. **Rev. bras. ativ. fís. saúde**, Florianópolis, v. 20, n.5, p. 458-466.

Oliveira, M. D., Santos, C. L. S., Oliveira, C. F. D., & Ribas, D. I. R. (2013). Effects of expansive technical and incentive spirometry in respiratory muscle strength in institutionalized elderly. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.26, n.1, p. 133-140.

Öztürk, A., Şimşek, T. T., Yümin, E. T., Sertel, M., & Yümin, M. (2011). The relationship between physical, functional capacity and quality of life (QoL) among elderly people with a chronic disease. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Taiwan, v.53, n.3, p. 278-283.

Pereira, L. V., Vasconcelos, P. P. D., Souza, L. A. F., Pereira, G. D. A., Nakatani, A. Y. K., & Bachion, M. M. (2014). Prevalence and intensity of chronic pain and self-perceived health among elderly people: a population-based study. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.22, n.4, p. 662-669.

Polidoro, Á. C. R., & Contencas, T. S. (2015). Treino de equilíbrio em idosos com realidade virtual. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 72, n.4, p. 153-156.

Resolução n. 424, de 08 de Julho de 2013 (2013). Estabelece o código de ética e deontologia da Fisioterapia. Diário Oficial da União. Brasília, DF. Recuperado em 15 janeiro 2018, de <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3187>

Resolução n. 476, de 20 de Dezembro de 2016 (2016). Reconhece e Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia em Gerontologia e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF. Recuperado em 15 janeiro 2018, de <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=6303>

Santos, L. A., Borgi, J. R., Daister, J. L. N., & Pazzianotto-Forti, E. M. (2013). Efeitos da estimulação diafragmática elétrica transcutânea na função pulmonar em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Porto Alegre, v.16, n.3, p. 495-502.

Schoenell, M., Bgeginski, R., & Kruehl, L. (2017). Efeitos do treinamento em meio aquático no consumo de oxigênio máximo de idosos: revisão sistemática com metanálise de ensaios clínicos randomizados. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 21, n.6, p. 525-533.

Silva, K. G. D. Efeitos de um treinamento com o Nintendo® Wii sobre o equilíbrio postural e funções executivas de idosos saudáveis, um estudo clínico longitudinal, controlado e aleatorizado (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

Silva, Rubia Jaqueline Magueroski da, Dias, Sara Maria Soffiatti, & Piazza, Lisiane. (2017). Desempenho em atividades de simples e dupla tarefas de idosos institucionalizados que realizam e não realizam fisioterapia. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.24, n.2, p. 149-156.

Vasconcelos, A. M. N., & Gomes, M. M. F. (2012). Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.21, n.4, p. 539-548.

Wibelinger, L. M., Batista, J. S., Vidmar, M. F., Kayser, B., Pasqualotti, A., & Schneider, R. H. (2013). Effects of conventional physiotherapy and wii therapy on pain and functional capacity of elderly women with knee osteoarthritis. **Revista Dor**, São Paulo, v. 14, n.3, p. 196-199.

World Health Organization. (2005). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde.

CAPÍTULO 24 – DETERMINANTES DE QUALIDADE DE VIDA NO MOMENTO DA ADMISSÃO DE PACIENTES EM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO GERONTOLÓGICA

Renata Cereda Cordeiro
Ana Lúcia Bonifácio Reis Gazda
Luiz Roberto Ramos

O envelhecimento populacional, caracterizado por transformações sociodemográficas, econômicas e epidemiológicas, vem sobressaindo-se em todo o mundo. O crescimento do contingente idoso demonstra a necessidade de direcionar-se às implicações deste fenômeno, desenvolvendo atuações que visem à manutenção da capacidade funcional, a redução da morbidade e o aumento da expectativa de vida ativa, tendo em vista a melhora da Qualidade de Vida (QV).

O Censo 2010 revelou que expressivos 67,7% da população com 65 anos e mais referem possuir ao menos um dos tipos de deficiência investigadas (visual, auditiva, motora e mental ou intelectual), advindas do próprio processo de envelhecimento (IBGE, 2010). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, mais recentemente, revelou dados sobre a autoavaliação de saúde da população brasileira por sexo, idade, região e escolaridade. A avaliação do estado de saúde é um indicador que engloba tanto componentes físicos quanto emocionais dos indivíduos, além de aspectos do bem-estar e da satisfação com a própria vida. Em relação aos grupos de idade, a pesquisa demonstrou que quanto maior a faixa etária menor o percentual de autoavaliações positivas de saúde (boa ou muito boa), que variou de 81,6% para aqueles de 18 a 29 anos de idade a apenas 39,7%, para as pessoas de 75 anos ou mais de idade, uma discrepância que justifica a preocupação com a oferta de serviços em todos os níveis de atenção à saúde, incluindo a reabilitação especializada (IBGE, 2014).

Quando se investigam os recortes populacionais mais idosos (acima dos 50 anos), a prevalência de fragilidade²⁰ aumenta conforme a idade, atingindo 16,2%

²⁰ Fragilidade é classicamente conceituada como uma síndrome caracterizada por declínio da energia decorrente de alterações que acontecem em razão do envelhecimento e que predispõem à redução significativa da massa muscular e a um estado inflamatório crônico que, na presença de doenças, imobilidade ou outros fatores extrínsecos, resulta na diminuição da reserva energética e no aumento da vulnerabilidade física. Nos estudos acerca de fragilidade esse fenômeno é mensurado segundo a presença de três ou mais das seguintes características: perda de peso, fraqueza, baixa velocidade de marcha, exaustão e baixo nível de atividade física (Andrade et al., 2018; Fried et al., 2001)

dentre aqueles com 65 anos e mais, e está associada também à pior autoavaliação de saúde, presença de pelo menos duas doenças crônicas e dificuldade em realizar pelo menos uma atividade básica de vida diária, ou seja, de autocuidado (Andrade et al., 2018).

Quase um quarto da população adulta acima dos 50 anos apresenta dificuldade em pelo menos uma atividade básica de vida diária, como comer, tomar banho, ir ao banheiro, vestir-se, locomover-se em um cômodo e transferir-se da cadeira. Essa demanda aumentada por cuidado correlaciona-se com idade mais avançada, pior escolaridade e presença de pelo menos duas doenças crônicas (Giacomin, Duarte, Camarano, Nunes, & Fernandes, 2018).

O significativo impacto nas dimensões da QV causada pela independência nas atividades cotidianas está associado ao declínio na habilidade em desempenhar as atividades de vida diária (AVD), correlacionando-se com o senso de satisfação consigo mesmo (Takemasa, 1998). A manutenção da capacidade funcional e da autonomia durante o processo do envelhecimento surge como um novo conceito de saúde, associando-se diretamente à QV (Chaimowicz, 1997; Rosa, Benício, Latorre, & Ramos, 2003). O prejuízo da capacidade funcional está associado ao prognóstico de fragilidade, dependência, institucionalização, perda da mobilidade, maior risco de quedas e de morte (Laukkanen, Leskinen, Kauppinen, Sakari-Rantala, & Heikkinen, 2000; Ramos, Simoes, & Albert, 2001; Young, Forbes, & Hirdes, 1994). Mais ainda, envelhecer com QV depende do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, o qual lhe possibilitará lidar com as perdas ocupacionais e afetivas, resultando em diferentes comportamentos norteados pela história pessoal, pelo nível social e pelos valores pessoais (Neri, 2002). Portanto, a QV no envelhecer é mediada pela subjetividade e fortemente influenciada por valores históricos, sociais e culturais.

O Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil) conduzido entre 2015 e 2016 com uma amostra representativa da população com 50 anos e mais não institucionalizada desvelou que a frequência de encontros com amigos, suporte instrumental dentro de casa partindo de cônjuge ou companheiro e suporte emocional de outros parentes, de filho, nora ou genro e do cônjuge influenciam positivamente a QV dessa população, ao passo que idade superior a 80 anos, escolaridade acima dos quatro anos e, principalmente, dificuldade na mobilidade estão associadas negativa e independentemente à QV (Neri et al., 2018).

A atenção centrada no paciente identifica as necessidades clínicas, visões, experiências e perspectivas de todos os envolvidos no cuidado – pacientes, familiares e equipe multiprofissional – possibilitando o delineamento conjunto dos objetivos terapêuticos e das intervenções (Steiner et al., 2002), restabelecendo-se assim a capacidade de o paciente alcançar suas habilidades de acordo com sua capacidade (Hoenig, Nusbaum, & Brummel-Smith, 1997). Esse processo, definido como reabilitação, refere-se ao uso de medidas apropriadas, orientadas por um objetivo e limitadas no tempo, que permitam que pessoas com deficiências alcancem e mantenham um nível de funcionamento mental, físico, social e vocacional mais favorável (Amiralian et al., 2000), além de total inclusão e participação em todos os aspectos da vida.

Atualmente a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade de Saúde (CIF) tem sido o mais importante norteador para as equipes de reabilitação, seja por propor um novo modelo que congrega as visões biomédica e psicossocial de saúde e, assim, unificar a linguagem dos diferentes atores que participam do processo de reabilitação, seja por detalhar tanto os graus de limitação como o potencial do qual cada sujeito dispõe nos domínios das funções e estruturas do corpo, da atividade e da participação, sempre considerando as influências externas do contexto ambiental ou pessoal para conduzir sua vida. Isso permite gerar comparações de estatísticas entre países e contribui para maior cientificidade no processo de tomada de decisões nos âmbitos individual e coletivo (Organização Mundial da Saúde, 2003).

A Reabilitação Gerontológica distingue-se de outras abordagens tradicionais de reabilitação por entender a limitação funcional como resultado de múltiplos determinantes físicos, emocionais, comportamentais e socioculturais, sem focar o problema sobre uma doença de base ou uma seqüela específica. Deste modo, os programas em Reabilitação Gerontológica não seguem um padrão tradicional de Fisiatria que frequentemente segmenta os pacientes por origem das seqüelas, uma vez que, na velhice, as comorbidades se impõem, levando a quadros clínico-funcionais atípicos e multifacetados (Cordeiro, 2011).

O Grupo WHOQOL da Organização Mundial da Saúde (OMS) define a QV como percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Reflete um aspecto embutido em condições de vida e

circunstâncias, incluindo saúde mental e expectativa de vida (Carr, Thompson, & Ktrwanf, 1996; Cella & Nowinski, 2002; The WHOQOL Group, 1998). Trata-se de um construto necessariamente de ordem subjetiva e multifatorial.

Ao referirem-se à QV, diversos autores voltam-se aos aspectos relacionados à saúde e utilizam-na para compreender o impacto que a doença ou medidas terapêuticas causam no indivíduo, graduar a qualidade do serviço oferecido e a relação custo-benefício da intervenção. (Andresen & Meyers, 2000). A QV relacionada à saúde engloba domínios do estado da saúde (função física, psicológica e social) e pode também mensurar sintomas, deficiências e incapacidades (Andresen & Meyers, 2000).

Diversas dimensões da QV relacionada ao envelhecimento em indivíduos saudáveis ou com doenças crônicas estão associadas a questões de saúde e participação, representadas pelas relações sociais e pelas atividades recreacionais, principalmente com familiares (Carr et al., 1996; Farquhar, 1995; Neri, 2002). Essas dimensões são impactadas pela situação econômica e psicológica, influenciando o modo como lidar com os fatores sociodemográficos e contextuais (Neri, 2002).

Deste modo, caracterizar a QV na velhice implica a adoção de critérios multifatoriais, seja na presença ou ausência de doenças. Não é possível estabelecer com clareza o grau de importância de cada um dos indicadores da QV na velhice, assim como as inter-relações e a relação de causalidade entre si (Fleck et al., 2002; Neri, 2002). O ponto chave na interação destes conceitos é saber quais variáveis são indicadores de uma boa QV na velhice.

No Brasil, alguns estudos vêm fornecendo importantes contribuições para o corpo de conhecimento sobre os fatores influenciadores da QV na velhice. Impactam a QV de modo independente: autoavaliação de saúde, nível educacional, engajamento em atividades físicas, condições médicas geriátricas (ex. sintomas depressivos), dependência em AVD, trabalho remunerado, acesso à atenção primária à saúde, idade, qualidade do convívio familiar, ter renda suficiente, ter oportunidades de lazer, ver sentido na vida (Alexandre, Cordeiro, & Ramos, 2009; Campos, Ferreira, Vargas, & Albala, 2014; Paskulin & Molzahn, 2007; Paskulin, Vianna, & Molzahn, 2009). Muitas dessas contribuições científicas sobre QV no envelhecimento partem de amostras de base populacional com participantes idosos da comunidade ou de amostras homogêneas por apresentarem uma determinada doença (Alexandre, Cordeiro, & Ramos, 2008). Poucos estudos concentraram suas

análises em amostras de populações atendidas em serviços ambulatoriais de reabilitação ou não selecionaram a população idosa diretamente (Krops, Jaarsma, Dijkstra, Geertzen, & Dekker, 2017; Miranda et al., 2016; Schrier, Schrier, Geertzen, & Dijkstra, 2016). Ainda resta uma lacuna no conhecimento a respeito do comportamento da QV dos idosos que demandam e acessam serviços de assistência à saúde no âmbito abrangente da Reabilitação Gerontológica, bem como que fatores influenciam tanto positiva como negativamente sua QV.

O presente estudo tem por objetivo caracterizar a QV dos idosos na admissão em serviço de Reabilitação Gerontológica e ainda, gerar conhecimento que possa responder à seguinte pergunta: quais variáveis clínicas, funcionais, ambientais e pessoais estão independentemente associadas à QV do idoso admitido no contexto de um serviço de Reabilitação Gerontológica? Com base na literatura disponível e na experiência clínica em Reabilitação, hipotetiza-se que idade avançada, piores condições clínicas (presença de doenças crônicas, déficit cognitivo e polifarmácia), funcionais (pior mobilidade e dependência em AVD), sociais (menor escolaridade) e emocionais (presença de sintomas depressivos) exerçam influência negativa sobre a QV de idosos que demandam serviço ambulatorial de reabilitação especializada em Geriatria e Gerontologia. Em contrapartida, supõe-se que a disponibilidade de cuidados familiares, ter uma ocupação, renda suficiente e engajamento em atividades de lazer possam influenciar favoravelmente a QV dessa população.

Método

Participantes

A amostra foi constituída de 163 prontuários de pacientes admitidos em Serviço de Reabilitação Gerontológica de uma organização não governamental conveniada à atividade universitária pública em grande centro urbano brasileiro, na cidade de São Paulo²¹. Toda a assistência era prestada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Estes prontuários referiam-se a pacientes de ambos os sexos, com idades iguais e superiores a 60 anos, previamente encaminhados por serviços

²¹ Descrições pormenorizadas do histórico, estrutura física, organizacional, procedimentos, forma de acompanhamento dos pacientes e todo o fluxo deste serviço em particular já foram previamente publicados e podem fornecer uma compreensão mais abrangente da iniciativa do atualmente extinto serviço (Cordeiro, 2010, 2011, 2013).

ambulatoriais universitários, da rede pública municipal de saúde ou por demanda espontânea ao serviço.

Foram incluídos no estudo os prontuários que continham avaliação gerontológica abrangente padronizada completa. Foram excluídos os prontuários dos pacientes que não foram capazes de completar o instrumento de Qualidade de Vida, WHOQOL-bref, por apresentarem condições clínicas (mentais ou sensoriais) que os impossibilitaram de responder ou por falta de domínio suficiente da língua portuguesa, no caso de pacientes estrangeiros.

Procedimentos

Trata-se de um estudo transversal analítico com fontes de dados indiretas e retrospectivas. Foram selecionados todos os prontuários dos pacientes admitidos no serviço no período de janeiro a dezembro de 2003. O setor apresentava, no período referido, o total de 184 prontuários de pacientes avaliados, dos quais 21 foram excluídos. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética local segundo a resolução 196/96.

Todos os pacientes eram submetidos a uma Avaliação Gerontológica Abrangente (AGA) que abrangia tanto questionários como testes de desempenho funcional validados para o público idoso.

A QV, objeto deste estudo, foi avaliada segundo o instrumento WHOQOL-bref (Fleck et al., 2000). Desenvolvido pela OMS, originado do WHOQOL-100 (The Whoqol Group, 1998; Fleck et al., 1999), constitui-se de 26 questões, sendo duas questões gerais de QV e as demais representando as 24 facetas que compõem o instrumento original. A ferramenta é composta por quatro domínios – físico, psicológico, relações social e meio ambiente – com características psicométricas satisfatórias (Fleck et al., 2000; Skevington, Lotfy, O’Connell, & WHOQOL Group, 2004; The WHOQOL Group, 1998). Os escores dos domínios para o WHOQOL-bref são calculados multiplicando-se por quatro a média de todos os itens incluídos no domínio. Cada domínio do WHOQOL-bref foi considerado uma variável-resposta.

Os fatores cuja correlação com QV será analisada, foram agrupados a seguir segundo a lógica dos domínios da CIF (Organização Mundial da Saúde, 2003):

- a. *Fatores contextuais e ambientais*: sexo, idade (contínua e nas faixas 60-79 anos e 80 anos e mais), nível educacional (analfabeto, fundamental

incompleto, fundamental completo, ensino médio e ensino superior), vida conjugal (sem ou com) e estado civil (casado, solteiro, viúvo ou divorciado), renda pessoal (sem renda; até quatro salários mínimos (SM); 5-8 SM; > 9 SM), convivência familiar no domicílio (mora só; domicílio unigeracional; multigeracional), situação habitacional (casa, sobrado ou apartamento) e situação ocupacional (aposentado/pensionista, aposentado/pensionista com trabalho remunerado ou do lar)

- b. *Funções e estruturas do corpo*: internações no último ano (sim ou não), número de medicamentos em uso, estado cognitivo e presença de sintomas depressivos. O estado cognitivo foi avaliado pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), importante instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo elaborado para detectar as perdas cognitivas e quantificar a gravidade do prejuízo cognitivo, por meio da avaliação dos domínios da cognição: orientação de tempo e espaço, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação de três palavras, linguagem e construção visual constituídos em um escore que somam 30 pontos. Apresenta relação inversa do escore com o déficit (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Tombaugh & McIntyre, 1992). Os sintomas depressivos foram avaliados segundo a Geriatric Depression Scale (GDS), instrumento desenvolvido para rastreio de sintomas depressivos na população idosa, validado em uma escala com 30 itens com respostas sim/não (Yesavage et al., 1982).
- c. *Atividades*: capacidade funcional segundo o Brazilian Older Americans Resources and Services (OARS) Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (BOMFAQ) (Ramos, Perracini, Rosa, & Kalache, 1993). A variação do escore é de 0 a 15 atividades em que o respondente referia algum grau de dificuldade em sua execução, ou seja, à medida que a pontuação cresce, aumenta o grau de dependência. A mobilidade foi medida pelo *Timed and Up and Go Test* (TUGT), teste funcional em que é cronometrado o tempo (em segundos) que o indivíduo leva para se levantar da cadeira, percorrer três metros e retornar à posição inicial. sendo cronometrado o tempo em segundos. Valores até 10 segundos são

considerados normais para adultos saudáveis. Apresenta propriedades psicométricas satisfatórias (Lin et al., 2004; Podsiadlo & Richardson, 1991)

- d. *Participação*: relações sociais com quem mantém (somente com quem vive; com familiares, amigos e vizinhos; sem vínculo familiar) e as atividades de lazer, analisadas em relação ao ambiente (domiciliar ou externo) e à companhia com quem realizam (lazer individuais ou coletivos).

Análise Estatística

Foi realizada inicialmente análise descritiva simples (frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e dispersão) para caracterizar a população segundo os fatores contextuais, funções e estruturas do corpo, atividades e participação. Após a descrição dos dados, foram testadas as associações entre as variáveis independentes e os domínios do WHOQOL-bref, os quais formam cada uma das variáveis dependentes. Para tanto, foram realizados os testes t-student para amostras independentes, ANOVA e o Coeficiente de Correlação de Pearson, a depender do tipo de cada variável independente (categóricas ou contínuas). Essa etapa preliminar possibilitaria a seleção das variáveis que comporiam conjuntamente a análise de regressão linear múltipla com o intuito de quantificar o grau de determinação, de modo independente, desses fatores à QV em seus domínios. Foram necessárias etapas que resultaram, posteriormente, em um modelo final de regressão linear múltipla. Os cálculos foram executados pelo software “SPSS 11.0 for Windows” (Statistical Package for Social Sciences®, version 11.0).

Resultados

Os 163 prontuários resultantes eram representados por 77,9% do sexo feminino, com idade média de $76,06 \pm 6,52$ anos. A maior concentração (69,3%) esteve na faixa etária de 60 a 79 anos, sendo a idade máxima de 94 anos. A maioria não havia completado o ensino fundamental (50,9%), não tinha vida conjugal (60,1%), sendo os viúvos 41,7% desses.

A maioria residia em domicílios multigeracionais (53,1%), habitavam em casa (55,6%), com renda inferior a quatro salários mínimos (78,7%), procedentes de aposentadoria e pensão (86,4%). As relações sociais referidas eram em sua maioria (72,4%) amplas (familiares, vizinhos e amigos). Ainda, 16,7% mantinham

exclusivamente relações sem vínculo familiar e 10,9% somente se relacionavam com quem residiam. Apenas 20,4% moravam sós.

O número médio de hipóteses diagnósticas foi de $6,7 \pm 2,21$ doenças por idoso. Os grupos de doenças mais frequentes foram: Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo, Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas, apresentando 207, 178 e 111 ocorrências, respectivamente. Dentre estes grupos as hipóteses diagnosticadas mais frequentes foram a hipertensão arterial sistêmica, a osteoartrose e a dislipidemia. As quedas também se mostraram frequentes, com 77 ocorrências.

O número médio de medicamentos em uso foi de $4,49 \pm 2,39$ medicamentos. Observou-se que a maior proporção da população fazia uso de cinco ou mais medicamentos (45,5%) e não apresentaram internações no último ano (80,4%).

No rastreio cognitivo, constatou-se que 72,4% da amostra estavam acima da nota de corte para identificação de distúrbios cognitivos, com média de $25,1 \pm 4,76$ pontos no instrumento MEEM. Em relação aos transtornos afetivos, constatou-se que 46,6% da amostra apresentavam escore normal para sintomas depressivos. Portanto mais da metade da amostra (53,4%) apresentou algum sintoma depressivo, em caráter moderado ou grave, com escore médio no instrumento GDS de $11,2 \pm 6,30$ pontos.

As variáveis independentes referentes às Atividades foram agrupadas em capacidade funcional e mobilidade. Em relação às 15 AVD e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) avaliadas, aproximadamente metade da amostra (50,3%) relatou apresentar dificuldades em sete ou mais atividades, com escore médio no instrumento OARS de $2,19 \pm 0,93$. Por meio do instrumento TUGT, constatou-se que quase a maioria (62%) realizou o teste entre 11 a 20 segundos, com média de $19,79 \pm 17,27$ segundos.

As práticas de atividades de lazer, analisadas por meio do ambiente e da companhia com as quais realizavam, eram prioritariamente realizadas individualmente (38,5%) e no ambiente doméstico (27,6%). Além disso, 21,8% da amostra relataram não realizarem práticas de atividades de lazer.

Os escores médios nos domínios físico, psicológico, ambiental e relações sociais do WHOQOL-bref foram de $50,66 \pm 18,38$; $58,95 \pm 16,78$; $55,78 \pm 13,15$ e

68,35 ± 20,18, respectivamente, tendo o domínio correspondente às relações sociais maior escore, ressaltando-se que este domínio possui o menor número de questões.

A análise univariada permitiu verificar a existência de associação das variáveis independentes (fatores) com a média de cada domínio da variável dependente QV (WHOQOL-bref). Houve significância estatística principalmente em relação aos domínios físico e ambiental, como consta na tabela 1. Não foram verificadas associações significantes na análise da variável internação no último ano e da variável convivência familiar no domicílio com os domínios de QV, avaliados pelo WHOQOL-bref.

Tabela 1 - Representação da análise univariada para associações entre as variáveis independentes, baseadas nos componentes da CIF, e os domínios da QV de uma amostra de idosos admitidos em serviço de Reabilitação Gerontológica.

CIF	Fatores	Técnica estatística	Domínios do WHOQOL-bref			
			Físico	Psicológico	Ambiental	Social
FATORES CONTEXTUAIS PESSOAIS E AMBIENTAIS	Sexo	t-student	0,082*	0,046*	0,108*	0,402
	Idade (60-79a e >80 anos)	t-student	0,695	0,901	0,567	0,125*
	Nível educacional	ANOVA	0,255	0,677	0,026*	0,279
	Vida conjugal	t-student	0,123*	0,001*	0,331	0,436
	Renda familiar	ANOVA	0,629	0,621	0,011*	0,399
	Habitação	ANOVA	0,095*	0,274	0,140*	0,186
	Ocupação	ANOVA	0,644	0,113*	0,057*	0,812
FUNÇÕES E ESTRUTURAS	Medicamentos	t-student	0,102*	0,058*	0,312	0,869
	MEEM	Pearson (r)	0,137	0,400**	0,146	0,025
	GDS	Pearson (r)	0,494**	0,716**	0,531**	0,481**
	BOMFAQ	Pearson (r)	0,564**	0,305	0,361	0,096
	TUGT	Pearson (r)	0,400**	0,211	0,082	0,018
ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO	Relações sociais com quem mantém	ANOVA	0,002*	0,030*	0,045*	0,036*
	Lazer (coletivo versus individual)	ANOVA	0,267	0,517	0,096*	0,654
	Ambiente do lazer (doméstico versus externo)	ANOVA	0,126*	0,381	0,157	0,208

*p ≤ 0,05, **r ≥ 0,40

Depois de verificadas as variáveis com associação significativa, com cada domínio de QV, foram inseridas na análise de regressão linear com o intuito de delinear um modelo de determinação de QV. Foram também inseridas as *dummies variables* quando pertinentes, obtendo um modelo final de regressão linear múltipla, como disposto na tabela 2. O modelo final apontou que os sintomas depressivos estiveram associados com todos os domínios de QV.

Os determinantes de Qualidade de Vida do domínio físico de QV foram “capacidade funcional”, “mobilidade”, “sintomas depressivos” e “relações com familiares”. Em média, o aumento de um ponto no escore destas variáveis reduz o escore do domínio físico em 1,63, 0,21 e 0,80 pontos, respectivamente. A melhora na participação das relações sociais proporciona um acréscimo de 7,70 pontos no domínio físico.

Quanto ao domínio psicológico, foram determinantes de QV: “vida conjugal”, “sintomas depressivos” e “relações sociais mantidas com quem o idoso reside”. Em média o aumento de um ponto no escore de “sintomas depressivos” reduz o escore do domínio psicológico em 1,99 pontos. Entretanto, “vida conjugal” e “relações sociais com quem residem” foram determinantes positivas que proporcionam aumento no escore do domínio psicológico da QV de 4,61 e 6,71 pontos, respectivamente.

Quanto ao domínio ambiental da QV, ser “analfabeto”, apresentar “nível educacional fundamental”, “residir em casa”, apresentar “práticas de lazer coletivas” e “sintomas depressivos” foram seus determinantes. O acréscimo em “práticas coletivas de atividades de lazer” aumenta o escore do domínio ambiental em 4,86 pontos. Portanto o aumento, em média, de um ponto no escore de “sintomas depressivos” reduz o escore do domínio ambiental em 1,14 e “ser analfabeto”, ter “nível educacional fundamental” e “residir em casa” decresce o escore do domínio ambiental em 9,76, 5,52 e 3,95 pontos, respectivamente.

Somente os “sintomas depressivos” mostraram-se determinantes de QV no domínio relações sociais. Em média, o aumento de um ponto no escore desta variável reduz 1,54 o escore do domínio referente a relações sociais.

Tabela 2 - Resultados da aplicação do modelo de Regressão Linear Múltipla nos domínios da Qualidade de Vida, em idosos admitidos em serviço de Reabilitação Gerontológica.

VARIÁVEIS	MODELO FINAL	
	<i>Coefficiente β</i>	<i>p</i>
DOMÍNIO FÍSICO		
Dificuldades funcionais (BOMFAQ)	- 1,63	0,000
Mobilidade (TUGT)	- 0,21	0,003
Sintomas depressivos (GDS)	- 0,80	0,000
Relações sociais amplas (com familiares, amigos e vizinhos)	5,70	0,040
DOMÍNIO PSICOLÓGICO		
Com vida conjugal	4,61	0,015
Sintomas depressivos (GDS)	- 1,99	0,000
Relação social apenas com quem vive	6,71	0,028
DOMÍNIO AMBIENTAL		
Ser analfabeto	- 9,76	0,017
Formação até o ensino fundamental	- 5,52	0,009
Residir em casa	- 3,95	0,027
Sintomas depressivos (GDS)	- 1,14	0,000
Ter lazer em atividades coletivas	4,86	0,017
DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS		
Sintomas depressivos (GDS)	- 1,54	0,000

Discussão

Este é o primeiro estudo desenvolvido em serviço ambulatorial de Reabilitação Gerontológica, no âmbito do SUS, a analisar os determinantes de QV dos usuários para ele encaminhados. A partir de estudos de caracterização de aspectos cruciais relacionados à saúde dos usuários dos serviços de saúde pode-se prestar assistência mais qualificada e direcionada a esses fatores como parte das medidas de resultado do trabalho das equipes multi e interdisciplinares. A QV reduzida nos pacientes que demandam essa modalidade de atenção à saúde indica que essa é uma das metas a ser alcançada (Krops et al., 2017; Schrier et al., 2016). Os escores obtidos foram sensivelmente inferiores a outros estudos que

empregaram o WHOQOL-bref como forma de avaliação da QV em idosos da comunidade (Alexandre et al., 2009; Miranda et al., 2016; Paskulin & Molzahn, 2007; Paskulin et al., 2009).

Como esperado, a média de idade dos idosos encaminhados a esse tipo de serviço é aproximadamente cinco anos maior do que dos estudos de base populacional com idosos residentes na comunidade (Campolina, Dini, & Ciconelli, 2011; Campos et al., 2014; Paskulin & Molzahn, 2007; Paskulin et al., 2009) e principalmente em relação aos recortes mais ativos da população idosa (Alexandre et al., 2009). Entretanto, a idade da amostra do presente estudo assemelha-se à encontrada em estudos desenvolvidos em serviços ambulatoriais geriátrico-gerontológicos cuja finalidade última é a melhora da capacidade funcional (Alexandre et al., 2008; Gazzola, Muchale, Perracini, Cordeiro, & Ramos, 2004). Presume-se, assim, que os pacientes atendidos em serviços de Reabilitação Gerontológica sejam mais idosos que aqueles atendidos nos equipamentos de atenção básica, por já terem sido assistidos em outras especialidades ambulatoriais e por elas terem sido encaminhados.

Principalmente quando a referência de encaminhamento parte de serviços geriátricos, a tendência é de encaminhamento de idosos mais velhos, mais frágeis, com comorbidades crônicas instaladas e complicações delas advindas que se somam ao agravante da idade. Em estudo nacional realizado num Centro de Referência da Pessoa Idosa de Belo Horizonte (MG), equipamento público municipal que oferece serviços e programas voltados à promoção da saúde, prevenção do isolamento social e defesa dos direitos da pessoa idosa, os usuários eram bem mais jovens e, portanto, com melhores condições funcionais para engajarem-se em atividades de promoção à saúde que ocorrem prioritariamente na atenção básica (Miranda et al., 2016). Em contrapartida, dentre aqueles com maior comprometimento funcional e com idade mais avançada as ações reabilitativas se desenvolvem em outros equipamentos e programas com recursos mais avançados e intensivos, como os de assistência domiciliar e centros-dia, cujos pacientes apresentam, via de regra, idades superiores a 80 anos (Franciulli, Ricci, Lemos, Cordeiro, & Gazzola, 2007; Ricci, Cordeiro, Lemos, & Gazzola, 2010).

Não surpreende que a idade tenha sido encontrada como fator que afeta negativamente a QV nos domínios do funcionamento físico, social e saúde geral em estudos holandeses com robustas amostras de população de reabilitação com

idades acima dos 18 anos (Krops et al., 2017; Schrier et al., 2016). Entretanto, o presente estudo não verificou qualquer relação de determinação entre idade e QV, em qualquer dos seus domínios, mesmo à análise univariada. Diferentemente dos autores supracitados, o presente estudo tem por ponto de partida um recorte já mais idoso da população e, portanto, mais homogêneo nesse aspecto. O mesmo se verificou em amostra de idosos da comunidade, em que a idade não esteve associada à pior QV no modelo final de regressão de outros estudos (Campos et al., 2014; Martinez-Martin et al., 2012). Disso depreende-se que maior atenção deve ser dada ao motivo do encaminhamento e à gravidade das demandas do que simplesmente o avançar da idade cronológica.

A amostra foi predominantemente feminina, fenômeno presente também em outros estudos. O número elevado de mulheres na amostra reflete o fenômeno da feminização do envelhecimento. A redução do número de homens, com o avançar da idade e com o aumento da expectativa, de vida principalmente entre as mulheres, levando-as à viuvez até idades avançadas, com dificuldades em se casar novamente torna-se um diferencial para essa população (Garrido & Menezes, 2002). Neste estudo, houve tendência a melhor qualidade de vida entre homens apenas no domínio psicológico, associação que não se manteve à luz da análise de regressão linear múltipla. Há estudos apontando pior QV e percepção de saúde entre as mulheres (Campolina et al., 2011; Martinez-Martin et al., 2012), o que pode ser explicado pela maior preocupação que elas têm com a saúde, refletida na forma de maior demanda de serviços de saúde, quando se compara com os homens.

Grande parte dos idosos não tinha vida conjugal à admissão no serviço de reabilitação. Porém, para uma menor parcela da amostra com vida conjugal, esta variável mostrou-se, por meio da análise de regressão múltipla, um indicador de melhor QV no domínio psicológico. Resultado oposto já foi encontrado para idosos ativos da comunidade, em que o modelo final de regressão linear múltipla apontou a ausência de vida conjugal como indicador de melhor QV no aspecto social (Alexandre et al., 2009). Para pacientes em reabilitação, entretanto, a presença de um cônjuge se traduz frequentemente em suporte social e cuidados pessoais.

O cônjuge é, na maioria das vezes, quem desempenha o suporte do cuidado para com idosos comprometidos funcionalmente (Claesson, Gosman-Hedström, Johannesson, Fagerberg, & Blomstrand, 2000) e é visto como importante componente da QV pelos idosos (Martinez-Martin et al., 2012; Neri et al., 2018). O

impacto das comorbidades e das incapacidades nas relações do idoso, principalmente no cuidador, exerce uma influência no bem-estar psicológico e no relacionamento com os membros da família. Em estudo longitudinal investigou-se a satisfação de vida do cônjuge de pacientes com Acidente Vascular Encefálico (AVE) prévio, ao longo de um ano e a relação da satisfação de vida com os seus diversos domínios. Observaram um decréscimo em todos os domínios de satisfação de vida (satisfação geral, situação ocupacional, vida sexual, relacionamento com companheiro e relações sociais) principalmente nos quatro meses posteriores ao AVE, especialmente em cônjuges de idosos com déficits cognitivos e físicos. A insatisfação de vida do cuidador pode refletir-se do receio do idoso em depender de outros, provavelmente por temer situações de isolamento e de maior dependência, repercutindo assim em pior QV do doente e de sua família (Forsberg-Wärleby, Möller, & Blomstrand, 2004).

Neri et al. (2018), ponderam que receber apoios instrumentais e emocionais de quaisquer fontes é mais importante para a determinação da QV do que não os receber de ninguém. Ainda segundo o mesmo estudo, encontrar maior QV associada à oferta de apoios instrumentais de cônjuges e familiares mais próximos confirma a importância dada à família como fonte desses apoios. Mesmo que conflitos familiares aflorem no decurso dessas relações, parece ser melhor para o bem-estar dos idosos aceitar ajuda de familiares do que expor sua dependência funcional a pessoas de fora da família.

Entre aqueles que conseguiram chegar ao ensino fundamental, grande parte apresentava baixo nível de escolaridade. Ser analfabeto e ter completado apenas o nível educacional fundamental foram variáveis que, por meio da análise de regressão múltipla, determinaram pior QV no domínio ambiental. Em outros estudos a baixa escolaridade esteve associada à dependência de moderada a grave em atividades funcionais (Rosa et al., 2003) e à morte (Ramos et al., 2001), tendo sido contrariado apenas mais recentemente pelo ELSI-Brasil (Neri et al., 2018). De fato, outros estudos já apontaram a importância da escolaridade para a QV da população idosa (Campos et al., 2014; Paskulin et al., 2009; Raggi et al., 2016) e de reabilitação (Schrier et al., 2016). Em vista da recorrência desse achado em diversos estudos de diferentes países, hipotetiza-se que o nível educacional seja protetor da QV das pessoas, o que reforça a assertiva de que políticas públicas para a educação geram impactos de longo prazo no curso de vida dos cidadãos.

A baixa renda dos idosos da amostra pode relacionar-se à opção desses por coabitarem em domicílios com outras gerações, refletindo muitas vezes uma necessidade de interdependência financeira. Domicílios multigeracionais tendem a ocultar uma demanda por cuidados médicos, sociais, hospitalares e de longa permanência, transferindo para a família as responsabilidades do cuidado (Ramos, Rosa, Oliveira, Medina, & Santos, 1993).

Mais da metade da amostra apresentava como situação habitacional a casa. Esta variável associou-se, por meio da análise de regressão múltipla, ao domínio ambiental da QV, constatando que residir em casa representa um determinante de pior QV no domínio ambiental. Poder escolher e sentir-se confortável e seguro no tipo de local de residência, seja um apartamento ou uma casa, conduzem a reflexões sobre a cultura regional, o nível de contato com vizinhos, suporte social e necessidade de adaptações. Segundo o Guia Global para Cidades Amigas do Idoso há uma relação direta entre uma moradia apropriada e acesso a serviços comunitários e sociais que influenciam a independência e a qualidade de vida dos idosos. A possibilidade de se adaptar uma casa ou apartamento também afeta a capacidade de os idosos continuarem a viver confortavelmente em seus lares. E isso é particularmente importante para pessoas com necessidades de reabilitação. Ademais, sabe-se que o porteiro é elemento tão fundamental para o suporte de idosos que vivem em prédios de apartamento que já foram até alvos de projetos de capacitação específicos em diversas capitais, baseados nas orientações do referido guia (Organização Mundial da Saúde, 2008).

Em relação às funções e estruturas do corpo, houve grande prevalência de comorbidades (média de 6,7 doenças por paciente), muitas vezes crônicas. Em estudo longitudinal, os autores verificaram que a gravidade apresentou um potencial preditivo maior que simplesmente o número de doenças crônicas, apontando diferentes impactos na funcionalidade do idoso (Laukkanen et al., 2000). Na amostra, as hipóteses diagnósticas mais frequentes foram a hipertensão arterial sistêmica e a osteoartrose. As doenças cardiovasculares, como a hipertensão, são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade entre os idosos, estando mais predominante com o avanço da idade (Laukkanen et al., 2000). A prevalência de osteoartrose também se torna crescente à medida que se envelhece, podendo afetar 80% da população idosa, associada em grande parte a queixas dolorosas que já demonstraram influenciar negativamente a QV dos idosos (Alexandre et al., 2008;

Colón-Emeric, Whitson, Pavon, & Hoenig, 2013; Ferrell & Ferrell, 1991; Raggi et al., 2016; Schrier et al., 2016).

No presente estudo foram excluídos prontuários em que o instrumento WHOQOL-bref não tivesse sido preenchido adequadamente, conseqüentemente, foram excluídos prontuários de idosos que não compreenderam os comandos verbais, com possíveis comprometimentos cognitivos mais acentuados. Portanto, o rastreio cognitivo da amostra, realizado por meio do MEEM, constatou que a maioria (72,4%) estava acima da nota de corte de 24 pontos, para identificação de distúrbios cognitivos, o que dificulta a comparação desta dimensão com outros estudos, que tinham por objetivo identificar déficits cognitivos.

Em relação aos aspectos afetivos, com intuito de caracterizar sintomas depressivos na população da amostra, foi possível constatar que a maioria correspondia à nota de corte considerada normal. Contudo mais da metade da amostra apresentava sintomas depressivos, sabidamente prevalentes na população idosa (Almeida & Almeida, 1999; D'Ath, Katona, Mullan, Evans, & Katona, 1994), estando implícitos em seu surgimento, fatores demográficos, sociais e biológicos. Estão associados a limitações em várias dimensões do bem-estar e da função social (Fleck et al., 2002; Wells, Seabrook, Stolee, Borrie, & Knoefel, 2003), podendo estar relacionados a aspectos inerentes ao processo do envelhecimento, como as comorbidades crônicas, mudanças de papéis ocupacionais, mortes e perdas.

Resultado mais notório do presente estudo, por meio da regressão linear múltipla evidenciou-se que a intensidade dos sintomas depressivos diminuiu o escore de todos os domínios da QV (físico, psicológico, relação social e ambiental), ou seja, os sintomas depressivos pioram a QV em todos seus domínios. Essa relação inversa vem sendo reproduzida em diversos estudos (Alexandre et al., 2008, 2009; Campos et al., 2014; Comans, Currin, Brauer, & Haines, 2011; Fleck et al., 2002; Martinez-Martin et al., 2012; Miranda et al., 2016; Raggi et al., 2016).

Um importante aspecto para avaliar dependência é a capacidade em desempenhar as atividades diárias, também consideradas importantes preditores em idosos que vivem na comunidade. A maior parte dos pacientes em reabilitação apresentou dificuldades em sete ou mais atividades, ou seja, dependência de moderada a grave para executar as tarefas diárias, razão provável dos encaminhamentos ao serviço.

Variáveis socioeconômicas, demográficas e aspectos relacionados à saúde podem associar-se, em diferentes graus, com dependência moderada (Rosa et al., 2003). São elas: baixa escolaridade, ser aposentado/pensionista/dona de casa, ser mulher, viuvez, arranjo familiar multigeracional e outros aspectos relacionados à saúde e à participação do indivíduo na sociedade. Sendo um aspecto central na reabilitação, a capacidade funcional autorreferida (ex. BOMFAQ) ou medida por instrumentos de desempenho em atividades como mobilidade geral (ex. TUGT), guarda relação estreita com o domínio físico do Whoqol-bref (Paskulin et al., 2009).

Incapacidades afetam a realização nas atividades da vida diária e, conseqüentemente, são fatores facilitadores à institucionalização e à dependência (Laukkanen et al., 2000; Young et al., 1994). Dependência em sete ou mais atividades está fortemente associada com risco de morte, sendo que a dependência, diferente dos fatores sociodemográficos, é um fator modificável pelo indivíduo através de atuações preventivas e reabilitativas (Brach & VanSwearingen, 2002; Ramos et al., 2001).

A maioria da amostra concentrou seu desempenho em mobilidade, avaliada por meio do TUGT, nos escores entre 11 e 20 segundos, padrão anteriormente encontrado (Gazzola et al., 2004). Considera-se essa uma faixa de tempo normal entre idosos com incapacidades ou frágeis (Podsiadlo & Richardson, 1991). Pessoas com bom nível de funcionamento físico, engajadas em atividades físicas, apresentam maiores escores de QV (Campos et al., 2014; Krops et al., 2017; Paskulin et al., 2009). Corroborando os resultados do presente estudo, dificuldades na mobilidade também estiveram associadas a pior QV na amostra de adultos mais velhos do ELSI-Brasil (Neri et al., 2018).

O estudo constatou que a participação do idoso nas relações pessoais pode ser considerada indicadora de QV. Manter relações com quem o idoso vive melhora QV no domínio psicológico e ainda manter relações com familiares, melhora QV no domínio físico. Ter adequado suporte social e conviver harmoniosamente em família vêm sendo considerados importantes preditores de QV em idosos tanto brasileiros como de diversas localidades (Campos et al., 2014; Martinez-Martin et al., 2012; Neri et al., 2018; Raggi et al., 2016). As práticas das atividades de lazer, analisadas em função do ambiente e da companhia em que é realizada a atividade, sobressaem-se às atividades individuais no ambiente doméstico do idoso. Entretanto as atividades de lazer realizadas coletivamente destacaram-se, por meio da regressão múltipla,

como um indicador de melhor QV no domínio ambiental, resultado reproduzido em outros estudos (Alexandre et al., 2009; Paskulin & Molzahn, 2007; Paskulin et al., 2009).

O presente estudo apresenta algumas limitações metodológicas. Não há número suficiente de estudos com população idosa atendida em centros de reabilitação nacionais para comparação. O próprio serviço em questão era pioneiro em reabilitação abrangente do idoso e, por essa razão, a coleta de dados ocorreu em centro único. Apesar de o serviço não assistir usuários de modo regionalizado (incluir pacientes somente de um território), só conseguiam se inserir idosos com condições de frequentar semanalmente o centro de reabilitação para terapias. O território sudeste ao qual pertencia o serviço é região do município de São Paulo com alta concentração de serviços especializados à saúde. Por isso, os resultados não podem ser generalizados a toda população do município.

Ainda, por se tratar de estudo transversal, não é possível estabelecer uma relação de causalidade e temporalidade entre as associações encontradas. O estudo é gerador de hipóteses quanto à direção de uma possível relação de causalidade, contudo, somente a partir de estudos longitudinais ou experimentais será possível ampliar as possibilidades de interpretação. Neste estudo, a denominação “determinante de qualidade de vida” se refere à independência e à força entre as associações, sem pretensões quanto à relação de causalidade.

Considerações finais

Em conclusão, os fatores contextuais são determinantes do domínio psicológico e ambiental da QV; as funções e estruturas do corpo são determinantes de todos os domínios da QV; atividade é determinante do domínio físico da QV; e participação é determinante do domínio físico, psicológico e ambiental de QV.

Compreender a Reabilitação Gerontológica na perspectiva biopsicossocial, não apenas à luz das incapacidades e doenças subjacentes, mas congregando todos os aspectos que abarcam a realidade em que vive o idoso, proporciona um desafio crucial para os envolvidos neste processo. Modelos teóricos mais abrangentes, como o da CIF, são capazes de detectar melhor a complexidade das interrelações entre os fatores comportamentais, ambientais e culturais responsáveis tanto pelo declínio como pela preservação da QV. A maior parte dos fatores relacionados à QV nessa população é modificável e passível de abordagens

interdisciplinares no contexto da reabilitação. A QV pode ser uma excelente medida de resultado para o impacto de ações em Reabilitação Gerontológica.

Referências

Alexandre, T. S., Cordeiro, R. C., & Ramos, L. R. (2008). Fatores associados à qualidade de vida em idosos com osteoartrite de joelho. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15, n. 4, p. 326–332.

Alexandre, T. S., Cordeiro, R. C., & Ramos, L. R. (2009). Factors associated to quality of life in active elderly. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 613–621.

Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 57, n. 2B, p. 421–426.

Amiralian, M. L., Pinto, E. B., Ghirardi, M. I., Lichtig, I., Masini, E. F. S., & Pasqualin, L. (2000). Conceituando deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 97–103.

Andrade, J. M., Duarte, Y. A. O., Alves, L. C., Andrade, F. C. D., Souza-Junior, P. R. B., Andrade, F. B., & Lima-Costa, M. F. (2018). Perfil da fragilidade em adultos mais velhos brasileiros: ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. Supl 2, p. 1s–10s.

Andresen, E. M., & Meyers, A. R. (2000). Health-Related Quality of Life Outcomes Measures. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 81, n. suppl 2, p. S30–S45.

Brach, J. S., & VanSwearingen, J. M. (2002). Physical impairment and disability: relationship to performance of activities of daily living in community-dwelling older men. **Physical Therapy**, v. 82, n. 8, p. 752–761.

Campolina, A. G., Dini, P. S., & Ciconelli, R. M. (2011). Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2919–2925.

Campos, A. C. V., Ferreira, E. F., Vargas, A. M. D., & Albala, C. (2014). Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 12, n. 1, p. 166.

Carr, A. J., Thompson, P. W., & Ktrwanf, J. R. (1996). Quality of life measures. **British Journal of Rheumatology**, v. 35, n. 3, p. 275–281.

Cella, D., & Nowinski, C. J. (2002). Measuring quality of life in chronic illness: The functional assessment of chronic illness therapy measurement system. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 83, n. 12 Suppl 2, p. S10–S17.

Chaimowicz, F. (1997). Health of Brazilian elderly just before of the 21st century: current problems, forecasts and alternatives. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184–200.

Claesson, L., Gosman-Hedström, G., Johannesson, M., Fagerberg, B., & Blomstrand, C. (2000). Resource utilization and costs of stroke unit care integrated in a care continuum: A 1-year controlled, prospective, randomized study in elderly patients: the Göteborg 70+ Stroke Study. **Stroke**, v. 31, n. 11, p. 2569–2577.

Colón-Emeric, C. S., Whitson, H. E., Pavon, J., & Hoenig, H. (2013). Functional decline in older adults. **American Family Physician**, v. 88, n. 6, p. 388–394.

Comans, T. A., Currin, M. L., Brauer, S. G., & Haines, T. P. (2011). Factors associated with quality of life and caregiver strain amongst frail older adults referred to a community rehabilitation service: implications for service delivery. **Disability and Rehabilitation**, v. 33, n. 13–14, p. 1215–1221.

Cordeiro, R. C. (2010). Princípios de Reabilitação Gerontológica. In J. R. Jardim & O. A. Nascimento (org.), **Reabilitação** (pp. 95–127). Barueri: Manole.

Cordeiro, R. C. (2011). Reabilitação Gerontológica. In L. R. Ramos & M. S. Cendoroglo (org.), **Geriatría e Gerontologia** (2ª ed., pp. 247–267). Barueri: Manole.

Cordeiro, R. C. (2013). Serviço de reabilitação gerontológica - resgatando a autonomia da pessoa idosa no Lar Escola São Francisco. In T. E. C. Rosa, A. E. S. Barroso, & M. C. P. Louvison (org.), **Velhices: experiências e desafios nas políticas do envelhecimento ativo** (pp. 253–271). São Paulo: Instituto de Saúde.

D'Ath, P., Katona, P., Mullan, E., Evans, S., & Katona, C. (1994). Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: The acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. **Family Practice**, v. 11, n. 3, p. 260–266.

Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1439–1446.

Ferrell, B. A., & Ferrell, B. R. (1991). Principles of pain management in older people. **Comprehensive Therapy**, v. 17, n. 8, p. 53–58.

Fleck, M. P. A., Lima, A. F. B. S., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V. R., & Camey, S. (2002). Association of depressive symptoms and social functioning in primary care service. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 431–438.

Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "Whoqol-bref." **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178–183.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state. A practical

method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p. 189–198.

Forsberg-Wärleby, G., Möller, A., & Blomstrand, C. (2004). Life satisfaction in spouses of patients with stroke during the first year after stroke. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 36, n. 1, p. 4–11.

Franciulli, S. E., Ricci, N. A., Lemos, N. D., Cordeiro, R. C., & Gazzola, J. M. (2007). A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 373–380.

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... McBurnie, M. A. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 56, n. 3, p. M146–M157.

Garrido, R., & Menezes, P. R. (2002). O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. suppl 1, p. 3–6.

Gazzola, J. M., Muchale, S. M., Perracini, M. R., Cordeiro, R. C., & Ramos, L. R. (2004). Caracterização funcional do equilíbrio de idosos em serviço de reabilitação gerontológica. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 11, n. 1, p. 1–14.

Giacomin, K. C., Duarte, Y. A. O., Camarano, A. A., Nunes, D. P., & Fernandes, D. (2018). Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. Supl 2, p. 1s–12s.

Hoening, H., Nusbaum, N., & BrummelSmith, K. (1997). Geriatric rehabilitation: State of the art. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 45, n. 11, p. 1371–1381.

IBGE. (2010). **Censo Demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE.

IBGE. (2014). **Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE.

Krops, L. A., Jaarsma, E. A., Dijkstra, P. U., Geertzen, J. H. B., & Dekker, R. (2017). Health Related Quality of Life in a Dutch Rehabilitation Population: Reference Values and the Effect of Physical Activity. **PLoS One**, v. 12, n. 1, p. 1–16.

Laukkanen, P., Leskinen, E., Kauppinen, M., Sakari-Rantala, R., & Heikkinen, E. (2000). Health and functional capacity as predictors of community dwelling among elderly people. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 53, n. 3, p. 257–265.

Lin, M. R., Hwang, H. F., Hu, M. H., Wu, H. D. I., Wang, Y. W., & Huang, F. C. (2004). Psychometric comparisons of the timed up and go, one-leg stand, functional reach, and Tinetti balance measures in community-dwelling older people. **Journal of**

the American Geriatrics Society, v. 52, n. 8, p. 1343–1348.

Martinez-Martin, P., Prieto-Flores, M. E., Forjaz, M. J., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F., Rojo, J.-M., & Ayala, A. (2012). Components and determinants of quality of life in community-dwelling older adults. **European Journal of Ageing**, v. 9, n. 3, p. 255–263.

Miranda, L. C. V., Soares, S. M., Silva, P. A. B., Miranda, L. C. V., Soares, S. M., & Silva, P. A. B. (2016). Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3533–3544.

Neri, A. L. (2002). **Qualidade de Vida e Idade Madura** (6ª ed.). Campinas: Papyrus.

Neri, A. L., Borim, F. S. A., Fontes, A. P., Rabello, D. F., Cachioni, M., Batistoni, S. T., ... Lima-Costa, M. F. (2018). Fatores associados à qualidade de vida percebida em adultos mais velhos: ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. Supl 2, p. 1s–10s.

Organização Mundial da Saúde. (2003). **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: CIF**. São Paulo: EdUSP.

Organização Mundial da Saúde. (2008). **Guia global: cidade amiga do idoso**. Geneva: Organização Mundial da Saúde.

Paskulin, L. M. G., & Molzahn, A. (2007). Quality of life of older adults in Canada and Brazil. **Western Journal of Nursing Research**, v. 29, n. 1, p. 10- 26; discussion 27-35.

Paskulin, L. M. G., Vianna, L., & Molzahn, A. (2009). Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. **International Nursing Review**, v. 56, n. 1, p. 109–115.

Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 39, n. 2, p. 142–148.

Raggi, A., Corso, B., Minicuci, N., Quintas, R., Sattin, D., De Torres, L., ... Leonardi, M. (2016). Determinants of Quality of Life in Ageing Populations: Results from a Cross-Sectional Study in Finland, Poland and Spain. **PloS One**, v. 11, n. 7, p. 1–17.

Ramos, L. R., Perracini, M. R., Rosa, T. E. C., & Kalache, A. (1993). Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, v. 8, n. 4, p. 313–323.

Ramos, L. R., Rosa, T. E. C., Oliveira, Z. M., Medina, M. C. G., & Santos, F. R. G. (1993). Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 87–94.

Ramos, L. R., Simoes, E. J., & Albert, M. S. (2001). Dependence in activities of daily

living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urban residents in Brazil: a 2-year follow-up. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 49, n. 9, p. 1168–1175.

Ricci, N. A., Cordeiro, R. C., Lemos, N. D., & Gazzola, J. M. (2010). Survival Analysis and Factors Associated With Mortality Among Elderly in a Home Care Program. **Home Health Care Management & Practice**, v. 23, n. 2, p. 102–108.

Rosa, T. E. C., Benício, M. H. D., Latorre, M. do R. D. de O., & Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 40–48.

Schrier, E., Schrier, I., Geertzen, J. H. B., & Dijkstra, P. U. (2016). Quality of life in rehabilitation outpatients: normal values and a comparison with the general Dutch population and psychiatric patients. **Quality of Life Research**, v. 25, n. 1, p. 135–142.

Skevington, S. M., Lotfy, M., O'Connell, K. A., & WHOQOL Group. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. **Quality of Life Research**, v. 13, n. 2, p. 299–310.

Steiner, W. A., Ryser, L., Huber, E., Uebelhart, D., Aeschlimann, A., & Stucki, G. (2002). Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. **Physical Therapy**, v. 82, n. 11, p. 1098–1107.

Takemasa, S. (1998). Factors affecting QOL of the home-bound elderly disabled. **The Kobe Journal of Medical Sciences**, v. 44, n. 3, p. 99–114.

The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. **Psychological Medicine**, v. 28, n. 3, p. 551–558.

Tombaugh, T. N., & McIntyre, N. J. (1992). The mini-mental state examination: a comprehensive review. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 40, n. 9, p. 922–935.

Wells, J. L., Seabrook, J. A., Stolee, P., Borrie, M. J., & Knoefel, F. (2003). State of the art in geriatric rehabilitation. Part I: review of frailty and comprehensive geriatric assessment. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 84, n. 6, p. 890–897.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, v. 17, n. 1, p. 37–49.

Young, J. E., Forbes, W. F., & Hirdes, J. P. (1994). The Association of Disability with Long-Term Care Institutionalization of the Elderly. **Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillessement**, v. 13, n. 01, p. 15–29.

CAPÍTULO 25 - RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A UTILIZAÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA COMO AGENTE DE SOCIALIZAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA

Elias Rocha De Azevedo Filho
Isabelle Patrícia Freitas Soares Chariglione

Envelhecer sempre foi uma preocupação da própria condição humana, encarada de maneiras diferentes, o que não permite obter uma visão homogênea daqueles que envelhecem (Pinto & Neri, 2017). Enquanto algumas pessoas enxergam esse processo como perda da capacidade funcional e de algumas habilidades; outros já pensam em si neste período como mais vulneráveis e mais dependentes; mas há os que percebem esse período como aquele em que a sabedoria e a serenidade estão no seu auge, vindo, então, a positividade da vida como idoso (Fechine & Trompieri, 2012).

Assim, o processo de envelhecer pode ser entendido como bem-sucedido. E este processo não se refere a uma questão de sorte, mas de busca incessante. Envelhecer não deve ser sinônimo de doença, mas uma fase de mudanças que acontece com todos, seja de forma mais lenta ou acelerada. Tudo depende de quanta autonomia o idoso tem, além de suas condições emocionais. Por isso, se faz importante o próprio conceito de qualidade de vida no processo de envelhecimento, respeitando os valores e mantendo a participação do idoso na coletividade (Lima, Lima, & Ribeiro, 2010; Santos & Martins, 2017).

Cancela (2008) relata que o processo de envelhecimento se divide em: idade biológica, quando o funcionamento dos órgãos é diminuído com o passar dos anos, fazendo com que a capacidade de autorregulação seja menos eficaz; idade psicológica, que se refere à inteligência, memória e motivação; e idade social, que está relacionada com o *status* e os hábitos que a pessoa compartilha com os demais membros da sociedade e tem grande influência de acordo com a história e a cultura de onde ela vive.

Para um envelhecimento saudável, as promoções à saúde devem ser contínuas ao longo da vida. As políticas e os programas de saúde devem ser baseados nos direitos, necessidades, preferências e habilidades das pessoas mais velhas (Farias & Santos, 2012; Nunes, 2017).

A concepção que se tem de saúde para idosos é um fato que difere para cada pessoa, de acordo com as experiências e condições de vida de cada um, não podendo se basear no completo bem-estar físico, psíquico e social, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Isso porque, em alguns casos, o envelhecimento está ligado a problemas de saúde físico e mental decorrente de doenças crônicas e quedas (Vasconcellos, 2007).

Então, se percebe a importância de espaços que promovam a execução de atividades físicas e sociais como agente de melhora nas condições físicas e emocionais do idoso. O sedentarismo é comum entre estes, e muitas são as barreiras interpostas à prática dessas atividades, mas sabe-se que o exercício físico tem oferecido muitas possibilidades de saúde para os que estão envelhecendo. Qualquer atividade física é boa para ajudar a manter a capacidade funcional do indivíduo (Eiras, Silva, Souza, & Vendruscolo 2010), mesmo as rotineiras, como andar, limpar a casa, cuidar da própria saúde.

No ano de 2006, surgiram as academias em lugares públicos, criadas pela necessidade de se desenvolver formas mais saudáveis de vivência e para atender ao programa Brasil Saudável, do Ministério da Saúde. A finalidade era cumprir o compromisso do Brasil com as diretrizes previstas pela Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, lançada em 2004 pela OMS, de modo a melhorar a qualidade de vida da população mundial através da prática de atividade física.

A partir de experiências exitosas, como o Programa Academia da Cidade em Recife (PE), Aracaju (SE), Belo Horizonte (MG), dentre outros, em 2011, este serviço foi implantado nacionalmente com a denominação de Programa Academia da Saúde (PAS), pela Portaria nº 719/2011, e redefinido no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Portaria n. 2.681, 2013). O PAS passa, então, a ser constituído por polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais, atividade física e de lazer, além de modos saudáveis de vida. Torna-se um ponto de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), inserido na Rede de Atenção à Saúde e pautado pelas diretrizes do Programa Nacional de Atenção Primária de Saúde (PNaPS) e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tendo como objetivo fortalecer as ações de promoção da saúde e produção do cuidado da população, principalmente voltado para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Conhecidas como Academias da Terceira Idade (ATIs), Academias a Céu Aberto (AaCA), Academia ao Ar Livre (ALL), em diferentes lugares do Brasil (GOZZI, 2012), tais academias em lugares públicos recebem, no Distrito Federal, o nome de Pontos de Encontros Comunitários (PECs). Porém, não são apenas um ponto de encontro para idosos, pois pessoas de todas as idades estão presentes nesses lugares, cujo propósito é diminuir a inatividade e aumentar a prática da atividade física, incentivando a inclusão social e melhorando a autoestima do público que ali frequenta (Gozzi, Sato, & Bertolini, 2012).

Sabendo-se que, desde o ano de 2006, surgem academias em lugares públicos no Brasil com o objetivo de promover espaços de atividade física e socialização, este trabalho objetiva realizar uma reflexão, por meio de um relato de experiência, para se buscar compreender como os idosos são beneficiados pelo uso dos PECs, em estudo realizado no Distrito Federal, buscando entender se esses espaços cumprem as perspectivas que se propõem a realizar em suas diretrizes.

O local e a população participante do estudo

O estudo a ser detalhado, e posteriormente avaliado de maneira reflexiva, refere-se ao projeto intitulado “A influência da prática da atividade física e da socialização na qualidade de vida do idoso: um estudo nos pontos de encontro comunitário do Distrito Federal” (Azevedo, 2016).

O delineamento de pesquisa foi do tipo quantitativo, transversal e descritivo, e foram visitadas dez Regiões Administrativas (RAs) mais populosas dentre as 31 RAs do Distrito Federal, em busca dos PECs. Para cada RA foram escolhidas, por conveniência, três PECs onde, segundo as RAs, existia maior participação dos idosos. Assim, foi avaliada uma por vez, até que o número de idosos por RA fosse alcançado.

Segundo a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios 2010/2011, da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan), as dez regiões administrativas mais populosas são respectivamente: Ceilândia, Taguatinga, Plano Piloto, Planaltina, Samambaia, Recanto das Emas, Águas Claras, Gama, Santa Maria e Guará. Baseados nesses dados, foi calculado o número de idosos que deveriam ser avaliados para se apresentar um perfil do Distrito Federal (Quadro1).

Quadro 1: Cálculo amostral para a coleta de dados.

DF	Total	>60 anos	%>60 anos	100%	50%	25%
ASA SUL	100.015	21.456	21,45	41	21	10
ASA NORTE	140.289	18.880	13,46	36	18	9
CEILÂNDIA	454.175	40.355	8,89	77	39	19
GAMA	152.600	17.906	11,73	34	17	9
GUARÁ	159.281	18.500	11,61	35	18	9
PLANALTINA	192.637	13.962	7,25	27	13	7
RECANTO DAS EMAS	139.983	6.794	4,85	13	6	3
SAMAMBAIA	224.021	13.259	5,92	25	13	6
SANTA MARIA	132.547	7.544	5,69	14	7	4
ÁGUAS CLARAS	115.688	8.057	6,96	15	8	4
TAGUATINGA	415.430	42.570	10,25	81	41	20
TOTAL	2.226.666	209.283		400	200	100

O Quadro 1 apresenta uma distribuição entendendo que 100%, 50% ou 25% dos idosos realizariam atividade física. Havia a perspectiva de atingir-se pelo menos 100 idosos, considerando que 1/4 realizariam atividade física. Verifica-se que, dependendo da localidade, essa distribuição se apresenta de maneira distinta, mostrando uma participação diferente desses idosos.

Assim, foram avaliados 123 idosos, porém apenas 119 compuseram a amostra final deste estudo, visto que quatro sujeitos não responderam completamente a todos os instrumentos da pesquisa. A média de idade da amostra foi de 66,77, variando de 60 a 80 anos e sendo composta por 51,3% de homens e 48,7% de mulheres.

Este projeto e o seu referido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram submetidos ao sistema do Comitê de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (CEP/CONEP) por meio da Plataforma Brasil do Ministério da Saúde. A pesquisa só foi realizada após a aprovação das normas requeridas de trabalhos científicos com seres humanos, sob o número de protocolo do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 58197016.0.0000.0029 e possuiu autorização de todas as regiões administrativas de onde os dados foram coletados.

Instrumentos e procedimentos

A pesquisa foi realizada no período de 40 dias, entre setembro e outubro de 2016, com a orientação dos proponentes deste capítulo, o auxílio de três psicólogas e três graduandas em enfermagem, que acompanhavam o pesquisador principal na

coleta de dados. Essas auxiliares de pesquisa passaram por uma capacitação de quatro horas sobre aspectos éticos em pesquisas com seres humanos e orientação sobre aplicação dos instrumentos.

A capacitação foi realizada pelo pesquisador e pela professora orientadora no sentido de que todos realizassem o mesmo procedimento sem que nenhuma variável fosse usada de maneira interveniente à coleta de dados. Destaca-se aqui que em todas as datas era indispensável a presença de pelo menos uma psicóloga, responsável por fazer o somatório das medidas de humor e lançar essas informações para a posterior análise estatística.

A coleta dos dados foi realizada no período da manhã, entre 6 horas e 10 horas, e no período da tarde/noite, entre às 16 horas e às 20 horas. A escolha desse horário justificou-se pelo forte sol e baixa umidade nos demais horários, que são características das condições climáticas do Centro-Oeste/Brasil, além de ter sido o horário de maior preferência dentre aqueles que frequentam os PECs. A aplicação dos instrumentos foi de aproximadamente 40 minutos e de forma individual.

As avaliações foram realizadas a fim de se obter as medidas referentes às informações sociodemográficas, aos estados de humor e às atividades físicas, socialização e qualidade de vida, a serem apresentadas a seguir:

- As medidas sociodemográficas foram avaliadas por um questionário estruturado com cinco perguntas relacionadas à Idade, Estado Civil, Escolaridade, Nível Socioeconômico e RA de moradia.
- As medidas do estado de humor foram avaliadas por meio das Escalas de Depressão - *Beck Depression Inventory* (BDI) e Ansiedade - *Beck Anxiety Inventory* (BAI). O BAI foi criado por Aron Beck e colaboradores em 1988 e descreve o desenvolvimento do instrumento e fornece informações sobre suas propriedades psicométricas. Trata-se de uma escala construída com base em vários instrumentos de autorrelato, usados no *Center for Cognitive Therapy* para medir aspectos da ansiedade (Beck & Steer, 1990), dos quais foram selecionados os itens que passaram a compor o inventário (Cunha, 2001).
- As medidas referentes às atividades físicas, socialização e qualidade de vida foram avaliadas por meio de um questionário estruturado com 30 perguntas, com uma escala do tipo *Likert*, variando de zero (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente).

Principais resultados e discussões

Os resultados serão apresentados como temas, assim, permitirão uma discussão reflexiva, conforme detalhamento a seguir:

Medidas por sexo

Observou-se, nas medidas sociodemográficas, uma maior participação do sexo masculino (51,3%), comparada ao sexo feminino (48,7%), o que apresenta uma maior tendência por parte dos homens nesse tipo de atividade. Embora essa diferença não seja tão significativa, entende-se a importância desse destaque, na medida em que os estudos que se referem a atividades em processo de envelhecimento possuem uma prevalência da participação feminina.

Medidas por estado civil

O resultado da pesquisa mostra que as pessoas que frequentam os PECs, na maioria, são casadas (61,3%), seguidas das solteiras (15,1%), divorciadas (12,6%), viúvas (10,1%) e apenas 0,8% de indivíduos na categoria classificada como “outros” referindo especificamente a um sujeito que convive com uma outra pessoa, mas não se considera casado.

Medidas de escolaridade

No tocante à escolaridade, o estudo realizado mostrou uma maior frequência aos PECs de pessoas com o curso superior completo, cursando ou não, seguido por alunos do ensino médio completo. O terceiro maior número é o de estudantes do nível fundamental, mas que não completaram sua educação. A pesquisa não mostra se esses alunos do curso fundamental estão parados ou se ainda não encerraram por ainda estarem na idade de realizar esse nível de educação.

Medidas de frequência de prática de atividades

No que se refere à frequência semanal à prática de atividade física, a pesquisa mostra que existe uma média de $4,04 \pm 1,84$ (1-7). Esse indicativo aponta para uma média de cerca de três vezes por semana para a maioria entrevistada, resposta dada por 35 pessoas, ou 29,9% delas. Ainda assim, a predominância da frequência ficou com as mulheres, com 21 delas contra 14 homens. Mas pode-se considerar que uma considerável quantidade (14,5%) frequenta a academia sete

vezes por semana, o que é um indicativo de uma busca importante pela saúde e qualidade de vida.

Medidas de qualidade de vida

A qualidade de vida é outro ponto importante na vida do idoso. Com a atividade física praticada, a qualidade de vida aumenta, o idoso sente mais energia, mais desejo de fazer as coisas porque a vida lhe parece interessante e ele tem disposição. A saúde como estilo de vida tem relação com atividades físicas, e estas podem ser feitas no trabalho, quando estão em movimento, em atividades do lar e no lazer – o exercício físico realizado nesses momentos representa melhora na qualidade de vida e nos padrões de cada um.

A melhora na qualidade de vida do idoso causada pela prática de atividade física se estende ao lado psicológico. As possibilidades de doenças mentais se reduzem, a depressão afeta com menos intensidade os praticantes de exercícios físicos. A atividade física aumenta o nível de neurotransmissores, que produzem a dopamina, a serotonina, o que, por sua vez, faz com que a pessoa se sinta mais feliz. 63% dos entrevistados responderam positivamente sobre esses benefícios em sua vida.

No que se refere à qualidade de vida física, é uma realidade na vida de pessoas praticantes de atividade física, sejam jovens ou idosos. No caso dos entrevistados nesta pesquisa de campo, quase 76% dos que responderam às perguntas atestaram a realidade dos benefícios da atividade corporal.

Medidas de vida social

Referente à melhora da vida social, 65% responderam bem à interação no aspecto socialização. Pessoas idosas são abandonadas por sua família e também por muitas das pessoas que antes eram seus amigos, simplesmente porque um idoso dá bastante trabalho, o que as pessoas não querem ter. É mais fácil agir assim do que levar a responsabilidade consigo. Entretanto, quando se trata de socialização do idoso nos PECs, esta se configura como um fato positivo, pois, a realização de atividades sociais em tais ocasiões aproxima as pessoas, que fazem amizades que duram muito tempo.

Entretanto, em uma comparação entre as categorias por sexo e idade, tem-se que apenas 12,6% já participou de atividades sociais como reuniões, aniversários nos PECs.

Nota-se que a participação social é algo de grande importância e pode significar a diferença entre uma vida produtiva na velhice ou uma vida de abandono, cheia de problemas de toda natureza, porque o idoso vive em estado de mudança corporal e mental.

Medidas de estado de humor

Para avaliar os estados de humor, foram utilizadas as escalas BAI e BDI. Os resultados provenientes do BAI apontam para uma grande parcela de idosos (72,3%) que não apresentam quadros de ansiedade (nível 1). Entretanto, 16% apresentaram ansiedade leve (nível 2); 10% ansiedade moderada (nível 3); e 1,7% ansiedade severa (nível 4), considerando que a prática de atividade física auxiliou na redução de quadros ansiogênicos,

No que se refere aos níveis de depressão avaliados pelo BDI, os resultados indicaram a maioria de idosos (74,8%) com ausência de depressão (nível 1); 17,6% dos idosos apresentaram depressão leve (nível 2); 5,9% depressão moderada (nível 3); e 1,7% depressão grave (nível 4). A depressão tem sido considerada um dos transtornos que mais afetam os idosos (Oliveira, Santos, Cruvinel, & Néri, 2006). Contudo, a prática de atividade física aponta para uma redução no nível de depressão desta população.

Assim, em termos gerais, observa-se que a atividade física está associada à diminuição do risco de deficiência, ao atraso no aparecimento de comprometimento funcional, à recuperação da funcionalidade em adultos mais velhos e ao desempenho em medidas-chave de desempenho físico (Germain, Batsis, Vasquez, & McQuoid, 2016).

Até mesmo em casos de idosos com demência, a atividade física é recomendada. O exercício físico é um tratamento não farmacológico para a demência. Uma recente revisão sistemática da literatura, com 17 estudos selecionados, que buscava a relação entre atividade física e funções cognitivas, apresentou nove estudos com um efeito positivo entre o efeito do exercício na cognição. Os autores concluíram que havia provas encorajadoras para a eficácia da

atividade física na melhoria da cognição e outros resultados em pessoas com demência (Atherton et al., 2016).

O sedentarismo é um grande problema entre os idosos. Por falta de incentivo à participação em atividades físicas, mesmo as mais simples, muitos sofrem com a saúde deteriorada. Outros não possuem acesso a programas de atividade física orientada, não têm dinheiro para pagar academias ou não têm interesse. Para estes, Silva, Goulart, Lanferdini, Marcon, e Dias (2012) sugerem que os níveis de atividade sejam mantidos com atividades do cotidiano, como caminhar, fazer higiene pessoal, levantar sozinho, usar os transportes públicos, lavar roupas, fazer compras, cuidar do próprio dinheiro, varrer a casa, ir ao supermercado. Essas atividades podem reduzir os efeitos do sedentarismo.

Civinski, Montibeller, e Braz (2011) destacam que praticar exercícios regularmente estimula a obtenção dos benefícios mais acentuados, e que quando o idoso participa de uma rotina mais regular de exercícios, os resultados são quase imediatos, o que muito beneficia a pessoa na terceira idade.

Porém, para o sucesso dessa busca por saúde do idoso, com suas capacidades funcionais, é preciso que haja envolvimento de todas as pessoas que estão em contato com os idosos. Deve haver motivação para a realização de atividades físicas, educacionais, sendo importante a motivação para que o idoso se socialize, pois isso influencia na sua vontade de se exercitar ou não (Guidetti & Pereira, 2008).

Matsudo, Matsudo, e Barros (2000) e Nelson, Rejeski, e Blair (2007) atestam que, entre os indicadores de qualidade de vida física, estão o controle da gordura do corpo, a melhoria da flexibilidade, a manutenção de massa muscular, da força física e da densidade óssea, maior circulação do sangue, redução da frequência cardíaca e do colesterol, só para se mencionar alguns desses benefícios.

Considerações finais

A pesquisa apresenta dados consideráveis no que se refere à utilização dos PEC no Distrito Federal quanto à importância da prática das atividades físicas nesses espaços e o processo de socialização e qualidade de vida em idosos. Apesar de se reconhecer que o movimento é um direito adquirido pelo idoso, quando este é mencionado, entende-se que há a necessidade de se deixar de lado hábitos deletérios existentes em sua vida, tais como beber, fumar e outros. Os dados

apresentados no Distrito Federal são positivos quanto ao interesse, independente do sexo, idade ou nível de escolaridade.

Não apenas isso, mas em outras unidades da federação, tem-se reconhecido que o idoso, como ser de direito, precisa de atendimento à sua saúde, conforme estabelecido no Estatuto do Idoso. A lei garante que os indivíduos idosos recebam atendimento especial em todas as necessidades destes, e a atividade física também é um direito deles.

É importante que se cuide desses indivíduos idosos, porque são parte da sociedade humana que ainda oferecem sua contribuição para o andamento dos acontecimentos e que auxiliam na formação de valores sociais. Devem ser cuidados porque, neste mundo tecnológico, acabam se afastando do convívio familiar e sofrem com a desatenção, com o distanciamento, com a falta de entendimentos.

A partir disso, a criação dos PEC facilitou a convivência, permitindo que esses idosos se relacionem com outros, aumentando sua autoestima, sua vontade de viver. A socialização, dessa forma, aumenta a longevidade dos idosos, contribuindo não apenas para o viver, mas para o viver com qualidade, socializando e mantendo a sua dignidade. Desde que seus direitos sejam respeitados, estes idosos podem viver mais, com mais qualidade de vida.

A realização deste estudo possibilitou conhecer o perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos que utilizam os PECs no Distrito Federal. Observou-se que tal participação incentiva sua vida social ativa e contribui para uma melhor qualidade de vida, pois o fato de estarem inseridos nesse tipo de atividade pode contribuir para maximizar aspectos de sua qualidade de vida e de saúde. No que se refere a esse último, minimizar os sintomas depressivos e ansiogênicos, tendo em vista que essa participação torna-se uma ocupação, um compromisso na vida do idoso, ampliando seus laços de amizade e beneficiando-os com a troca de conhecimento.

Percebe-se que o grupo se apresenta equiparado em termos de sexo (masculino e feminino), chamando a atenção, visto que os estudos com os idosos tendem a apresentar uma maior prevalência do sexo feminino e indicam o incentivo maior para a participação do sexo masculino nos diversos ambientes estudados, tornando-se importante o direcionamento de atividades e cuidados específicos para a terceira idade.

Sugere-se ainda a reflexão para a inserção de uma atividade física regular e um aumento do número de pontos de encontros para tal realização, além da

inclusão e participação de acadêmicos e profissionais dos diversos cursos da área de saúde nesses momentos, devido à carência de uma equipe multidisciplinar para atender as necessidades individuais e coletivas dessas idosas nos grupos.

Ainda nessa perspectiva, esta pesquisa permeia por uma reflexão sobre a própria formação dos profissionais e os seus campos de atuação para a Gerontologia. Ainda hoje, as formações e os seus campos de atuação pouco contribuem para a transformação do modelo de atenção à saúde da pessoa idosa. Isso significa dar continuidade a um cuidado que desconsidera os aspectos sociais e subjetivos comuns ao processo de envelhecimento, desfavorecendo a integralidade do cuidado para com os idosos e o seu trabalho colaborativo.

Por fim, entende-se a importância para aqueles profissionais e acadêmicos que compuseram este estudo e que podem se apresentar como multiplicadores, refletindo o diferencial na formação e atuação dos mesmos. Assim, com a possibilidade de esses serem transformadores em uma nova forma de se pensar o processo de envelhecimento, com mais respeito as suas peculiaridades, heterogeneidade e modos de atuação.

Referências

Atherton, N., Bridle, C., Brown D., Collins, H., Dosanjh, S., Griffiths, F., ... Lamb, S. E. (2016). Dementia and Physical Activity (DAPA) - an exercise intervention to improve cognition in people with mild to moderate dementia: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, **17**(1), 165. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27015659>

Azevedo, E. R., F^o. (2016). **A influência da prática da atividade física e da socialização na qualidade de vida do idoso: um estudo nos pontos de encontro comunitário do Distrito Federal** (Dissertação de mestrado). Universidade Católica de Brasília, Brasil.

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). **Manual for the Beck anxiety inventory**. San Antonio: Psychological Corporation.

Cancela, D. M. G. (2008). O processo de envelhecimento. Psicologia. Porto. Portugal. Recuperado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>

Civinski, C., Montibeller, A., & Braz, A. L. O. (2011). A importância do exercício físico no envelhecimento. **Revista da Unifebe**, **9**, 163-175.

Cunha, J. (2001). **Manual em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Eiras, S. B., Silva, W. H. A., Souza, D. L., & Vendruscolo, R. (2010). Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, 31(2). Recuperado de <http://rbceonline.org.br/revista/index.php/RBCE/article/view/705>

Farias, R. G., & Santos, S. M. A. (2012). Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 21(1), 167-176. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100019&lng=en&nrm=iso

Fechine, B. R. A.; Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**, 1(20), 106-194. Recuperado de <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196>

Germain, C. M., Batsis, J. A., Vasquez, E., & McQuoid, D. (2016). Muscle strength, physical activity, and functional limitations in older adults with central obesity. **Journal of Aging Research**, 2016. Recuperado de <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-7-38>

Gozzi, S. D., Sato, D. F., & Bertolini, S. M. G. (2012). Atividade física nas academias da terceira idade na cidade de Maringá, Paraná: impacto sobre a capacidade cognitiva. **Revista Científica JOPEF**, 13(2), 12-20.

Guidetti, A. A., Pereira, A. S. (2008). A importância da comunicação na socialização dos idosos. **Revista de Educação**, 11(11), 119-136. Recuperado de <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/educ/article/view/1951/1854>

Lima, D.; Lima, M. A. V. D.; Ribeiro, C. G. (2010). Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. **RBCEH**, 7(3), 346-356. Recuperado de <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/782/pdf>

Matsudo, S. M., Matsudo, V. K. R., & Barros, T. L., Neto. (2000). Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. **Rev. bras. ativ. fís. Saúde**, 5(2), 60-76.

Nelson, M. E., Rejeski, W. J., Blair, S. N., Duncan, P. W., Judge, J. O., King, A.C...& Castaneda-Sceppa, C. (2007). Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**, 116(9), 1094-1105.

Nunes, A. (2017). Demografia, envelhecimento e saúde: uma análise ao interior de Portugal. **Revista Kairós: Gerontologia**, 20(1), 133-154. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/32413>

Oliveira, K. L., Santos, A. A. A., Cruvinel, M., & Néri, A. L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. **Psicologia em Estudo**, 11(2), 351-359.

Pinto, J. M., & Neri, A. L. (2017). Trajetórias da participação social na velhice: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, **20**(2), 259-272. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160077>

Portaria n. 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html

Santos, A., & Martins, C. (2017). Qualidade de vida de idosos participantes do grupo de ginástica em fortuna de minas, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, **5**(4), 20. Recuperado de <http://jornal.faculdadecienciasdavid.com.br/index.php/RBCV/article/view/412>

Silva, M. F., Goulart, N.B. A., Lanferdini, F.J., Marcon, M., & Dias, C. P. (2012). Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, **15**(4), 634-642. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000400004&lng=en&nrm=iso

Vasconcellos, L. C. F. (2007). **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de estado** (Tese de doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000101&pid=S0303-7657201300020000600026&lng=pt

CAPÍTULO 26 – LAZER, AMBIENTE VIRTUAL E DIFUSÃO DE LOCAIS DE ATIVIDADES PARA IDOSOS: ANÁLISE DE REPORTAGENS DA *INTERNET*

Elisangela Gisele do Carmo
Renata Laudares Silva
Raiana Lídice Mór Fukushima
Reisa Cristiane de Paula Venancio
Nara Heloisa Rodrigues
José Pedro Scarpel Pacheco
Gisele Maria Schwartz

No Brasil, considera-se uma pessoa idosa, aquela com 60 anos de idade ou mais, enquanto nos países desenvolvidos, é a que possui 65 anos ou mais (Lei nº 10.741 de 2003; Lei nº 8.842 de 1994). A idade cronológica é importante para definir os direitos legais e sociais da pessoa idosa, porém, ao se focalizar a atenção no envelhecimento de forma holística, nota-se a idade cronológica isoladamente, não devendo, portanto, ser utilizada como a única forma de mensurar o envelhecimento, já que este se trata de um processo heterogêneo e multidimensional (Doll, Oliveira, Sá, & Herédia, 2016). Segundo Papaléo Netto (2016) o processo de envelhecimento é um fenômeno de difícil mensuração, pois, envolve alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, as quais representam aspectos que impactam diretamente na capacidade funcional e na qualidade de vida das pessoas idosas.

Neste contexto, a importância de prover uma melhor qualidade de vida para estas pessoas torna-se essencial, uma vez que a falta de perspectivas de vivências prazerosas e criativas associada à aposentadoria e a um estilo de vida sedentário (Carvalho et al., 2017; Garcia et al., 2017; Duska, 2018), podem desencadear impactos negativos nesta fase da vida. Outros fatores decorrentes da falta de oportunidade de informação aliado ao desconhecimento, especialmente o de manuseio com equipamentos tecnológicos, dificulta a busca, nos meios digitais, por um maior conhecimento acerca de aspectos sobre saúde (Manganello et al., 2017; Ribeiro et al., 2018), o qual afeta, diretamente, a percepção sobre a qualidade de vida (Walker & Kono, 2018).

Micalli, Donadelli, Moraes e Venancio (2016) apresentam, em seu estudo, estratégias que podem contribuir para minimizar estes impactos negativos decorrentes do processo de envelhecimento. Os autores evidenciam a importância

da participação em programas de Preparação para a Aposentadoria (PPA) e a prática de atividade física regular, a qual também foi verificada por Lahti, Laaksonen, Lahelma and Rahkonen (2011), principalmente, em relação à aposentadoria. Lahti et al. (2011) comprovaram que os aposentados aumentaram a prática de atividade física de intensidade moderada e vigorosa vivenciada no contexto do lazer e observaram um aumento médio, por semana, de 31 minutos entre as mulheres idosas, e de 42 minutos entre os homens idosos.

Torna-se necessário, na visão de Lahti et al. (2011) ressaltar a importância de incentivar a prática regular de atividade física em aposentados, no tempo destinado ao lazer, uma vez que o aumento do tempo disponível traz novas possibilidades para a adesão à esta prática. Micali et al. (2016) complementam que a inserção em atividades do contexto do lazer e as relacionadas ao trabalho formal ou voluntário, podem ser consideradas ações favoráveis e efetivas para uma melhor adaptação a esta fase da vida, desencadeando melhorias na qualidade de vida destas pessoas.

Tais hábitos saudáveis minimizam a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais tendem a se manifestar de forma expressiva em pessoas idosas e, frequentemente, estão associadas à comorbidades. As DCNT podem contribuir para a situação de incapacidade funcional, além de dificultarem ou impedirem o desempenho das atividades de vida diária (AVD) de forma independente, comprometendo, de forma significativa, a autonomia e, conseqüentemente, a qualidade de vida das pessoas idosas (Walker & Kono, 2018).

A prática de atividade física é uma das frentes que o Ministério da Saúde tem se atentado, sendo que no ano de 2011 foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil. O objetivo deste Plano é preparar o Brasil para o enfrentamento e a detenção das DCNT, especialmente na população idosa, uma vez que, cerca de 70% das causas de óbitos no país, devem-se às doenças como acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, doenças estas, as quais, não raro, são evitadas com mudanças nos hábitos de vida (Ministério da Saúde, 2011).

Diante dessas questões que assolam a fase do envelhecimento, vem à tona a necessidade, cada vez maior, de adequação e de um aumento na oferta de locais e serviços que atendam à demanda populacional de pessoas idosas, visando à melhoria da qualidade de vida destas pessoas. Entre os fatores que contribuem para a qualidade de vida, encontram-se as atividades desenvolvidas no contexto do lazer

(Walker & Kono, 2018), as quais podem exercer forte influência para promover o envelhecimento ativo, beneficiando aspectos físicos e cognitivos do idoso (Fernández-Mayoralas et al., 2015).

Kim et al. (2018), assim como Ihle et al. (2017) apontaram resultados positivos, no que tange à vivência de atividades no contexto do lazer e sua relação direta com a satisfação de vida e a promoção da saúde, bem como, na mediação da relação entre a saúde física e o bem-estar global. Estas variáveis incidem na proteção contra o declínio cognitivo (Zhu et al., 2017), contribuindo para o desenvolvimento positivo de aspectos psíquicos, como o senso de autorrealização, minimizando sintomas depressivos (Han et al., 2015) e impactando positivamente na otimização da qualidade de vida de pessoas idosas.

As discussões teóricas sobre o lazer são enfatizadas sob diferentes vertentes, como por exemplo, as que relacionam os contextos da saúde e bem-estar. Gomes (2014) aponta, em seu estudo, duas correntes teóricas acerca do lazer. A autora enfatiza que o lazer, em uma primeira fase, é concebido como um elemento da vida social em oposição ao trabalho, sendo assim, um tempo liberado das obrigações variadas ou a ocupação do mesmo com atividades afins. A segunda corrente evidencia o lazer como uma das necessidades vitais do ser humano, valorizando suas interfaces com a cultura em suas diferentes dimensões.

Schwartz, Teodoro, Rodrigues e Dias (2016) evidenciam, em seus estudos, um conceito abrangente sobre o lazer e apontam que este pode ser concebido como um fenômeno sociocultural, o qual possui elementos característicos, como a atitude propícia para experiências significativas e prazerosas, vivenciadas no tempo disponível, capazes de gerar benefícios, tanto pessoais, quanto de ordem social. Cabe ressaltar que o lazer, dentro do contexto dos direitos sociais, se encontra amparado na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), artigo 6º, no qual aponta o dever do poder público em prover, por meio de políticas públicas, o acesso às diferentes práticas sociais, sem distinção, à todas as pessoas (Brasil, 1988). De acordo com o Estatuto do Idoso, o direito ao lazer, sem distinção de etnia, religião, classe social, entre outros, é fundamental para a promoção da qualidade de vida e da saúde da pessoa idosa (Lei nº 10.741 de 2003).

Para Gales, Damasceno, Silva e Almeida (2017) as atividades vivenciadas no contexto do lazer são aspectos importantes envolvendo o envelhecimento saudável, devendo ser incentivadas por políticas públicas. No entanto, Lopes, Krug, Bonetti, &

Mazo et al. (2016) identificaram uma carência de pesquisas científicas envolvendo as barreiras que incitam à não vivência de práticas regulares de atividade física e do contexto do lazer.

Embora os estudos anteriormente apresentados demonstrem a importância das atividades do contexto do lazer, pouca atenção ainda é dada para a difusão adequada sobre as possibilidades de vivências qualitativas nesse contexto e os seus benefícios para a saúde global da população idosa, foco de interesse deste estudo. Com base nesta perspectiva, surgem duas problemáticas. A primeira diz respeito à falta de clareza em relação aos locais em que são ofertadas estas atividades, especificamente, para atender ao público idoso. A segunda está associada ao fato de que a Internet é um recurso que pode auxiliar no processo de disseminação de oportunidades de vivências do lazer para esta população. No entanto, não se conhece como os espaços apropriados para essas experiências são difundidos no ambiente virtual, para que as informações atinjam adequadamente as pessoas idosas.

Em suma, o estímulo à participação de idosos em locais que ofereçam atividades recreativas vivenciadas no contexto do lazer, pode ser uma estratégia coadjuvante importante nesta fase (Escalante, Tseklevs, Bingley, & Gradinar, 2017). A experiência lúdica, geralmente associada a estas vivências, gera trocas de saberes e amplia a sociabilidade, podendo impactar na saúde psíquica da pessoa idosa e em outros vetores de sua qualidade de vida (Lockwood & O'Connor, 2017). Diante destas inquietações e com o intuito de agregar informações que contribuam para a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, o presente estudo analisou reportagens nacionais, disponíveis online, com relação à oferta de locais de atividades recreativas e do contexto do lazer oferecidas para as pessoas idosas.

Método

O estudo, de natureza qualitativa, foi desenvolvido por meio de pesquisas bibliográfica e exploratória. Para a pesquisa bibliográfica foram utilizadas fontes de dados relativos à produção acadêmica difundida em bases de dados com livre acesso ao seu conteúdo online. Para a pesquisa exploratória foram selecionados *sites* jornalísticos e *blogs*, presentes no *Google*TM.

Os critérios de inclusão consistiram em reportagens e propagandas mencionando locais que ofereciam atividades recreativas, as quais apresentassem

possibilidades de vivências no contexto do lazer para pessoas idosas. Os critérios de exclusão foram referentes às reportagens e propagandas repetidas. Após a aplicação desses critérios, a amostra selecionada por conveniência constou de 52 reportagens de *sites* de notícias, publicadas no período de 2004 a 2016.

Os dados foram analisados descritivamente, com base na técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2016). Esta técnica prevê a elaboração de categorias ou eixos temáticos, para melhor organização dos resultados do estudo, os quais foram elaborados a posteriori, a saber: Categoria 1-Academias; Categoria 2-*Spas*; Categoria 3-Hotéis, Pousadas, Chácaras e *Resorts*; Categoria 4-Acampamentos e Categoria 5-Clubes de Recreação.

Resultados e Discussão

Na Categoria 1, referente a Academias, foram encontradas 24 reportagens em *sites*, destes, 19 foram excluídas, por discorrerem somente sobre assuntos relacionados à prática de atividade física para as pessoas idosas, sem mencionar, em seus conteúdos, a adição de atividades recreativas vivenciadas no contexto do lazer, ofertadas ao público em questão. Sendo assim, apenas 5 reportagens foram selecionadas para a análise.

Na Categoria 2, referente a *Spas*, foram selecionadas 5 reportagens do total de 8 encontradas em *sites* e *blogs*. Três foram excluídas, devido ao fato de os temas não versarem sobre a inserção da pessoa idosa em *spas*, bem como, não mencionarem as atividades ali desenvolvidas.

Quanto à Categoria 3, referente a Hotéis, Pousadas, Chácaras e *Resorts*, foram selecionadas 18 reportagens do total de 22 encontradas em *sites*. As restantes (n=4), não contemplavam o tema da pesquisa, haja vista que faziam alusão a locais que somente disponibilizavam atividades recreativas para outras faixas etárias, não incluindo o público idoso.

Com relação à Categoria 4, referente a Acampamentos, foram encontradas 18 reportagens em *sites*, sendo que 13 foram selecionadas para o estudo. As 5 reportagens restantes foram excluídas, por serem repetidas (n=2), e as demais não se tratavam de acampamentos para pessoas idosas (n=3).

Na Categoria 5, referente a Clubes de Recreação, foram encontradas 3 reportagens em *sites*. Todas faziam alusão a locais propícios para as atividades, portanto, foram agregadas nesta categoria.

Para discutir os resultados do presente estudo, buscou-se agregar algumas categorias mencionadas anteriormente, pelo fato destas terem elementos que guardavam semelhanças entre si. Sendo assim, as Categorias 1 e 2 referem-se aos locais de prática de atividade física. Em seguida, a Categoria 3 faz relação aos meios de hospedagem. Por fim, as Categorias 4 e 5, dizem respeito aos espaços de entretenimento. Sendo assim, os meios de hospedagem obtiveram a maior quantidade de reportagens (n=18), seguida dos espaços de entretenimento (n=16) e dos locais de prática de atividade física (n=10), respectivamente. Essas Categorias serão discutidas em ordem decrescente, conforme os resultados, de maior para menos incidência.

Constata-se com esses dados, que o foco das reportagens recaiu sobre o setor hoteleiro, envolvendo Hotéis, Pousadas, Chácaras e *Resorts*, referente à Categoria 3. Os meios de hospedagem, um dos serviços ofertados pelo setor de Turismo, representa uma das fontes de maior difusão de experiências (Soares, Dias, & Mendes Filho, 2017) para os diferentes públicos, dentre eles, o idoso. Gomes, Pinheiro e Lacerda (2010) elencam diversos fatores predominantes àqueles que buscam as várias formas de vivenciar e vislumbrar momentos de prazer e aquisição de vivências significativas no contexto do lazer, sobretudo, envolvendo o turismo e, conseqüentemente, os meios de hospedagem. Para os autores, o entretenimento, a socialização, a diversão e o conhecimento de novas culturas entre outros elementos, estão dentro do conceito de experiência nesses espaços, sendo, cada dia mais, conquistados pela população idosa.

Com a chegada da aposentadoria, maior disponibilidade de tempo livre das obrigações e em virtude do acesso às diferentes tecnologias, o ambiente virtual vem sendo, paulatinamente, utilizado pelas pessoas idosas (Moura, Gosling, Christino, & Macedo, 2017). Neste sentido, o setor do Turismo tem adotado novas estratégias para conquistar este público, que tem acesso às novas tecnologias e, por intermédio delas, assumem um papel mais ativo em suas escolhas turísticas (Soares, Dias, & Mendes Filho, 2017).

Dantas (2017) aponta, em seu estudo, que o setor de hotelaria, visando à conquista e fidelidade do cliente, tende a investir em serviços diferenciados e especiais, os quais possam favorecer experiências novas ao hóspede, assim como, buscam atender à demanda de mercado, em termos de acessibilidade, segurança e eficiência para a participação da população idosa (Valadares, 2017). Neste sentido,

Patterson (2018) ressalta a existência de inúmeras barreiras e, até mesmo, constrangimentos, os quais envolvem a decisão de uma pessoa idosa para optar por uma viagem. Porém, o setor de Turismo tem crescido, pelo fato de buscar sempre a superação dessas restrições físicas, de infraestrutura, entre outras, as quais sempre estiveram presentes, buscando atender aos quesitos da sustentabilidade e da acessibilidade, em sentido mais amplo. Estas ações, no campo da hospitalidade são necessárias, porém, o aspecto da difusão dessas iniciativas também deve ser considerado como um elemento significativo para atrair a atenção das pessoas idosas para esse nicho.

Estudos recentes, como o de Patterson (2018), revelaram que o Turismo para as pessoas idosas, além de ser uma oportunidade de vivenciar atividades do contexto do lazer, representa uma fonte de ampliação do conhecimento, pelo fato de oferecer a oportunidade de poder conhecer lugares e culturas novas e diferenciadas. Este parece ser, segundo o autor, um dos motivos que levam à tomada de decisão para a inserção desta parcela populacional nas atividades turísticas, aspecto que merece atenção, no que tange à qualidade das informações e propagandas sobre as diversas oportunidades de atividades, ainda dispersas no âmbito virtual.

Os estudos de Rodrigues, Gomes e Ferreira (2016) apontam dados interessantes sobre a relação do público idoso com o setor turístico. Os autores enfatizam que, não necessariamente, precisa-se ter uma renda per capita alta, no entanto, consegue-se usufruir das atividades turísticas, como viagens e passeios, quer seja em grupo, ou de forma individual. Diniz, Vanzella e Nascimento (2016) desenvolveram um estudo acerca da relação atividade hoteleira e o público idoso e evidenciaram os diversos motivos que levam esta população a despertar interesse sobre determinado aspecto relacionado ao Turismo, sendo que acessibilidade e infraestrutura são os principais. A qualidade de atendimento e serviços diferenciados é citada pelos autores como itens fundamentais na escolha de hotéis.

Lima (2016) evidencia que a maior parte da população idosa viaja em grupos e participa de todos os tipos de programação desenvolvidos pelos hotéis, assim como, contratam eventos externos ao hotel, elevando, com isso, os ganhos da rede hoteleira. Ao entrevistar gerentes de hotéis em seu estudo, a autora pode constatar que a gestão de marketing dos hotéis é de suma importância no que tange à fidelizar os hóspedes, para que façam divulgação dos espaços, assim como, retornem ao

mesmo numa próxima oportunidade. Diante do fato dessa categoria ter sido apontada com maior frequência nos *sítes* de reportagens, pode-se evidenciar que o setor de hospedagem tem se mantido atento aos anseios dessa camada da população que, a cada dia, exige serviços diferenciados e, sob o viés das tecnologias, tem acesso às diferentes ferramentas de busca e interação social.

Quanto às Categorias 4 e 5, as quais dizem respeito aos espaços de entretenimento, 16 reportagens fazem alusão a acampamentos de férias e clubes de recreação. Estes espaços coletivos promovem significados e, por serem destinados à vivência de atividades diversas, como as práticas no contexto do lazer, estão atentos à crescente participação do público idoso e à autonomia na escolha das diferentes práticas. Para tanto, investem no avanço no que concerne à transformação desses espaços para o recebimento das pessoas idosas (Pereira, Dias, Soares, & Correa, 2017; Sousa, 2017b).

Lieberman e Linsenbigler (2017) afirmam que também existe interesse do setor em promover oportunidades de vivências prazerosas voltados a pessoas que apresentam alguma necessidade especial. De acordo com os autores, as adaptações feitas nos acampamentos, proporcionam uma forma de interação, socialização e acompanhamento psicológico, visando à manutenção das funções cognitivas, por meio das atividades recreativas desenvolvidas.

Um dos aspectos do Turismo, o qual está relacionado com as motivações turísticas pela população idosa, se concentra na possibilidade de proporcionar diferentes experiências em relação às atividades no contexto do lazer e entretenimento (Martins, Santos, Lastra, & Cunha, 2016). Os autores relataram, em seu estudo, que, ao proporcionar atividades físicas e outras do âmbito do lazer, dentro de um contexto mais amplo do segmento turístico, pode vir a favorecer um aumento na qualidade de vida das pessoas idosas, como também, tirá-las da inércia e do sedentarismo.

Neste sentido, Leite et al. (2013) evidenciam que as pessoas idosas devem ser incentivados a preencher seu tempo livre com atividades prazerosas, as quais possam proporcionar bem-estar, uma vez que os diversos tipos de entretenimento contribuem de maneira efetiva para uma vida ativa e com mais sentido. Vivolo Filho (2003) evidencia, em seu estudo, que as atividades de acampamento recebem pouca atenção dos setores ligados ao Turismo, no entanto, as práticas vivenciadas nestes espaços promovem inúmeros benefícios, independente da faixa etária. As

atividades de acampamentos voltados à população idosa parecem representar um espaço importante para trocas de experiências, como também, avivar a positividade no âmbito psicológico, o que pode reverberar na contribuição efetiva para a percepção de melhoria na qualidade de vida (Engama & Mauricette, 2013; Pereira et al., 2017; Sousa, 2017a; Finlay, Franke, McKay, & Sims-Gould, 2015).

Jirásek, Roberson e Jirásková (2017) corroboram os autores anteriormente citados e evidenciam que existem, ainda, os acampamentos voltados às famílias, os quais têm o intuito de favorecer o contato com a natureza, por meio de atividades vivenciadas no contexto do lazer, além do fato de os acampamentos familiares poderem aprimorar o acolhimento intergeracional, com ressonâncias positivas para o indivíduo idoso. O autor destaca, ainda, que as experiências lúdicas oferecidas nestes espaços representam uma estratégia interessante para promover a interação das pessoas idosas com os demais usuários, proporcionando a vivência de momentos prazerosos e descontraídos (Silva, 2016).

De acordo com a Associação Brasileira de Acampamentos Educativos (ABAE) (2018), os valores e atitudes trabalhados neste espaço, como a interação social, a autonomia, a autoconfiança e as diversas habilidades e capacidades físicas, podem ser ali assimiladas e aplicadas, posteriormente, no cotidiano do ser humano, independentemente da idade. Para essa Associação, os acampamentos atendem, de maneira democrática, diferentes públicos, incluindo os idosos.

Acerca da temática relativa a idosos e acampamento de férias, Vivolo Filho (2003) aponta que estes espaços estão se adequando, em termos de acessibilidade e adaptações necessárias, para atender a esse público, o qual tende a crescer e representar um importante nicho de mercado. Devido à disponibilidade de tempo para a vivência das atividades no contexto do lazer, este público não se prende a determinadas épocas do ano ou dias da semana para viajar para os acampamentos, sendo um ponto positivo, na visão do autor, o qual deve ser mais bem explorado pelos canais de divulgação de informações online.

Lir and Perevalov (2017) analisaram que os acampamentos, diante de uma experiência positiva em relação às atividades recreativas desenvolvidas para essa camada da população, mantiveram uma taxa significativa de retorno ao local por parte dos acampantes seniores, assim como, diante das atividades ali desenvolvidas, houve propagação das informações via rede de amizades. Estes

diferenciais de adequação representam, portanto, catalisadores do interesse das pessoas idosas na busca por estes locais, na atualidade.

Com relação aos clubes recreativos, outro espaço identificado na presente pesquisa, estes são considerados espaços de entretenimento, vinculados aos setores público ou privado, os quais se encontram focados em oferecer ambientes propícios à vivência de atividades no contexto do lazer, quer seja por meio de práticas esportivas variadas, ou atividades artísticas e culturais, em seu sentido mais amplo (Camargo & Silva, 2008; Souza, 2017). Lima, Araújo e Scattolin (2016) evidenciaram, também, que os clubes de recreação, por atenderem a públicos variados, dentre estes, as pessoas idosas, são considerados espaços que oportunizam vivências que valorizam o aspecto lúdico, incidindo positivamente sobre a minimização dos sentimentos de isolamento decorrentes da aposentadoria e do distanciamento familiar. Ao estar inserida neste contexto, a pessoa idosa aumenta o repertório de oportunidades em torno de sua rede social, por meio do contato com indivíduos com afinidades similares, construindo novas vivências de aprendizado.

A importância destes locais, os quais influenciam diretamente os estados emocionais das pessoas idosas (Gilleard & Higgs, 2009), está também associada à promoção da independência e da autonomia desta população (Paz, & Ventura, 2013). Neste contexto, Gilleard and Higgs (2009) atentaram para o fato de que os clubes de recreação são centrados na promoção de atividades do contexto do lazer, elaboradas de maneira específica para atender à demanda das pessoas idosas frequentadoras desses espaços. Ademais, Śniadek and Zajadacz (2010) enfatizaram que o jovem, ao se inserir em alguma atividade do contexto do lazer ou programa de atividades, apresenta maior tendência à adesão às mesmas atividades na velhice, sendo, os clubes de recreação, locais propícios para a vivência de estados emocionais positivos, como a felicidade, o bem-estar e a satisfação (Sumngern et al., 2010).

Quanto às Categorias 1 e 2, as reportagens relacionadas incitam à prática de atividade física em academias e spas. Pode-se aferir que as academias reiteravam a sua finalidade, geralmente voltada para o condicionamento físico e não, necessariamente, para atividades recreativas. No entanto, a busca por elementos como a socialização e a quebra da rotina cotidiana, tem feito com que este público idoso opte por se engajarem em locais que promovam esse espaço socializador (Silva, Nascimento, Araújo, & Oliveira, 2016), incluindo as academias.

Mesmo com a difusão sobre os benefícios e impactos positivos do envolvimento das pessoas idosas em treinamentos oferecidos pelas academias, no sentido de prevenir e minimizar o declínio físico, esses locais não atraem efetivamente o interesse destas pessoas, por darem pouca atenção às necessidades e desejos reais dessa população (Ong & Yap, 2016). O estudo de Pettigrew et al. (2017) buscou compreender os aspectos capazes de influenciar a população idosa à aderência ao uso de espaços como ginásios, academias ou espaços *fitness*. Entre os resultados obtidos no estudo, os autores evidenciaram cinco fatores relevantes (intrapessoais, interpessoais, organizacionais, sociais e políticos), os quais devem ser levados em consideração nas estratégias de *marketing* e nas propagandas sobre esses locais.

Com base nos resultados do estudo de Pettigrew et al. (2017), percebeu-se a amplitude de fatores intervenientes que podem influenciar na decisão dos idosos em aderir ou não às academias, os quais permeiam, desde aspectos pessoais, até aspectos políticos, evidenciando a necessidade de desenvolvimento de novas estratégias para promover adesão dessa população, para que esta possa usufruir os benefícios da prática regular de atividades físicas. As academias devem ampliar as atividades, bem como, diversificar as formas didáticas, para que possam atingir o interesse dos idosos pela busca do prazer e vivências significativas, na visão dos autores, além de difundirem, de formas mais efetivas e atrativas, as possibilidades de vivências ali contidas.

A busca e o desejo pela sensação de prazer em qualquer etapa da vida são pautados por inúmeras motivações, sendo estas influenciadas pelo medo e a dificuldade em encontrar informações adequadas, que possam atender às expectativas e necessidades pessoais (Tiger, 2017). Esses aspectos podem afetar sensivelmente as escolhas das atividades e as experiências em relação a diferentes vivências da pessoa idosa. Pelo fato de o prazer representar uma das questões centrais na vida deste público, assim como, a socialização e as interações sociais, há necessidade de que todos os setores da economia, incluindo aquele que envolve a oferta de atividades em academias, possam oferecer e difundir vivências que promovam sensações prazerosas.

No que diz respeito à *spas*, estes são locais turísticos, os quais englobam atividades voltadas à saúde e ao bem-estar, segundo Zacarias, Branco Pedro, Rebelo e Cachadinha (2010), no contexto do Turismo. Entre as opções neste

campo, pode-se perceber que o interesse dos idosos por hotéis *spas* é crescente. Este interesse, conforme os autores está centrado no fato de que a busca pela conservação da saúde é uma variável importante na qualidade de vida das pessoas idosas e que tem sido levada em consideração por esta população no momento da escolha das atividades.

Ressalta-se que a busca por formas de aliviar o estresse, ou os atributos de locais que favorecem sensações de bem-estar, são bastante desejáveis pelas pessoas idosas, na atualidade, como é o caso dos *spas*. Entre os atributos aos quais o público idoso procura e que seja ofertado por este tipo de rede hoteleira, especificamente os hotéis *spa*, destaca-se a empatia com o local, envolvendo, inclusive, os cuidados, os serviços de transporte, a qualidade dos serviços prestados, como também, da hospedagem. Estes fatores representam dimensões que definem a motivação das pessoas idosas para buscarem esses tipos de destinos turísticos (Chen & Li, 2017).

De acordo com os estudos de Posser (2011), as agências de turismo têm investido em pacotes, como *day spas*, que agregam relaxamento e descanso, aliados a diferentes técnicas e práticas corporais, as quais favorecem experiências significativas em relação ao bem-estar para a população idosa. Segundo a autora, o público idoso, tem uma percepção diferenciada e a estética e o bem-estar caminham juntos, para esta geração. Estes se preocupam com a qualidade da alimentação, a saúde física, a estética corporal, a prática regular de atividade física e o bem-estar espiritual, cujo objetivo central de todas estas boas práticas em saúde é manter-se ativo e ter autonomia para tomar suas próprias decisões em diferentes contextos.

Posser (2011) ainda evidencia que os frequentadores idosos de *spas* têm tempo e recursos financeiros disponíveis para vivenciar essas experiências diferenciadas, como também, buscam o envelhecimento com qualidade de vida, aliado a ganhos diversos, como a melhoria na autoestima e a socialização, dentre outros elementos que contribuem para a longevidade com autonomia. Portanto, os resultados do presente estudo reforçam essas considerações, reiterando a preocupação, ainda que limitada, das reportagens sobre o setor do Turismo, com foco nos espaços destinados a experiências no campo da saúde e bem-estar, mais precisamente, dos hotéis *spas*.

Diante dos resultados aqui apresentados, os quais foram frutos de uma pesquisa realizada no âmbito virtual, pode-se observar que este ambiente, apesar

de sua potencialidade, tem sido subutilizado para a difusão de informações voltadas a conteúdos relacionados à temática envolvendo atividades vivenciadas no contexto do lazer para pessoas idosas. Atualmente, as pessoas idosas têm apresentado, com mais ênfase, o comportamento proativo com relação ao acesso às tecnologias (Carmo & Costa, 2016), o que reitera a necessidade de atualização constante dos dados propagados.

Portanto, com base em todos os argumentos anteriormente apresentados, é decisivo centrar a atenção na quantidade, bem como, na qualidade da divulgação de informações acerca dos locais que oferecem possibilidades de vivências de atividades do contexto do lazer para pessoas idosas. Esta premência é justificada pelos benefícios já apontados nos diversos setores da vida da pessoa idosa, incidindo diretamente na prevenção de processos relacionados ao declínio cognitivo comuns do envelhecimento, representando mais uma estratégia importante na perspectiva de estimulação cognitiva (Kyriazis & Kiourti, 2018), de aprimoramento de relacionamentos interpessoais (Mendonça, 2017), de gerenciamento emocional (Moal-Ulvoas, 2017) e de edificação de competências e virtudes (Zambianchi, 2017) e da qualidade de vida.

Considerações Finais

Com base no objetivo proposto para este estudo, o qual versou sobre a análise de reportagens nacionais disponíveis online, com relação à oferta de locais de atividades recreativas e do contexto do lazer oferecidas para as pessoas idosas, pode-se constatar que os resultados reforçam o pouco estímulo e difusão dos locais de vivências e oportunidades específicas para estas pessoas no ambiente virtual. Foi evidenciado que a utilização das tecnologias e do ambiente virtual pelo público idoso pode vir a oferecer benefícios significativos a essa parcela da população, a qual, por sua vez, apesar das dificuldades no manuseio dos equipamentos tecnológicos, está em constante aprimoramento para aprender a utilizar a Internet, já que a mesma tornou-se uma ferramenta indispensável a todas as idades.

O acesso a este universo virtual permite às pessoas idosas a possibilidade de desenvolvimento de vínculo social propício à manutenção das funções cognitivas. A Internet, neste sentido, pode vir a se tornar uma aliada no prolongamento da autonomia e independência da pessoa idosa, por meio dos contatos com amigos e familiares, despertando sensações prazerosas e positivas, tais como o bem-estar,

ao oferecer soluções valiosas ao entretenimento e às atividades do contexto do lazer, resignificando as opções para esta população e ampliando a percepção sobre qualidade de vida.

Algumas limitações podem ser enumeradas, quanto aos resultados do presente estudo. Pelo número reduzido da amostra, percebe-se a necessidade de rever, tanto a quantidade de notícias, como a qualidade das mesmas e as reportagens sobre os setores envolvidos, para atingir essa demanda. Notou-se, ainda que tenha sido uma amostra pequena, a preocupação com a precariedade das reportagens sobre o setor do Turismo, mais precisamente dos *spas*, *resorts*, acampamentos e hotéis, em difundir a importância de se atentar para essas necessidades e expectativas das pessoas idosas neste setor do Turismo.

Outras limitações quanto aos resultados apresentados neste estudo se concentram na seleção de determinados canais de comunicação, referentes a *sites* e *blogs*, deixando de lado outros meios, como mídia impressa e televisiva. Mesmo com esta limitação pode-se verificar a falta de informações adequadas, sobre os diversos serviços, oferecidos aos idosos. Informações sobre academias específicas para a população idosa ainda são escassas e as que existem não contemplam atividades voltadas ao contexto do lazer, dando maior ênfase nas atividades centradas na prática de atividade física. Sugerem-se novos estudos, no sentido de se ampliarem as investigações sobre as oportunidades de difusão de locais para vivências significativas à pessoa idosa, prezando pelo direito social ao lazer e sobre estratégias de otimização do acesso às tecnologias por esta população. Estas variáveis poderão ampliar as perspectivas da qualidade de vida do indivíduo idoso.

Referências

- Associação Brasileira de Acampamentos Educativos. (2018). **História**. Recuperado de <http://abae.org.br/>
- Bardin, L. (2016). **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70.
- Brasil. (1988). **Constituição Federal de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- Camargo, L. A. R.; Silva, M. R. (2008, julho). Os clubes sociais e recreativos e o processo civilizatório brasileiro: uma relação de hábitos e costumes. **Anais do**

Simposio Internacional Proceso Civilizador, Buenos Aires, Argentina, 11. Recuperado de <http://www.uel.br/grupo-estudo/processoscivilizadores/portugues/sites/anais/anais11/artigos/09%20-%20Camargo%20e%20Silva.pdf>

Carmo, E. G.; Costa, J. L. R. (2016). **Envelhecimento e novas tecnologias: a inclusão digital e tecnológica na preparação para a aposentadoria e sua influência na qualidade de vida**. (Dissertação de mestrado). Instituto de Biociências de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista, UNESP, Rio Claro, SP, Brasil.

Carvalho, D. A.; Brito, A. F.; Santos, M. A. P.; Nogueira, F. R.; Sá, G. G.; Oliveira Neto, J. G.; ... & Santos, E. P. (2017). Prevalência da prática de exercícios físicos em idosos e sua relação com as dificuldades e a falta de aconselhamento profissional específico. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 29-40.

Chen, C. J.; Li, W. C. (2017). A study of service quality in hot-spring hotels for seniors. **International Journal of Organizational Innovation**, Tailândia, v. 9, n. 3, p. 84-94.

Dantas, D. H. **Avaliação da Qualidade dos Serviços na Percepção dos Hóspedes no Hotel Aram Ouro Branco em Maceió-AL**. (2016). (Trabalho de conclusão de curso). Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual da Paraíba, UEPB, Campina Grande, PA, Brasil. Recuperado de <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/14475>

Diniz, G. P.; Vanzella, E.; & Nascimento, F. G. (2016). Terceira idade e hotelaria: um estudo de meta-análise. **Revista Mangaio Acadêmico**, João Pessoa, v. 1, n. 2, p. 46-48.

Doll, J.; Oliveira, J. F.; Sá, J. L. M.; & Herédia, V. B. M. Multidimensionalidade do envelhecimento e interdisciplinaridade. In: Freitas, E. V.; Py. L. (ed.). (2016). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 107-114.

Duska, R. F. (2018). The Dark Side of Retirement. **Journal of Financial Service Professionals**, Newtown Square, v. 72, n. 1, p. 20-23.

Engama, B.; Mauricette, L. **Camping as a form of nature tourism**. (2013). (Tese de doutorado). Kokkola-Pietarsaari Unit. Centria University of Applied Sciences, Ylivieska, Finlândia. Recuperado de <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64487/Engama%20Bindele%20Mauricette%20Larissa.pdf?sequence=1>

Escalante, M. A. L.; Tseklevs, E.; Bingley, A.; & Gradinar, A. (2017) Ageing Playfully: a story of forgetting and remembering. **Design for Health**, Suffield, v. 1, n. 1, p. 134-145.

Fernández-Mayoralas, G.; Rojo-Pérez, F.; Martínez-Martín, P.; Prieto-Flores, M. E.; Rodríguez-Blázquez, C.; Martín-García, S.;...& Forjaz, M. J. (2015). Active ageing and quality of life: factors associated with participation in leisure activities among institutionalized older adults, with and without dementia. **Aging & Mental Health**, Abingdon-on-Thames, v. 19, n. 11, p. 1031-1041.

Finlay, J.; Franke, T.; McKay, H.; & Sims-Gould, J. (2015). Therapeutic landscapes and wellbeing in later life: Impacts of blue and green spaces for older adults. **Health & Place**, Edimburgo, v. 34, p. 97-106.

Gales, K. R.; Damasceno, M. A. P.; Silva, M. A.; & Almeida, R. (2018). Envelhecimento e políticas públicas: a população idosa no âmbito da assistência social e o “centro dia para idosos” como espaço de convivência. **Intertem@ s Social**, Presidente Prudente, v. 12, n. 12.

Garcia, L. A. A.; Milani, J.; Nascimento Celeste, L. F.; Chagas, L. M. O.; Caixeta, T. P.; & Santos, Á. S. (2017). Inatividade física e depressão em idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 5, n. 1, p. 66-74.

Gilleard, C.; Higgs, P. The Third Age: Field, Habitus, or Identity? In: Jones, I.R.; Higgs, P.; Ekerdt, D. J. (ed.). (2009). **Consumption and Generational Change**. Transaction Publishers: New Brunswick e London. p. 23-36.

Gomes, C. L. (2014). Lazer: necessidade humana e dimensão da cultura. **Revista Brasileira de Estudos do Lazer**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 1-20.

Gomes, C. L.; Pinheiro, M.; & Lacerda, L. (2010). **Lazer, turismo e inclusão social: Intervenção com idosos**. Belo Horizonte: Editora UFMG.

Han, K.; Lee, Y.; Gu, J.; Oh, H.; Han, J.; & Kim, K. (2015). Psychosocial factors for influencing healthy aging in adults in Korea. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 13, n. 1, p. 31.

Ihle, A.; Gouveia, É. R.; Gouveia, B. R.; Der Linden, B. W. van; Sauter, J.; Gabriel, R.;...Kliegel, M. (2017). The role of leisure activities in mediating the relationship between physical health and well-being: Differential patterns in old and very old age. **Gerontology**, Basileia, v. 63, n. 6, p. 560-71.

Jirásek, I.; Roberson, D. N. Jr.; & Jirásková, M. Rodinné táboření: Rodinné táboření: případová studie potenciálu osobnostního rozvoje. **Sociální Pedagogika /Social Education**, Czech Republic, v. 2, n. 1, p.51-63, 2014.

Kim, J.; Heo, J.; Dvorak, R.; Ryu, J.; & Han, A. (2018). Benefits of leisure activities for health and life satisfaction among western immigrants. **Annals of Leisure Research**, Londres, v. 21, n. 1, p. 47-57.

Kyriazis, M.; Kiourti, E. (2018). Video Games and Other Online Activities May Improve Health in Ageing. **Frontiers In Medicine**, Lausanne, v.5, n.0, p.1-4.

Lahti, J.; Laaksonen, M.; Lahelma, E.; & Rahkonen, O. (2011). Changes in leisure-time physical activity after transition to retirement: a follow-up study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, London, v. 36, n. 8, p.1-8.

Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm

Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm.

Leite, E. S.; Menezes, J. A.; Menezes, T. A. B.; Lima, N. E. P.; & Abrantes, L. C. L. (2013). Importância da recreação para o idoso institucionalizado. **Anais do Congresso Internacional do Envelhecimento Humano**, Campina Grande, PA, Brasil, 3., Recuperado de http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Comunicacao_oral_idinscrito_1234_8a984f409a7f4b81831b52de600ca4cc.pdf

Lieberman, L. J.; Linsenbigler, K. (2017). Teaching recreational activities to children and youth with visual impairment or deafblindness. **Palaestra**, Urbana, v. 31, n. 1, p. 40-46.

Lima, A. P. C. **A estrutura hoteleira da via costeira com foco no hóspede da terceira idade**. (2016). (Trabalho de conclusão de curso). Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Campina Grande, PA, Brasil. Recuperado de https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/4095/1/AnnaPCL_Monografia.pdf

Lima, B. M.; Araújo, F. A.; & Scattolin, F. A. A. (2016). Qualidade de vida e independência funcional de idosos frequentadores do clube do idoso do município de Sorocaba. **ABCS Health Sciences**, Santo André, v. 41, n. 3, p. 168-175.

Lir, D. N.; Perevalov, A. Ya. (2017). The effectiveness of the improvement of health in the schoolchildren staying in a country summer camp. *Voprosy Kurortologii, Fizioterapii i Lechebnoi Fizicheskoi Kul'tury*, Moscou, v. 94, n. 4, p.48-53.

Lockwood, R.; O'Connor, S. (2017). Playfulness in adults: an examination of play and playfulness and their implications for coaching. *Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice*, Abigdon, v. 10, n. 1, p. 54-65.

Lopes, M. A.; Krug, R. R.; Bonetti, A.; & Mazo, G. Z. (2016). Barreiras que influenciaram a não adoção de atividade física por longevas. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Brasília, v. 38, n. 1, p. 76-83.

Manganello, J.; Gerstner, G.; Pergolino, K.; Graham, Y.; Falisi, A.; & Strogatz, D. (2017). The relationship of health literacy with use of digital technology for health information: implications for public health practice. **Journal of Public Health Management and Practice**, Baltimore, v. 23, n. 4, p. 380-387.

Martins, A. G. L.; Santos, A. C.; Lastra, M. S.; & Cunha, P. S. (2016). Motivações turísticas: maioridade e terceira idade. **Maiêutica-Estudos Contemporâneos em Gestão Organizacional**, Indaial, v. 4, n. 1, p. 91-98.

Mendonça, L. (2017). Turismo para todos: o conceito de hospitalidade acessível. **Omnia - Revista Interdisciplinar de Ciências e Artes**, Faro, v. 6, p. 59-67.

Micalli, P. N.; Donadelli, P. S.; Moraes, P. F.; & Venancio, R. C. P. Atividade Física e Aposentadoria. In: Costa, J. L. R.; Costa, A. M. M. R.; Fuzaro Júnior, G. (org.).

(2016). **O Que Vamos Fazer Depois do Trabalho**: Reflexões sobre a Preparação Para a Aposentadoria. São Paulo: Cultura Acadêmica. p. 77-92.

Ministério da Saúde. (2011). **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

Moal-Ulvoas, G. Positive emotions and spirituality in older travelers. **Annals of Tourism Research**, New York, v. 66, p.151-158.

Moura, A. C.; Gosling, M. S.; Christino, J. M. M.; & Macedo, S. B. (2017). Aceitação e uso da tecnologia para escolha de destinos turísticos por pessoas da terceira idade: um estudo usando a UTAUT2. **Revista Brasileira de Pesquisa em Turismo**, São Paulo, v.11, n.2, p. 239-269.

Ong, D. L. T.; Yap, W. X. (2017). The Impact of Fitness Center Servicescape on Individual Behavior: The Mediating Role of Emotional Response. **Journal Of Global Sport Management**, Abingdon-on-Thames, v. 2, n. 2, p.128-142.

Papaléo Netto, M. Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: Freitas, E. V.; Py. L. (ed.). (2016). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p. 3-13.

Patterson, I. Motivations and constraints to tourism and leisure for older travellers. In: PAtterson, I. (ed.). (2018). **Tourism and Leisure Behaviour in an Ageing World**. Wallingford: CABl. p. 44-69.

Paz, R. C. N.; Ventura, L. M. B. A. (2013). A utilização do lúdico como estratégia de educação em saúde para promoção da qualidade de vida na terceira idade. **Revista Uningá Review**, Maringá, v. 16, n. 2, p. 27-32.

Pereira, T. A.; Dias, C. A.; Soares, M. M.; & Correa, A. I. R. (2017). A influência das atividades de turismo e lazer na melhoria da qualidade de vida, adesão à terapêutica e controle da pressão arterial de sujeitos hipertensos. **Anais do Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, 10, p. 1-17.

Pettigrew, S.; Burton, E.; Farrier, K.; Hill, A. M.; Bainbridge, L.; Lewin, G.;... & Hill, K. (2017). A Typology of Factors Influencing Seniors' Participation in Strength Training in Gyms and Fitness Centers. **Journal of Aging and Physical Activity**, Mikolowska, v. 1, n. 1, p. 1-24.

Posser, L. L. (2011). **SPAs: Alquimia de uma jornada**. Porto Alegre: Besourobox.

Ribeiro, A. S.; Pereira, L. C.; Silva, D. R.; Santos, L.; Schoenfeld, B. J.; Teixeira, D. C.;...& Guedes, D. P. (2018). Physical Activity and Sitting Time are Specifically Associated with Multiple Chronic Diseases and Medicine Intake in Brazilian Older Adults. **Journal of Aging and Physical Activity**, Birmingham, v.1, n. 1, p. 1-19.

Rodrigues, D. M.; Gomes, M. N.; & Ferreira, V. R. (2016). Turismo para terceira idade. **Multitemas**, Campo Grande, v. 2, n. 27, p. 54-62.

Schwartz, G. M.; Teodoro, A. P. E. G.; Rodrigues, N. H.; & Dias, V. K. (org.). (2016). **Educando para o Lazer**. Curitiba: CRV.

Silva, G. S. C. **Acampamento de férias e lazer: uma análise de currículos de formação profissional**. (2016). (Dissertação de mestrado). Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, Brasil.

Silva, J. F.; Nascimento, J. R. A. Jr.; Araújo, A. P. S.; & Oliveira, D. V. (2016) Análise comparativa da qualidade de vida de idosas praticantes de exercícios físicos em centros esportivos e nas academias da terceira idade. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 13, n. 3, p. 285-298.

Śniadek, J.; Zajadacz, A. (2010). Senior citizens and their leisure activity-understanding leisure behaviour of elderly people in Poland. **Studies In Physical Culture And Tourism**, Poznań, v. 17, n. 2, p. 193-204.

Soares, A. L. V.; Dias, M. C.; & Mendes Filho, L. A. (2017). Experiência do turista e a Hospedagem Compartilhada através do uso das Novas Tecnologias no turismo: o caso do Airbnb. **Revista Turismo & Desenvolvimento**, Aveiro, v. 1, n. 27/28, p. 1315-1324.

Sousa, J. M. R. M. **O turismo sénior, o turismo médico e o envelhecimento ativo: o caso do campus neurológico sénior**. (2017a). (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal. Recuperado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/29965/1/ulfl236829_tm.pdf

Sousa, L. S. (2017b). **Terceiro Setor, o diverso e a diversidade: o caso de uma organização recreativa**. (Dissertação de mestrado profissional). Universidade Federal de Uberlândia, UFU, Uberlândia, MG, Brasil.

Sumngern, C.; Azeredo, Z.; Subgranon, R.; Sungvorawongphana, N.; & Matos, E. (2010). Happiness among the elderly in communities: A study in senior clubs of Chonburi Province, Thailand. **Japan Journal of Nursing Science**, Tōkyō, v. 7, n. 1, p. 47-54.

Tiger, L. (2017). **The Pursuit of Pleasure**. Abingdon: Routledge.

Valadares, A. P. M. B. **Atrativos turísticos culturais de Brasília e a oferta de serviços ao turista idoso**. (2017). (Trabalho de conclusão de curso). Centro de Excelência em Turismo, Universidade de Brasília, UnB, Brasília, DF. Recuperado de http://bdm.unb.br/bitstream/10483/18969/1/2017_AnaPaulaMoysesBarrosValadares.pdf

Vivolo Filho, M. A. (2003). **Acampamentos no Brasil: Aspectos Históricos e Importância Social**. (Monografia de Especialização). Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, SP, Brasil.

Walker, G. J.; Kono, S. (2018). The effects of basic psychological need satisfaction during leisure and paid work on global life satisfaction. **The Journal of Positive Psychology**, Abingdon, v. 13, n. 1, p. 36-47.

Zacarias, W.; Branco Pedro, J.; Rebelo, M.; & Cachadinha, C. (2010). **Hotéis atractivos para hóspedes seniores**: a experiência da região do Algarve. (Tese de doutorado). Núcleo de Arquitetura e Urbanismo, Instituto Superior Técnico de Lisboa, Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://repositorio.lnec.pt:8080/jspui/handle/123456789/1001184>

Zambianchi, M. (2017). Positive aging, Positive Psychology and Tourism. A challenging new area of investigation?. **Almatourism-Journal of Tourism, Culture and Territorial Development**, Rimini, v. 8, n. 15, p. 1-15.

Zhu, X.; Qiu, C.; Zeng, Y.; & Li, J. (2017). Leisure activities, education, and cognitive impairment in Chinese older adults: a population-based longitudinal study. **International Psychogeriatrics**, Pequim, v. 29, n. 5, p. 727-39.

CAPÍTULO 27 – PASTORAL DA PESSOA IDOSA: UMA CONTRIBUIÇÃO DA ESPIRITUALIDADE E DA RELIGIÃO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Cleiton Viana da Silva

Este artigo pretende discutir a contribuição da espiritualidade e da religião em relação ao tema do envelhecimento. O envelhecimento abraça vasto número de situações, preocupações e questionamentos que exigem reunir todas as forças de que o ser humano dispõe para organizar um referencial interpretativo e um instrumental de transformação social.

No âmbito da cultura contemporânea, percebe-se uma tendência reducionista sobre a visão do ser humano, reduzindo-o a simples materialidade biológica e individualidade sem qualquer vínculo com outras pessoas. Essa forma de reducionismo tende a tornar o processo do envelhecimento ainda mais difícil tanto para a pessoa que o vive quanto para aqueles que estão ao seu lado.

Envelhecer é apenas uma perda progressiva e irreversível do vigor da juventude? Somente a medicina e demais ciências experimentais podem contribuir procurando oferecer soluções para frear ou reverter esse processo? A nosso ver, a consideração da espiritualidade e da religião permite superar aspectos desse reducionismo antropológico de modo que o envelhecimento não seja visto apenas como perda, senão também como ganho em densidade humana e existencial. Além disso, o binômio espiritualidade-religião contribui para um sentido de solidariedade superando os riscos do isolamento e da indiferença, situações muito difíceis no processo do envelhecer.

Os passos metodológicos que estruturam este texto são os seguintes. Primeiro, descrever o contexto cultural do envelhecimento, especialmente na realidade brasileira, chamando a atenção para um certo reducionismo antropológico: o homem reduzido à sua materialidade biológica e o individualismo. Este isola a pessoa, faz com que se torne insensível ao outro ou interprete a necessidade de receber cuidado como sinal de fraqueza e fracasso; aquela faz identificar o envelhecimento como problema biológico, sem significado existencial.

Segundo, mostrar como a espiritualidade e a religião podem enriquecer a visão de mundo da pessoa ao mostrar que sua existência não é apenas questão de biologia, mas de significado. Ainda neste item, é apresentada uma interpretação

religiosa específica do envelhecimento como *oportunidade* de crescimento pessoal, maior conhecimento de si e abertura a Deus.

Finalmente, apresenta-se um programa de ação para acompanhamento de pessoas idosas desenvolvido por uma religião específica em que se busca evitar tanto o isolamento da pessoa idosa como criar uma rede de solidariedade entre a pessoa idosa e sua comunidade, e entre sua comunidade e todas as outras instâncias da sociedade.

Envelhecimento, realidade brasileira e cultura contemporânea

O envelhecimento é um dos assuntos mais importantes de nossa época. Vemos o número da parcela idosa da população aumentar e a estimativa, de acordo com a Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos (2013), é que em 2020 a população de pessoas com mais de 60 anos passe de 26 milhões no Brasil. O crescimento da população idosa é certamente uma conquista inédita graças às condições do aumento da expectativa de vida. A título de ilustração, em 1900 a expectativa média de vida era de 45,2 anos na França e 47,3 anos nos EUA (Gauchet, 2010, p. 24). Na passagem para o século XXI, estes dois países tinham acrescentado um aumento médio de 30 anos para a expectativa de vida. Com um aumento tão expressivo da população idosa, aparecem o problema do espaço da pessoa idosa na sociedade, a questão sobre seus direitos e conseqüentemente a questão das responsabilidades dessa mesma sociedade em relação à pessoa idosa.

Antes de prosseguir, deve-se necessariamente apresentar quais critérios são usados para identificar uma pessoa como idosa. Propriamente falando, como para todas as coisas humanas, envelhecer não é um fato simplesmente biológico, mas envolve significados mais amplos e complexos, culturais e sociais. Estabelecer um critério para encaixar uma pessoa como *idoso* não pode ser reduzido à simples cronologia (Russo, 2002, p. 323). A cronologia é o primeiro critério que usamos, mas deve-se acrescentar a condição do próprio corpo (*critério biológico*), o modo como a pessoa se vê (*critério de percepção subjetiva*), a sua autonomia no desempenho de atividades do dia a dia (*critério funcional*) e o modo como a própria sociedade a acolhe (*critério social*). Por uma questão de praticidade, para as políticas públicas no Brasil, usa-se o critério cronológico. A partir dos 60 anos, o cidadão brasileiro entra para o grupo populacional dos idosos, mas tenha-se presente que ao falar de idoso, podemos nos referir a situações pessoais e sociais muito variadas.

Essa multiplicidade de critérios ajuda a compreender que envelhecer não é um fato tão objetivo como se imagina, na verdade, trata-se de uma *apreciação* (Le Breton, 2003, p. 236) que uma pessoa ou sociedade faz de outra. A percepção interior é sempre de uma unidade subjetiva e é necessário tomar consciência das mudanças nas condições do corpo (aumento do cansaço, de dores, diminuição da resistência, da capacidade de recuperação diante de certos esforços), das mudanças nas relações sociais (distanciamento ou perda de muitos parceiros ao longo da vida, isolamento linguístico e social) e das mudanças no modo como os outros se relacionam com a pessoa idosa (maior ou menor apreço, aumento dos cuidados recebidos e diminuição da autonomia). Como todo esse conjunto de mudanças é lento e multifacetado, pode-se dividir a população idosa em *terceira* e *quarta idades* (cf. Cardozo Santa Rosa, 2004, p. 27). A essa última categoria pertencem aqueles que ultrapassaram os 75 anos e cujos limites se estendem e aprofundam. Essas considerações são importantes para perceber que

[...] nem a juventude e nem a velhice são concepções absolutas, mas interpretações sobre o curso da existência, podendo, desse modo, ser considerados conceitos construídos historicamente, inserindo-se ativamente na dinâmica dos valores e das culturas dos quais se originam (Cardozo Santa Rosa, 2004, 28).

Além disso, na realidade brasileira, o envelhecimento evidencia questões sociais muito sérias. A entrada na aposentadoria muitas vezes aumenta a situação de vulnerabilidade social em que grande parte da população se encontra. Longe de ser o início de uma vida com mais independência, torna-se, na maioria das vezes, uma situação de queda no padrão de vida, na apreciação social e na própria percepção de si mesmo. No intuito de dar guarida à situação da pessoa idosa, o debate sobre os direitos da pessoa idosa não se concentra apenas em relação ao direito à aposentadoria, mas num conjunto de medidas e preocupações que tem no *Estatuto do Idoso* uma síntese e novo ponto de partida. A finalidade é garantir que o Estado e a sociedade promovam um “envelhecimento saudável e em condições de dignidade” (Laghi Laranja, 2004, p. 38).

Mas ainda se poderia levantar a questão sobre de que modo o envelhecimento se apresenta à cultura contemporânea. Sem querer forçar em cores muito escuras o retrato da cultura atual, mas considerando a necessidade de realçar algumas situações que geram na pessoa idosa um sentimento de *desamparo social*

(cf. Pereira Caldas, 2003, p. 774), pode-se falar de uma tendência a um reducionismo antropológico causado por dois fatores muito incidentes na cultura atual: o domínio da ciência/técnica e o individualismo.

O domínio da ciência é ponto de chegada de um longo itinerário que parte da negação progressiva de um horizonte transcendente, descartando tudo que é imaterial e metafísico, para concentrar-se na matéria, nos dados da biologia e em tudo aquilo que pode ser mensurado, experimentado e verificado pelos critérios da ciência moderna. Ignorando ou mesmo negando um horizonte de sentido que ultrapasse os dados da ciência moderna, o homem foi reduzido a “simplex exemplar da condição humana” (Sanna, 2004, p. 27), seu corpo é entendido apenas na sua materialidade biológica e, segundo certa perspectiva, é tudo o que o homem é (cf. Sibilia, 2011, p. 90).

A redução do homem ao seu corpo enquanto matéria moldável pela ciência/medicina e suas aplicações técnicas permite entrever algumas consequências para a compreensão do envelhecimento: ele é parte do processo normal da existência ou seria uma espécie de doença a ser diagnosticada, tratada e superada pela medicina? Ainda que seja difícil afirmar que envelhecer é uma forma de doença, há uma tendência a buscar os meios para que as mudanças no interior do DNA possam ser freadas. Considerando o aspecto biológico, o envelhecimento pode ser descrito como “(...) a série de mudanças funcionais e estruturais, não simultâneas, cumulativas, progressivas, intrínsecas e deletérias que usualmente costumam manifestar-se na maturidade reprodutiva e eventualmente culminam na morte” (Arking, 2004, p. 89). Com essa visão biológica do envelhecimento, cabe à medicina desenvolver-se em busca de manter os mesmos níveis das condições de reparação do DNA que se tem na juventude (cf. Felzenswalb, 2004, p. 66).

O segundo fator que condiciona negativamente a vida da pessoa idosa é o problema do individualismo, enquanto exacerbação da individualidade:

É importante distinguir a diferença entre *individualidade* e *individualismo*. São termos que em contextos comuns costumam ser usados indistintamente. Entretanto, quando se usa o termo *individualidade* indica-se um aspecto do ser pessoal na sua unidade e unicidade, como expressões da sua liberdade. Cada pessoa tem uma relação de dependência e de autonomia com seu semelhante: a individualidade aponta para a autonomia assim como a solidariedade realça o aspecto da interdependência. Porém, o termo individualismo pretende muito mais descrever não um aspecto do ser pessoal em que

se equilibra a liberdade na relacionalidade, mas o fechamento à relacionalidade por uma suposta liberdade. Individualismo é fechamento da individualidade à relacionalidade, à acolhida do outro, ao respeito pela sua existência (Silva, 2017, p. 38).

Esse individualismo tem modificado a maneira de enxergar todas as formas de relacionamento humano, inclusive a ideia de família. O *outro* presente no relacionamento é tão somente um *partner* de prazer, a convivência não é comunhão, mas simplesmente uma coincidência de interesses e ofertas (cf. Gauchet, 2010, p. 73).

A consequência do individualismo é a perda do sentido de solidariedade como um constitutivo da existência humana. O homem é ao mesmo tempo ser de liberdade e de solidariedade, mas numa cultura individualista, não se enxerga radicalmente chamado a voltar-se ao outro nem consegue se ver como dependente do outro. Dito em outras palavras, torna-se indiferente ao seu chamado a cuidar do outro e vê na necessidade de ser cuidado uma humilhação ou negação do sentido da sua existência. O cuidado é algo da essência humana: cuidar e ser cuidado é constitutivo do ser humano. Na cultura contemporânea esse aspecto essencial do ser humano é pensado como mera atividade acidental, por isso surgem a indiferença com o sofrimento alheio e a interpretação da necessidade de receber cuidado como sinal de fraqueza ou inutilidade.

Desse modo, não é exagerado falar de uma tendência a um reducionismo antropológico em nossa cultura contemporânea. O homem é reduzido à sua constituição biológica, à sua materialidade enquanto esta é moldável e manipulável pela ciência e medicina. O homem é também desvinculado de uma rede de relacionamentos e responsabilidades que lhe podem sustentar em meios às dificuldades que a vida e, especialmente, o envelhecimento lhe reservam.

Espiritualidade, religião e a construção de sentido

Um estudo de 2001, com idosos atendidos em um hospital público americano, mostrava que *religião* aparecia como o assunto preferido entre esses pacientes da geriatria (cf. Mackinlay, 2005, p. 396). No processo do envelhecimento e da convivência diária com os limites da vida, a religião parece oferecer alguns elementos interessantes na consideração do acompanhamento de pessoas idosas e na superação do reducionismo antropológico anteriormente referido.

Tanto o tema da espiritualidade quanto o da religião devem ser considerados juntos como auxílios na compreensão e vivência do envelhecimento. Ambas realidades permitem a construção de um “sistema de significado forte e flexível” (Marcoen, 2005, p. 364) tanto para o enfrentamento do processo de declínio irreversível que envelhecer acarreta quanto para a convivência com os limites e demais situações exigentes que a pessoa idosa deve aprender a lidar. Pode-se, em linhas gerais, distinguir espiritualidade de religião por uma forma de contraposição. A religião tende a ser mais ou menos institucionalizada, possui um conjunto de crenças e símbolos partilhados por um determinado grupo. A espiritualidade, por sua vez, diz respeito a algo mais pessoal que institucional, nem sempre codificável e verificável, por isso também menos controlável por um grupo.

Para compreender melhor as semelhanças e diferenças entre espiritualidade e religião, pode-se recorrer à metáfora da linguagem e da língua. Pertence à essência da humanidade sua capacidade de linguagem, seu desejo e esforço por expressão de si e comunicação com o outro, mas é histórica e socialmente que a língua aparece, estrutura-se e se transforma nos povos. A espiritualidade é uma dimensão fundamental do homem, mas a sua articulação como religião depende de inúmeros fatores pessoais, sociais e culturais. A religião está para a língua quanto a espiritualidade está para a linguagem.

Importante afirmar que, independente do quanto essa dimensão fundamental possa estar desenvolvida, é exatamente ela que permite romper os reducionismos da existência reconhecendo a “presença invisível de ‘algo mais’” (Marcoen, 2005, p. 365). Há uma relação muito positiva entre religião/espiritualidade, bem-estar e indicadores de saúde física e mental em pessoas idosas que merece ser mais explorada em estudos complementares. Segundo Marcoen, “a pessoa espiritualmente madura e eticamente comprometida integrou diversas visões da vida e da humanidade em um complexo sistema de significado em que há tolerância para a ambiguidade e para o paradoxo” (Marcoen, 2005, p. 365).

Do ponto de vista da religião cristã-católica, como exemplificação da importância da espiritualidade/religião no processo do envelhecimento e da convivência com os limites que essa fase traz, o processo do envelhecimento é interpretado como *oportunidade* de maior conhecimento de si mesmo e de conhecimento de Deus. Todo itinerário da vida se dirige a um ponto final: a união definitiva com Deus. Em cada fase da vida, cada momento de alegria ou de

dificuldade dá-se uma oportunidade, a ser acolhida ou rejeitada, de entrar em comunhão com Deus. O envelhecimento é uma entre todas as oportunidades existentes.

O envelhecimento nesta perspectiva não é apenas sequência de eventos biológicos e sucessão linear do tempo, mas é uma forma de amadurecimento existencial. É a colheita dos frutos esperados ao longo da vida. Não se trata de progresso cronológico linear, mas é dinamismo em forma espiral em que para subir, deve-se aceitar a descida. Descer é uma forma de subir porque o reconhecimento do que se é (humildade) é condição de crescimento.

Se o envelhecimento não pode simplesmente ser entendido sob o signo da *cronologia* significa que ele tem um caráter *kairológico*²²: ele se oferece como oportunidade, momento de decisão ou de rejeição. Neste sentido, parece válido acrescentar algumas reflexões de Anselm Grün comentando alguns textos de Giovanni Taulero, grande pregador medieval (1300-1361) sobre a crise de amadurecimento do monge. Note-se que o contexto das ideias de Taulero é o crescimento espiritual monástico. A partir destas ideias, tenta-se ver à luz da crise da meia idade – tema propriamente moderno – a contribuição da vivência religiosa no processo de envelhecer.

A crise da meia idade é vivida em torno dos quarenta anos quando alguns sinais do envelhecimento já se fazem notar: o corpo já não tem o mesmo vigor da juventude, começam a aparecer algumas enfermidades e um horizonte de recomeçar uma vida parece cada vez mais difícil (Grün, 2008, p. 7-8).

Segundo Grün, Taulero vê nessa crise uma oportunidade de crescimento espiritual. Atrás dos acontecimentos e de todo o estado de insatisfação com a vida, está Deus a agir e a chamar a pessoa a uma experiência mais profunda com Ele. O homem nesta fase sofre um verdadeiro esvaziamento. “(...) Deus nos esvazia mediante as desilusões, coloca às claras as nossas lacunas mediante nossos insucessos, trabalha em nós mediante os sofrimentos que pretende de nós” (Grün, 2008, p. 17).

²² Na teologia cristã, duas palavras de origem grega são usadas para se referir ao tempo: *chronos* e *kairós*. A primeira se refere ao tempo linear, passível de ser mensurado e compreendido pelo homem; a segunda palavra se refere ao tempo não linear, mas qualitativo das intervenções divinas, refere-se ao tempo de Deus que a pessoa religiosa compreenderá como *tempo oportuno*.

A situação da crise é dividida, por assim dizer, em seis fases, mas note-se que a passagem de uma fase para a outra depende da capacidade de *abandonar-se*, de *entregar as rédeas* da própria vida a Deus, do contrário, corre-se o risco de permanecer na atitude de fuga, de não aceitação da crise.

A primeira fase, que coincide com o início da crise, é aquele momento em que a vida parece perder o sentido, como se todos os sacrifícios feitos até então não valessem a pena. Segundo Grün, essa fase Taulero a identifica com a perda da dracma da parábola evangélica (cf. Lc 15, 8-10) em que será necessário revirar toda a casa para reencontrá-la. O processo de revirar toda a casa é extremamente exigente, comporta sofrimento, contudo, ao final, o homem poderá encontrar-se com a verdade sobre si mesmo e ter um conhecimento íntimo de Deus.

A segunda fase (a fuga) e a terceira fase (a rigidez) sinalizam a dificuldade de abandonar-se, de deixar-se conduzir pela graça. Na *fuga* corre-se o risco de transferir para a exterioridade o que, com dificuldade, aceita-se ver dentro de si mesmo. Por isso, a tendência é a projeção nos outros, o apego a práticas exteriores ou a busca por novidades espirituais. A fase da rigidez consiste em subtrair-se a aceitar alguma mudança no modo de pensar e os valores se transformam em *ídolos*. Surge o risco do perfeccionismo infecundo ou do pedantismo.

Todas essas reações de resistência podem ser superadas provocando na pessoa um conhecimento mais profundo de si mesma (4ª. fase). Esse nível de conhecimento de si mesmo causa angústia porque se toma consciência daquilo que não é autêntico, mas foi sustentado ao longo de uma vida. Como a mulher da parábola da dracma perdida, a pessoa nessa fase deve revirar todos os espaços de sua casa no esforço de recuperar de modo mais profundo o seu equilíbrio, mas para isso não poderá deixar intocado nenhum espaço.

O conhecimento de si prepara a fase posterior que consiste na *serenidade* (5ª. fase). Segundo Grün, Taulero não a vê no colorido estóico da impassibilidade, mas como capacidade de desapegar-se de si mesmo, na negação de si mesmo enquanto chamada evangélica. A serenidade supõe não apenas o abandono das coisas negativas, mas também a liberdade diante de coisas consideradas boas porque “(...) o bom pode ser inimigo do melhor” (Grün, 2008, p. 39).

Em todas as fases o que está em jogo é a capacidade do homem de deixar-se conduzir por Deus, evitando pôr obstáculos àquilo que Ele mesmo provoca, e deve perceber que a crise não é nem ameaça ou perigo, mas fruto do agir de Deus

mesmo. A fase final – o nascimento de Deus no homem – sinaliza que essa fase não pode ser imaginada como uma conquista definitiva, mas é fruto de um dinamismo permanente de entrega do homem a Deus. “(...) Deus se tornou íntimo ao homem, ele O conheceu por experiência pessoal e se vive na realidade da sua presença” (Grün, 2008, p. 47).

Como já foi dito anteriormente, mesmo se tratando da descrição de um itinerário espiritual, as reflexões de Grün permitem considerar a importância da espiritualidade ou religião no processo de acolher os limites da vida – o envelhecimento de modo específico – não como destino trágico do tempo, mas como oportunidade de crescimento no conhecimento de si, na liberdade interior e no abandono em Deus.

Pastoral da Pessoa Idosa

A Pastoral da Pessoa Idosa²³ nasce como um programa dentro da Pastoral da Criança, tem a mesma doutora Zilda Arns Neumann como idealizadora e se vale da mesma metodologia de trabalho da Pastoral da Criança. Pastoral da Criança e Pastoral da Pessoa Idosa oferecem uma proposta integral e solidária diante da vulnerabilidade da vida no seu início e no seu desfecho.

A Pastoral da Criança nasce com a preocupação de evitar a morte de milhões de crianças ocasionada por enfermidades facilmente evitáveis. Apenas a título de exemplo, quando em 1983 a Pastoral da Criança nascia em Florestópolis, Paraná, o índice de mortalidade infantil (0 a 12 meses) era de 127 mortes por mil nascidos vivos. Tratava-se de uma região em que 70% da população eram trabalhadores rurais, região carente e com assistência social precária. Depois de um ano de atuação da Pastoral da Criança, o índice neste município recuou de 127 para 28 mortes por mil nascidos vivos (Cf. ARNS NEUMANN, 2003, p. 73). O trabalho consiste em desenvolver *ações básicas de saúde e ações complementares*. As ações básicas são cinco: pré-natal, aleitamento materno, vigilância nutricional, soro caseiro e vacinação. As ações complementares têm como objetivo a promoção humana e a cidadania, combatendo as causas da pobreza e da mortalidade infantil.

²³ Este texto corresponde a uma parte do capítulo V (A Pastoral da Pessoa Idosa: uma resposta integral e solidária em construção) do meu livro *Envelhecimento e sociedade: desafios éticos, oportunidades pastorais*, p. 117-125; fiz ligeiras alterações de acordo com os objetivos deste artigo.

Em 1993²⁴, dez anos após o trabalho da Pastoral da Criança desenvolver-se no Brasil, um encontro providencial, por causa de um atraso de vôo, entre a Dra. Zilda Arns e o então presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia/Paraná, o Dr. João Batista Lima Filho, desencadeou o processo que daria início à Pastoral da Pessoa Idosa. Segundo ele, “seria interessante termos redes de solidariedade com os idosos, como a Pastoral da Criança tem para com as crianças. O povo brasileiro está envelhecendo e temos que descobrir uma forma de fazer chegar este conhecimento a toda população”²⁵.

Entre 1994 e 1996 elaborou-se um manual de conteúdo científico sobre envelhecimento a ser usado como material de capacitação de líderes. Em 1996, em parceria com o Governo do Paraná, realizaram-se as primeiras capacitações com as dioceses deste estado, mas ainda se tratava apenas de um programa complementar da Pastoral da Criança.

Já entre os anos de 1997 e 1998 foi-se adotada uma metodologia para este trabalho e escolheu-se a mesma da Pastoral da Criança: “capacitar líderes comunitários para multiplicar o saber e a solidariedade junto aos idosos e seus familiares” (Histórico). Na metodologia da Pastoral da Criança, a comunidade tem um papel fundamental porque é nesta que acontece uma troca de informações e orientações sobre as cinco ações básicas de saúde. A metodologia se inspira em Mc 6, 34-44 com o objetivo de fazer *multiplicar* os conhecimentos científicos e a solidariedade em benefício da pessoa idosa.

Em 1999, houve a primeira expansão do programa fora do Estado do Paraná: na cidade de João Pessoa, na Paraíba, aconteceu a capacitação para líderes. Este ano ainda é memorável por causa da comemoração do Ano Internacional do Idoso e pela *Carta aos idosos* do Papa João Paulo II.

No ano 2000, foi feita uma mobilização para que a CNBB fizesse uma Campanha da Fraternidade voltada para a pessoa idosa. A sugestão foi acolhida para o ano de 2003. Neste ano dois fatos foram importantes: na quaresma, a própria Campanha da Fraternidade cujo tema foi “Fraternidade e as pessoas idosas”, com o

²⁴ Sigo as informações que constam no *site*, na aba «Histórico». Disponível em: <http://www.pastoraldapessoaidosa.org.br/index.php/features-mainmenu-27> (Acesso em 14/10/2014).

²⁵ Cf. “Histórico”. Doravante, as abas como constam no *site* serão indicadas no corpo do texto entre parênteses.

lema “Vida – Dignidade – Esperança”; em outubro ocorreu a promulgação do Estatuto do Idoso a entrar em vigor em primeiro de janeiro do ano seguinte.

Na Assembleia Geral da CNBB, em Itaici/SP, em 2004, como gesto concreto da Campanha da Fraternidade, foi aprovada a criação da Pastoral da Pessoa Idosa contando com a Dra. Zilda Arns Neumann como coordenadora, Dom Aloysio José Leal Penna como bispo referencial e a irmã Terezinha Tortelli como secretária-executiva. No ano de 2004, a Pastoral já estava presente em 98 dioceses, 24 estados do Brasil e com um número de 34.175 idosos acompanhados.

Metodologia da Pastoral da Pessoa idosa: rede de solidariedade, multiplicação de saberes

Como já foi dito, a metodologia é inspirada no primeiro relato da multiplicação dos pães (Mc 6, 34-44). Do texto, alguns elementos são importantes para compreender a mística como as perspectivas de ação da Pastoral da Pessoa Idosa. Diante da multidão que Jesus encontra ao sair da barca, ele sente compaixão. A compaixão nesse ponto sintetiza a sensibilidade com a multidão e o desejo de fazer o bem. Note-se que ao descrever o perfil tanto da coordenação diocesana como o do coordenação estadual da Pastoral da Pessoa Idosa, destaca-se *conhecer e amar* o trabalho com a pessoa idosa (cf. Coordenação Diocesana; e Coordenação Estadual). Em benefício da multidão que era como ovelhas sem pastor, Jesus se dedica a ensinar-lhe muitas coisas. Do mesmo modo, é tarefa dos líderes multiplicar o “saber e a solidariedade junto às pessoas idosas, suas famílias e na comunidade” (Metodologia da Pastoral da Pessoa Idosa).

A multiplicação se dá conforme Jesus abençoa os pães e peixes e os entrega aos discípulos para que servissem o povo. A metodologia consiste basicamente em formar uma rede de solidariedade em torno da pessoa idosa. Por isso, cada líder visita mensalmente uma média de 10 pessoas idosas pertencentes à sua própria comunidade ou bairro, independente de religião, etnia ou estilo de vida.

Assim como Jesus manda sentar-se em grupos, porque sem organização o trabalho se perde, cada líder ao acompanhar a pessoa idosa deve observar 8 indicadores próprios: atividades físicas, regularidade da ingestão de líquidos, vacina anual contra a gripe, vacina contra pneumonia, prevenção de quedas, identificação de incontinência urinária, encaminhamento aos serviços de saúde e identificação da pessoa idosa dependente. O líder tem um *Caderno* em que deve fazer as devidas

anotações e tais dados são importantíssimos nos passos posteriores articulados pela Pastoral da Pessoa Idosa.

Assim como foram recolhidos os pães e os peixes depois que todos estavam satisfeitos, a Pastoral da Pessoa Idosa em nível paroquial se reúne mensalmente para preencher a Folha de Acompanhamento Domiciliar dos Idosos (FADI) em que se faz um balancete dos resultados e saberes e estes dados são analisados para verificar *se todos estão satisfeitos*. É a partir da instância paroquial que a coordenação diocesana e estadual procura fomentar parcerias para atender as necessidades de caráter mais social da pessoa idosa.

Ainda no âmbito da metodologia, deve-se considerar a figura dos líderes comunitários. O recrutamento supõe que qualquer pessoa possa ser um líder para atuar na comunidade, no bairro ou no prédio. Do líder exige-se uma capacitação que é um treinamento sobre como devem ser realizadas as visitas, como observar os indicadores e depois como registrá-los no Caderno do Líder. Sua tarefa como líder é fazer ponte entre a família da pessoa idosa e a comunidade. No diálogo com a pessoa idosa, o líder deve incentivá-la, conforme suas condições, a participar das atividades da comunidade destinadas a ela e deve também informar e orientar sobre os serviços que estão disponíveis na comunidade para suas necessidades.

A Pastoral da Pessoa Idosa é estruturada em nível paroquial/ramo, diocesano/setor, estadual e nacional. Considerando o princípio de subsidiariedade, o nível maior tem que colaborar na constituição do nível inferior, mas respeitando sua liberdade e habilidade de ação. O nível inferior é responsável pela comunicação de dados e execução das orientações provenientes do nível superior. O nível superior deve sempre trabalhar em ordem de sustentar, promover e expandir os espaços de ação da pastoral.

Linhas de ação da Pastoral da Pessoa Idosa

Antes de tudo, deve-se lembrar que o fundamental no desenvolvimento dos trabalhos da Pastoral da Pessoa Idosa é o amor e o respeito, como Jesus vendo a multidão sentiu *compaixão* porque pareciam ovelhas sem pastor. Uma leitura atenta do papel dos diversos níveis da coordenação da pastoral permite observar algumas linhas de ação que são também como valores que estruturam e orientam os trabalhos.

Na tentativa de sistematizar, pode-se falar de sete linhas de ação da Pastoral da Pessoa Idosa: acompanhamento, capacitação, avaliação/planejamento, descentralização, articulação, implantação/ampliação e disciplina administrativa. Essas sete linhas de ação reagrupam várias atividades desenvolvidas pela pastoral e ao mesmo tempo sinalizam marcos referenciais éticos do seu trabalho.

Um dos valores principais da organização do trabalho da Pastoral da Pessoa Idosa é o contato pessoal que acontece em círculos cada vez mais amplos: a proximidade do líder com seus acompanhados, do coordenador paroquial com os líderes, do coordenador diocesano com os coordenadores paroquiais e assim por diante. A rede de solidariedade se orienta em duas direções: dos círculos menores para os maiores e vice-versa. Dos círculos menores para os maiores cabe o levantamento das informações e o diagnóstico situacional da realidade da pessoa idosa para que estas informações sejam avaliadas e o trabalho possa ser reorganizado, respondendo sempre às necessidades da pessoa idosa. Dos círculos maiores para os menores busca-se promover todas as formas de apoio possível, acompanhamento e capacitação, incluindo sustento didático quando se trata de problemas de informação ou conscientização; é dos círculos maiores que nascem as pontes com o governo e a sociedade civil em forma de parcerias.

A descrição do que se entende como *visita* que o líder deve fazer com seus acompanhados estabelece, em proporções maiores, a rede de acompanhamento que a Pastoral da Pessoa Idosa organiza em relação a estes círculos menores. Por visita, supõem-se três coisas: “conversar com os idosos, saber da sua situação e acompanhar os indicadores” (Coordenação Paroquial). Esse é o eixo de compreensão do acompanhamento que o líder faz dos idosos que visita e será também o modo que os âmbitos de coordenação realizarão acompanhando os âmbitos menores de trabalho.

A *capacitação* é uma palavra-chave para compreender o sucesso da Pastoral da Pessoa Idosa. A capacitação exigida em cada nível de trabalho diz respeito a conhecer sua missão, estar preparado para identificar e resolver as dificuldades. A capacitação não é entendida como um conhecimento isolado, mas como inserção num modo comunitário de atender às necessidades da pessoa idosa ou dos desafios mais amplos da pastoral. A capacitação é fruto não só de treinamento, mas de coparticipação na própria dinâmica da pastoral. Por isso, sempre há referência à

necessidade de solicitar e fazer uso do material educativo preparado pela Pastoral da Pessoa Idosa.

Em todos os âmbitos de ação sempre se exige o seguimento às orientações da pastoral. Não se trata de uma promoção de uma forma de autoritarismo, mas de evitar que o líder ou algum coordenador caia na armadilha do improvisado, ignorando todo o processo avaliativo que a pastoral dispõe. Além disso, é constante a referência ao conhecimento e à divulgação do Estatuto do Idoso, pois este é um marco de garantia de direitos à pessoa idosa e ao mesmo tempo instrumento para o diálogo com o poder público e com a sociedade civil.

Se a Pastoral da Pessoa Idosa insiste tanto na fidelidade às suas orientações é porque estas são fruto de uma constante *avaliação* e *planejamento* de seus trabalhos. Desde os líderes que devem preencher a FADI até as assembleias anuais busca-se realizar uma rede permanente de contato com a realidade. A troca de informações e o contato entre os coordenadores permitem um planejamento adequado das capacitações ou da necessidade de promover medidas mais amplas de trabalho e parcerias. Por isso, em cada âmbito se incentiva a participação seja nos Conselhos da Pessoa Idosa seja nos Conselhos de Saúde municipais e estaduais. É esse permanente contato que permite a incidência da Pastoral da Pessoa Idosa junto ao poder público para que retorne em forma de benefício para a população idosa.

Em todos os níveis se incentiva a criação de equipes de apoio como forma de promover a *descentralização* que evita a sobrecarga dos agentes envolvidos. A centralização de qualquer trabalho pode torná-lo lento e inviável porque acaba gerando um desperdício de tempo, energia e conhecimento. Por meio das equipes de apoio, a Pastoral da Pessoa Idosa consegue estender sua ação. Por exemplo, sempre se insiste na participação, em âmbito eclesial, dos Conselhos de Pastorais paroquiais, diocesanos ou mesmo regionais. Isso faz com que as metas da Pastoral da Pessoa Idosa não sejam exclusividade sua, mas sejam compartilhadas por trabalhos de outras pastorais em forma de apoio e colaboração.

A *articulação* que a Pastoral da Pessoa Idosa promove é tanto no âmbito intra-eclesial, como dito acima, como também extra-eclesial. É tarefa especialmente da coordenação diocesana e estadual procurar parcerias e convênios. Isso porque a tarefa da pastoral não é prestar alguma forma de assistência médica, mas compartilhar saberes de prevenção e indicar onde a pessoa idosa pode receber

melhor assistência. A articulação com o poder público e mesmo com a sociedade civil têm a finalidade de que se ofereçam cada vez mais as melhores condições para a vida da pessoa idosa.

Outra linha de ação é a dedicação à *implantação* onde ainda não há a pastoral como também a *ampliação* onde o trabalho encontra demanda maior do que suas condições. Sabe-se que a situação da pessoa idosa pode sofrer maior vulnerabilidade quando está isolada, e por isso, uma preocupação é justamente aumentar o número de acompanhados pela pastoral.

Último, mas não menos importante, é o valor dado à *disciplina administrativa* dos trabalhos da pastoral. No âmbito paroquial se pede a seriedade no preenchimento da FADI, como nos outros âmbitos se pede prestação de contas e adequado arquivamento de documentos.

Considerações finais

O percurso realizado procurou evidenciar a importância da espiritualidade e da religião em relação ao envelhecimento, seja para a vivência positiva do seu processo descobrindo seu significado existencial seja para o acompanhamento efetivo em relação à pessoa idosa superando o isolamento e a indiferença.

Como a espiritualidade e a religião têm como característica fundamental uma *abertura* a um algo a mais, a uma transcendência ou a Deus, isso permite uma percepção mais integral da pessoa, superando o risco de compreendê-la apenas como matéria biológica dependente unicamente da medicina para encontrar solução para os desafios que vão se acumulando no dia a dia.

A insistência nesse risco de reducionismo nada se assemelha a alguma forma de desprezo pelo corpo, uma vez que os próprios indicadores da Pastoral da Pessoa Idosa se concentram exatamente em levantar os dados sobre a saúde da pessoa e as condições para manter essa mesma saúde (atividades físicas, regularidade da ingestão de líquidos, vacina anual contra a gripe, vacina contra a pneumonia, prevenção de quedas, identificação de incontinência urinária, encaminhamento aos serviços de saúde e identificação da pessoa idosa dependente).

Nessa *abertura* que a espiritualidade e a religião fomentam modifica-se a visão sobre a outra pessoa: o outro não é um acidente de percurso em meu caminho, mas companheiro nesta jornada. A espiritualidade e a religião ajudam a superar o isolamento, criam vínculos significativos e permitem ver no cuidar e

receber cuidado uma dimensão importante da existência, isto é, a solidariedade. Esta não é sinal de fraqueza ou fracasso, nem é dado acidental e secundário, mas é constitutivo essencial da realidade do ser humano.

Certamente novas questões podem e devem ser levantadas para situar melhor a contribuição da espiritualidade e da religião em relação ao envelhecimento acrescentando variáveis que não foram abordadas. A título de exemplo e sugestão, pode-se pensar como seria importante identificar com mais detalhes as diferenças na vivência da espiritualidade e da religião entre a terceira idade e a quarta idade, conforme esta tem menos condições de acesso e expressão das suas crenças. Seria também um fator interessante, no contexto de uma sociedade bastante plural nas questões de espiritualidade e religião, distinguir melhor estes dois campos e comparar os resultados entre a vivência de uma espiritualidade não pertencente especificamente a alguma expressão religiosa. Outro fator que poderia ainda ser acrescentado como estímulo a novas pesquisas seria a dependência das condições cognitivas para a influência da espiritualidade e da religião na vida da pessoa idosa.

Referências

Arking, R. Aging and The Aged: Theories of aging and life extension. In: Post, S. G. (ed.) (2004), **Encyclopedia of Bioethics**, I, A – C, Farmington Hills: Macmillan Reference USA, p. 89-98.

Arns Neumann, Z. (2003). **Depoimentos brasileiros**. Belo Horizonte: Leitura.

Cardozo Santa Rosa, A. L. O envelhecimento na pós-modernidade. In: Toríbio Brittes Lemos, M. T. – Alcantara Zagaglia, R. (ed.) (2004). **A arte de envelhecer: Saúde, Trabalho, Afetividade e Estatuto do Idoso Aparecida: Ideias & Letras**, p. 21-33.

Felzenswalb, I. Reparo de lesões no DNA e envelhecimento. In: Toríbio Brittes Lemos, M. T. – Alcantara Zagaglia, R. (ed.) (2004). **A arte de envelhecer: Saúde, Trabalho, Afetividade e Estatuto do Idoso Aparecida: Ideias & Letras**, p. 61-69.

Gauchet, M. (2010). **Il figlio del desiderio: Una rivoluzione antropologica**. Milão: Vita e Pensiero.

Grün, A. (2008³). **40 anni: Età di crisi o tempo di grazia?**. Pádua: Messaggero di Sant'Antonio.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de->

[noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047](#)

Laghi Laranja, A. Estatuto do Idoso: ampliação e alargamento dos Direitos Humanos na sociedade brasileira. In: Toríbio Brittes Lemos, M. T. – Alcantara Zagaglia, R. (ed.) (2004). **A arte de envelhecer: Saúde, Trabalho, Afetividade e Estatuto do Idoso** Aparecida: Ideias & Letras, p. 35-50.

Le Breton, D. (2003³). **Antropologia do corpo e modernidade**. Petrópolis: Vozes.

Mackinley, E. Death and spirituality. In: Johnson, M. L. (org.). (2005). **The Cambridge Handbook of age and ageing**. Nova Iorque: Cambridge University Press, p. 394-399.

Marcoen, A. Religion, spirituality, and older people. In: Johnson, M. L. (org.). (2005). **The Cambridge Handbook of age and ageing**. Nova Iorque: Cambridge University Press, p. 363-370.

Pereira Caldas, C. A valorização da pessoa idosa e a manutenção do espírito crítico. In: Toríbio Brittes Lemos, M. T. – Alcantara Zagaglia, R. (ed.) (2004). **A arte de envelhecer: Saúde, Trabalho, Afetividade e Estatuto do Idoso** Aparecida: Ideias & Letras, p. 51-59.

Russo, M. T. (2004). **Corpo, salute, cura: Linee di antropologia biomedica**. Soveria Mannelli: Rubbettino.

Sanna, I. (2004³). **L'antropologia cristiana tra modernità e postmodernità**. Bréscia: Queriniana.

Secretaria de Direitos Humanos – Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos Direitos Humanos (2013). **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadossobreoenvelhecimentoNoBrasil.pdf> [Acessado em 23/02/ 2015].

Sibilia, P. A moral da pele lisa e a censura midiática da velhice: o corpo velho como uma imagem com falhas. In: Goldenberg, M. (ed.). (2011). **Corpo, envelhecimento e felicidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p. 83-108.

Silva, C. V. (2017). **Envelhecimento & Sociedade**. Desafios éticos, oportunidades pastorais. Mogi das Cruzes: Clube de Autores.

CAPÍTULO 28 – CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS: TECENDO REDES QUE SALVAM

Rosamaria Rodrigues Garcia
Nilton da Silva Guedes
Mônica Cristina Brugnaro dos Santos
Francisco Souza do Carmo

A velhice é uma das etapas da vida em que há maior possibilidade de os indivíduos vivenciarem situações de “vulnerabilidades” (biológica, funcional, familiar, social e emocional). Com o ritmo acelerado do envelhecimento populacional nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, observa-se um aumento da expectativa de vida entre esta população, sendo cada vez maior o número de idosos longevos (Barbieri, 2013).

Para Menezes et. al. (2014), a saúde da pessoa idosa sofre influência da percepção da imagem corporal e de sua satisfação com o corpo. Os autores ressaltam que a autoimagem é permeada pela complexidade de fatores biopsicossociais e pode interferir nas atitudes adotadas frente aos comportamentos de risco para a saúde, bem como para medidas de autocuidado. Recomendam que os profissionais de saúde reconheçam oportunidades de atuação, estabelecendo estratégias que visem à adoção e continuidade de hábitos saudáveis, contribuindo para a melhora e/ou manutenção da autoimagem corporal.

Conforme Brandem (1996), a autoestima pode ser entendida como o valor, o respeito e o amor próprio que o indivíduo tem por si mesmo. Pode ser obtida pela avaliação consciente de sua autoconfiança e do autorrespeito, que o habilita a lidar com as dificuldades da vida, enfrentar e resolver problemas, defender necessidades e interesses próprios, e sentir-se merecedor de felicidade. Deste modo, o indivíduo com elevada autoestima, percebe-se confiante, preparado para a vida, e reage positivamente às oportunidades e desafios do processo de envelhecimento.

O Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia “José Ermírio de Moraes” (IPGG), anteriormente denominado Centro de Referência do Idoso (CRI), é um equipamento especializado da atenção secundária à saúde, localiza-se na zona leste da capital de São Paulo e tem como missão oferecer assistência à saúde da pessoa idosa (60 anos ou mais) de forma integral e integrada, procurando desenvolver seu potencial, diminuir suas limitações, manter a autonomia, prevenir a

perda da independência e promover o envelhecimento ativo, a partir de seus pilares: saúde, participação, segurança/proteção e a aprendizagem ao longo da vida, conforme preconiza o documento do Centro Internacional da Longevidade (ILC, 2015).

O IPGG oferece ao usuário o atendimento assistencial, integrado por serviços médicos, de enfermagem, de reabilitação multi e interprofissional, valorizando a transdisciplinaridade e a gestão centrada na pessoa idosa. Também oferece várias atividades de convivência, visando estimular o protagonismo do idoso e a melhoria das condições de saúde e de qualidade de vida.

Dentre as atividades oferecidas no IPGG estão as práticas corporais como a ginástica, o alongamento, Pilates, Tai Chi Pai Lin, Lian Gong, karatê, caminhada, vôlei adaptado, jogos de mesa. Os ateliês promovem oficinas de bijuterias, pintura em tela e em tecido, fuxico. Há oficinas de canto e violão, alfabetização para idosos, inclusão digital, oficina para manuseio de celulares, show de talentos, confraria para homens, contação de histórias, bailes e concursos. Mensalmente, cerca de dez mil pessoas passam pelo IPGG para frequentar uma ou mais atividades da Convivência. Cada uma delas constitui-se oportunidade de convívio social e intergeracional, de autocuidado e de valorização de sua autoimagem e autoestima, contribuindo com a prevenção do isolamento social e da depressão.

Este artigo tem por objetivo caracterizar duas ações promovidas pelo Centro de Convivência do IPGG, e descrever desdobramentos biopsicossociais no processo de envelhecimento.

Foi nos bailes da vida...

O IPGG promove desde 2001, bailes vespertinos às sextas-feiras, ao longo de 4 horas. A atividade é aberta a qualquer pessoa com 60 anos ou mais, inclusive de outros municípios. O espaço físico é um auditório, e recebe entre 400 e 500 pessoas por baile. Músicos e cantores garantem a música ao vivo, com repertório personalizado para a faixa etária. A equipe do Centro de Convivência do IPGG acompanha toda a atividade e presta apoio às diversas situações, além da equipe assistencial que atende às emergências clínicas, quando necessário.

O objetivo é garantir à população idosa oportunidades de lazer, convivência e socialização e entretenimento, conforme preconiza o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003). Trata-se de promover espaços para conversar, sorrir, dançar, exercitar-se,

paquerar, contar piadas, fortalecer laços e fazer novas amizades. Os idosos resgatam sua vaidade, o prazer, a satisfação e alegria de poder estar com as outras pessoas, além de realizarem atividade física promovida pela dança, objetivando melhoria da saúde, inclusive com relatos de que após a participação, algumas condições clínicas amenizam ou desaparecem (Leite, Cappellari e Sonego, 2002).

De acordo com Nunes, Barreto e Gonçalves (2012), participar de atividades de lazer, sair com amigos e exercer trabalhos sociais promovem engajamento, companheirismo e socialização, além de contribuir com a melhora da saúde física e cognitiva.

Estes autores realizaram um estudo com 363 idosos residentes em um distrito de Belo Horizonte, Minas Gerais, e verificaram que houve maior prevalência de autopercepção ruim da saúde foi entre idosos que relataram ficar sozinhos a maior parte do dia; entre aqueles que se consideraram indiferentes ou insatisfeitos com seus relacionamentos pessoais, e os que raramente ou nunca podiam contar com alguém para ajudar caso ficassem acamados, para preparar refeições ou para levá-los ao médico.

Ang, Winbland e Fratiglioni (2002) verificaram que o engajamento social manteve a função cognitiva em idosos e diminuiu a mortalidade, independentemente do nível de apoio instrumental e emocional recebido.

Ao longo de mais de 15 anos de existência dos bailes do IPGG, os relatos dos frequentadores evidenciam a melhora da autopercepção de saúde e bem estar:

“Maravilha, maravilha.., o que me mantém viva é a dança, que eu adoro dança. Eu tenho problema de coração, de pressão alta, artrose no joelho, eu chego aqui, sara tudo!!” (L.B.S.)

“...a gente se diverte, prá aliviar a tensão um pouco, a cabeça, o estresse, né, então a gente vem prá cá, a gente não tem assim muito lugar pra sair, então a gente vem prá cá.” (M.S.)

“Hoje eu me sinto realizada, eu me sinto uma pessoa, ...eu me conheço...eu era muito doente, eu tinha problema de coluna, de nervo ciático, osteoporose, muitas dores, joelho inchado, eu não saía de casa, eu não sabia nem falar, ...eu renasci” (T.S.).

“Eu acho que o baile é alegria, é vitalidade, dá disposição nas pessoas, quem dança tem uma boa cintura, bom peso como eu, 54 quilos, não aceito 100 gramas de gordura no meu corpo, não sou diabética, não tenho isso, não tomo remédio e assim por diante”. (M. G. A.)

Eu venho porque aqui a gente pode fazer uma fisioterapia “da hora”, é, os “nervo” vibra, e dá vontade da gente dançar mais.” (E. J. M.)

Os relatos dos idosos do IPGG corroboram Leite, Cappellari e Sonego (2002), constatando entre os idosos entrevistados os preparativos antecipados com vestuário, penteados, maquiagem, perfume, cuidados com as unhas, com a barba, promovendo resgate da vaidade, da motivação, do sentido de viver:

“....tem aquele prazer de se arrumar, vir, né?” (A. G. O.)

“a gente tem que caprichar um pouquinho no visual, né, eu tenho minhas roupas boas, meus sapatos bons prá ir no baile, porque a gente não vai só nesse baile, né?, a gente vai em outros...” (S. M.)

“a gente se arruma, procura a roupa melhor que tem pra vestir”, já fica programando a roupa que vai vestir,... então isso daí faz uma higiene mental pra gente, né.” (M. J. R. G.)

“Eu me arrumo todo dia meu filho, todo dia, não tem dia, a gente tem que amanhecer o dia já pronta, não é mesmo? (L. B. S.)

“Um dos fatores que mais ajuda a viver muito é a autoestima, é gostar de si mesmo, é olhar no espelho de manhã e ficar feliz com aquela figura que tá na frente.” (R.M.)

Depoimentos dos profissionais relatam a importância dos bailes promovidos pelo IPGG no resgate da saúde, da autoestima e da autoimagem:

“Esses senhores que procuram o baile, vem em busca de melhoria, de vida melhor, de vida saudável, casos de senhores que perdem a motivação,...alguns casos de depressão, e com a ajuda deste baile, eles se encontraram.” (S.P.)

“Nós temos informações de que a cada real gasto na convivência, com atividades artesanais, bailes, violão etc, o governo estaria economizando quatro reais em medicamentos e consultas médicas, porque as pessoas vão tendo ocupação, vão fazendo atividades, não ficam paradas.” (N. S. G.)

O apoio social pode ser definido como qualquer informação e/ou auxílio material oferecido por pessoas e/ou grupo(s) que se conhecem e que conferem, como resultado dessa interação, efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. O apoio social em saúde pode ser classificado como material ou instrumental

(auxílio para cuidar da casa, fazer compras, cozinhar), emocional (afeto e carinho disponíveis) e de informação, como aconselhamento, auxílio na tomada de decisões (Valente, 2010; Mesquita et al., 2012; Nunes, Barreto e Gonçalves; 2012).

Os relatos coletados de frequentadores corroboram os autores acima, assim como Leite, Cappellari e Sonego (2002). Nota-se a relevância da interação social, da formação e fortalecimento das redes de apoio das pessoas idosas, a partir dos bailes:

“Prá mim é tudo na minha vida, é tudo que a gente tem, é alegre, é vida, é amor, é carinho que a gente recebe dos amigos, porque não é só o dançar, é os amigos que a gente tem aqui.” (M. J. R. G.)

“Vir nesse baile aqui, a gente, ...prá nós que somos de idade, isso aqui é uma vida maravilhosa...você não fica sentado em casa, você fala: eu vou no baile, né, é uma maravilha, né!” (S. M.)

“Porque se a gente não tiver um incentivo para sair de casa, a gente se acomoda, né? E tendo um lugar assim para a gente sair, se distrair, a gente sempre se anima... encontrar as amigas, as pessoas que a gente gosta, tenho muitas amigas aqui, o pessoal (funcionários) daqui também é muito legal, há 6 seis anos que eu frequento aqui e eu gosto demais, não vejo quando passa logo a semana para chegar a sexta-feira.” (A. G. O.)

A configuração em rede é peculiar ao ser humano, ele se agrupa com seus semelhantes e vai estabelecendo relações familiares, de trabalho, de amizade, enfim, relações de interesses que se desenvolvem e se modificam conforme a sua trajetória, permitindo o compartilhamento de recursos, informações, conhecimentos e experiências. Assim, o indivíduo vai delineando e expandindo sua rede conforme sua inserção na realidade social, envolvendo pessoas, grupos, organizações e comunidades (Tomaél, Alcará e Di Chiara, 2005).

O estudo de Valer et. al. (2015) investigou o significado de envelhecimento saudável para 30 idosos no Rio Grande do Sul. Os entrevistados associaram o conceito à manutenção de uma rede social, à participação no grupo, ao suporte familiar, às amizades e ao apoio emocional. Os idosos reconheceram a existência da rede de apoio como um aspecto essencial para o envelhecimento saudável.

Nunes, Barreto e Gonçalves (2012) ressaltam a influência dos aspectos sociais sobre a saúde e a importância de motivar idosos a engajarem-se em programas voltados à promoção do envelhecimento ativo. Serviços e profissionais

de saúde podem contribuir para proporcionar oportunidades de melhora das relações sociais e fortalecimento do apoio e das redes sociais. Tratam-se de intervenções baratas e custo-efetivas, contribuindo para aumentar a sobrevida e a qualidade de vida dos idosos.

Holt-Lunstad, Smith e Layton (2010) realizaram uma metanálise e obtiveram dados de 308.849 sujeitos, seguidos em média por 7,5 anos e apontaram que indivíduos com relações sociais satisfatórias tem 50% mais probabilidade de sobreviverem em comparação aos idosos com relações sociais escassas ou insuficientes. A magnitude deste efeito é comparável ao abandono do tabagismo e ultrapassa muitos fatores de risco bem conhecidos para a mortalidade, como obesidade e sedentarismo.

Os autores referiram que as relações sociais ocorridas naturalmente e as intervenções baseadas na comunidade podem ser mais bem sucedidas do que fornecer apoio social formal e remunerado, exceto nos casos de idosos com ausência de relações sociais. Sugeriram ainda que as iniciativas de políticas públicas não precisam ser limitadas aos idosos que já se encontram isolados ou doentes, mas para todos, como medida preventiva, mediante o comprovado aumento da taxa de sobrevida em idosos com redes sociais satisfatórias.

Outro benefício apontado pelos frequentadores é a possibilidade de relacionamentos afetivos, namoros, amizades, conforme as falas abaixo:

“...fica mais contente, pega mais energia, fica mais homem, se acha mais novo...” (D.N.)

“... muita gente que está disponível vem arrumar namorado aqui, amizade, tudo é alegria.” (M.M.N.)

“Ah...eu tava junto com ele também, né, a gente veio prá cá, rolou uma amizade muito grande (risos), a gente se diverte...então aqui de sexta-feira é presença marcada.” (A.P.)

“...eu conheci ele mesmo fora daqui, mas eu convidei ele prá nós dançá, aí nós fiquemo dançando e paquerando e vamo paquera muito tempo, se Deus quiser...ó nós vamo até casá.” (M.S.D.)

“...porque quando você passa dos 50 anos, se você ficar dentro de casa, você arruma uma depressão, vindo prá cá, acaba tudo. Às vezes eu vou ao medico e eu falo: dr, libera logo porque eu tenho ocupação, eu tenho baile (risos)... paquera? Tem demais!! Você não pode dar bola prá tanto paquera que tem.. (risos).” (A.F.L.)

Alencar et al. (2014) ressaltam a influência da cultura sobre a assexualidade dos idosos, traduzida fortemente no julgamento e vigilância exercidos pela sociedade; na associação da viuvez ao fim da vida sexual, da velhice ao fim da vida reprodutiva, à ausência ou redução do desejo sexual e da sexualidade atrelada à genitalidade. Há inclusive idosos que compartilham destes preconceitos, dificultando a manifestação de outras formas de sexualidade para além do ato sexual. Entre as mulheres, há aquelas que repudiam a continuidade da vida sexual em virtude do histórico conjugal de obrigação, de contágio de doenças advindas de relações extraconjugais, do uso do corpo como objeto sexual. Mas também há outras que percebem a velhice como época de liberdade sexual, de escolhas, de novas experiências e parceiros.

De acordo com Uchôa et al. (2016), os idosos não adquiriram hábito de usar preservativos principalmente devido à ausência de educação sexual em sua juventude. Estes autores entrevistaram 200 idosos residentes no estado do Pará e verificaram que 62,5% não se sentiam preparados para iniciar a vida sexual, 61% desconheciam ou conheciam muito pouco sobre infecções sexualmente transmissíveis e 73,5% não receberam ou receberam poucas informações sobre o tema à época de início de sua vida sexual. Os autores alertam para o aumento de casos de AIDS na população idosa (42,8% entre 1998 e 2010), assim como criticam a invisibilidade do idoso promovida pela mídia ao realizar campanhas preventivas sobre o tema.

Considerando a necessidade de desmistificar estigmas e preconceitos sobre a sexualidade da pessoa idosa, corroborando Molina (2010) e Alencar et al. (2014), e de promover ações para prevenir infecções sexualmente transmissíveis (IST) nesta população, o IPGG implantou entre 2011 e 2016 ações educativas durante os bailes, despertando o interesse dos idosos sobre as alterações nas funções hormonais e sexuais, bem como alternativas para manter a afetividade e até mesmo as relações sexuais, de forma segura e consciente.

Para identificar o grau de conhecimento a respeito do tema, o IPGG realizou uma pesquisa com 440 idosos. Quando questionados sobre a finalidade do uso do preservativo masculino, 327 idosos referiram que serve para evitar IST, 311 relataram que é utilizada para evitar gravidez e 297 afirmaram que protege contra o vírus da AIDS. Apenas 1,81% dos idosos referiram que não sabiam a finalidade da camisinha. Observou-se que 72,27% dos entrevistados afirmaram que o uso do

preservativo pelos dois parceiros na mesma relação garante mais segurança contra IST.

Dentre os entrevistados, 72,27% afirmaram que conheciam alguma IST, no entanto foi o elevado número de doenças não transmissíveis sexualmente, mas identificadas pelos idosos como IST, tais como: gripe, febre, dengue, hemorróida, tuberculose, câncer, seborréia, catapora, rubéola, sarampo, meningite, fimose, lepra, cirrose, dentre outras. Estes resultados podem ser explicados pelo desconhecimento dos idosos em relação à definição e aos meios de transmissão das IST e também pela falta de informação sobre os meios de contágio das doenças supracitadas ou pela existência de tabus em relação à sexualidade e às IST, persistentes desde a juventude destes idosos, corroborando o estudo de Uchoa et al. (2016). Verificou-se que 53,18% dos idosos apontaram a AIDS como IST; 23,18% identificaram a sífilis; 27,05% citaram a gonorréia e apenas 6,36% citaram a hepatite como IST.

Apesar da maior parte da amostra conhecer as finalidades do uso do preservativo, foi comprovada a necessidade de implantar ações educativas permanentes para conscientizar os idosos sobre a importância do uso da camisinha para evitar IST.

Profissionais do IPGG desenvolveram oficinas e dinâmicas que abordam o assunto de modo a favorecer o esclarecimento de dúvidas. As atividades lúdicas educativas partiram de palestras sobre IST com flip charts, rodas de conversa, e oficinas intituladas “Tenda da Sabedoria”, “Baile dos idosos” abordam a sexualidade do idoso, o conhecimento acerca do modo de transmissão das doenças e as formas de prevenção. As ações são sempre acompanhadas da distribuição de materiais educativos e preservativos, bem como encaminhamentos e a testagem de usuários para sorologia de Hepatite B, C, HIV e sífilis.

Observou-se a satisfação dos idosos, interesse e efetiva participação. Foram muitos os relatos de promoção da saúde e do bem estar, assim como o aprendizado de forma simples e divertida. Também foi possível identificar idosos interessados em multiplicar com seus pares e familiares o conhecimento construído. A equipe observou que o processo educativo participativo promoveu o fortalecimento da rede de apoio ao idoso, tornando-se um canal ativo de comunicação entre equipe e usuário, oferecendo subsídios adequados ao trabalho para melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde, corroborando Molina (2010).

Com o objetivo de caracterizar idosos frequentadores do baile quanto às condições de saúde e bem estar, foi realizado um estudo transversal e prospectivo no período de setembro e dezembro/2016.

Ao chegarem para o baile, os idosos eram convidados a responder entrevista sobre condições de saúde, e em seguida participar de ações educativas de prevenção de arboviroses, câncer de mama e de próstata, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Acidente Vascular Cerebral (AVC), com distribuição de folhetos informativos.

Foram entrevistados 460 idosos (60 anos ou mais), sendo 266 mulheres (média de 72 anos) e 194 homens (média de 74,3 anos). Destes, 71,5% fazem uso apenas das atividades do Núcleo de Convivência do serviço. Isto significa que a maioria dos idosos frequentava o IPGG apenas para o baile, sem fazer acompanhamento clínico nesta unidade. Observou-se que 19,8% dos participantes eram idosos longevos (80 anos ou mais) e 45,4% tinham entre 70 e 79 anos.

Analisando as condições de saúde, 370 (80,4%) referiram pelo menos uma doença (média de 2 por idoso, variando de 1 a 5), 69,7% tinham HAS, 25,2% tinham osteoartrose, 24,7% eram diabéticos e 24,5% eram dislipidêmicos. Em média, cada idoso tomava 2,7 medicamentos, 16,9% usavam 5 ou mais fármacos (caracterizando polifarmácia) e 16,9% negaram uso de remédios. Houve relato de 12 idosos que referiram que só utilizavam medicamento quando a pressão estava alta, e 34 referiram que não faziam acompanhamento médico, alertando para a importância da conscientização sobre o monitoramento da saúde e adesão ao tratamento.

Episódios de quedas nos últimos 12 meses foram relatados por 26% dos idosos, prevalência muito próxima àquela encontrada na literatura científica. Em média, os caidores sofreram 2 episódios no último ano (variando de 2 a 30 quedas), sendo encaminhados para o programa de prevenção de quedas do serviço. A prática de atividade física foi relatada por 63,4%, porém, apenas 47,9% dos praticantes realizavam atividades 3 ou mais vezes/semana, sendo necessário estimular o aumento das práticas regulares. Os idosos que apresentaram picos hipertensivos à aferição de pressão arterial foram avaliados pelo médico geriatra, medicados e orientados pela equipe de enfermagem a fazerem acompanhamento clínico.

O grupo estudado mostrou características de idade avançada, presença de comorbidades que constituem fatores de risco para doenças crônicas e síndrome da

fragilidade, sendo necessário planejar ações preventivas e que facilitem a inserção do idoso em serviços de cuidados de saúde.

Diante do cenário apresentado, o IPGG adotou uma estratégia para promover ações de saúde específicas para frequentadores do baile. Semanalmente, os cantores fornecem orientações simples ao longo da tarde, incentivando os idosos a fazerem o controle semanal da pressão arterial, participarem das campanhas educativas desenvolvidas na unidade, tomarem a vacina contra a gripe, adotarem medidas preventivas contra as arboviroses e contra as quedas, além da prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Considerando que as ações são promovidas no próprio local do baile, e que a maioria dos idosos não frequenta outras ações no IPGG, ocorreu elevação da taxa de adesão às ações propostas.

Observa-se que o baile tem várias funções: incentivar o idoso a sair de casa, a interagir socialmente, reduzir o isolamento social, obter momentos de lazer, conversar, se divertir, se movimentar, se alegrar, paquerar, namorar, encontrar amigos, construir redes e fortalecê-las.

Concurso de Miss e Mister: olhar multifacetado de beleza

O Concurso Miss e Mister IPGG é outra atividade promovida pelo Núcleo de Convivência da instituição, desde 2002, em maio e agosto, respectivamente, em homenagem ao Dia das Mães e ao Dia dos Pais.

O objetivo é valorizar as variadas dimensões do envelhecimento, promover atitudes positivas e incentivar a aceitação da velhice como forma também de manutenção da saúde e bem estar, proporcionar espaço de enaltecimento das histórias de vida e das marcas adquiridas no percurso, que tornam a velhice heterogênea e única para cada indivíduo. Trata-se de uma oportunidade de exercitar o olhar multifacetado do significado de beleza, diferenciando-o dos padrões de beleza associados à juventude e impostos pela sociedade, principalmente através da mídia.

O envelhecimento do corpo pode assumir significados diferentes entre homens e mulheres, devido às exigências da boa aparência da pele, dos cabelos e do corpo, bem como do efeito da perda da juventude sobre as condições físicas:

A maneira como a mulher enfrenta seu processo de envelhecimento e a sua própria velhice dependem, além dos aspectos individuais, de um conjunto de fatores advindos da realidade social, econômica e cultural. Paradigmas vigentes no contexto também podem influenciar na percepção do corpo envelhecido (Fin et al., 2015, p. 134).

Para Giddens (2002), o cuidado com o corpo perpassa todas as culturas, integrando o modo como vivemos em sociedade, tornando-se importante para o estabelecimento da autoidentidade. A ideia não é valorizar o culto narcisista da aparência, mas sim de que a construção reflexiva do indivíduo desvelada no manejo do corpo pode favorecer a forma coerente de tecer sua autoidentidade.

Kowalski et al. (2017) entrevistaram mulheres idosas para verificar sua percepção sobre beleza na velhice. Observaram que a beleza estava relacionada ao cuidado com o corpo, envolvendo higiene, alimentação, cuidados com a pele, unhas e cabelos, traduzindo-se em uma expressão de autocuidado e autoestima. Houve também a associação da beleza na velhice à segurança ou autoconfiança e à experiência de vida, adquirida pela maturidade.

Alvarenga e Damasceno (2010) realizaram um desfile com mulheres idosas participantes de oficinas de memória. As autoras convidaram os homens, que aprovaram o desfile, mas se negaram a participar, afirmando que era “coisa de mulher”. Tudo foi preparado para o desfile, a passarela, o tapete vermelho, a decoração. As idosas escolheram seus trajes, desfilaram, paravam para tirar fotos e cumprimentar os convidados. Observou-se que o modo de andar, de acenar e de pousar para fotos remeteu as idosas ao glamour dos bailes e concursos que participavam ou assistiam na juventude.

Apesar da familiaridade das mulheres idosas com desfiles de moda e concursos de beleza, esta mesma atividade pode trazer estranheza e aversão aos homens. No entanto, a necessidade do olhar diferenciado ao homem idoso, a prevalência de atividades nos serviços de saúde direcionadas ao público feminino e a carência de atividades exclusivas para o público masculino, bem como a demanda imperiosa de estabelecer programas de atenção à saúde do homem idoso e para tanto, adaptados a esta população, motivaram, dentre outras razões, a realização do concurso para homens idosos.

Diante da feminização do envelhecimento, o homem idoso torna-se quase invisível aos serviços de saúde, ainda muito direcionados à população feminina, principalmente quando se trata de atividades físicas ou de convivência para idosos.

Em geral, são disponibilizadas atividades manuais como pintura, artesanato, bijuterias, tricô e crochê, aulas de dança, etc. Mesmo quando as práticas são disponibilizadas para ambos os sexos, a sociedade reforçada pela cultura ocidental da força de trabalho masculina, não incentiva a participação de homens idosos em atividades ofertadas pelos serviços de saúde (Couto et. al., 2010).

Por outro lado, após a aposentadoria, o homem perde um de seus principais papéis e culturalmente, lhe resta a praça para prostrar e jogar dominó, a poltrona para assistir TV e muitas vezes os bares. A ausência de cuidado com a saúde do homem ao longo da vida pode lhe custar incapacidades e dependência na velhice. A herança cultural sobre os cuidados em saúde afastaram o homem idoso dos serviços de saúde, dificultando na velhice a atenção à saúde em todos os seus aspectos (ILC, 2015).

Areosa (2004) aponta que em geral, o gênero masculino tem um maior estranhamento à velhice do que o feminino. Por terem vivenciado relações de trabalho mais intensas e fora do ambiente familiar, os homens aposentados podem sentir-se deslocados, aumentando o risco de isolamento social e depressão nesse período. Ainda, os padrões de beleza e os estereótipos estabelecidos pela sociedade colaboram para diminuir a autoestima e a autoimagem do idoso, contribuindo também para a depressão e o isolamento.

Atualmente, os dois concursos recebem a cada ano mais adesões e cumprem seu objetivo de promover o empoderamento da pessoa idosa quanto à sua autoimagem, autonomia e inserção social, valorizando seu protagonismo na busca pelo envelhecimento ativo e bem sucedido. Os concursos enaltecem outros atributos e qualidades, além da beleza da pessoa idosa, tais como simpatia, elegância, alegria de viver, minimizando os padrões de beleza da juventude, estabelecidos pela sociedade. As etapas do concurso são:

a) Divulgação: o concurso é aberto para o Estado de São Paulo, sendo amplamente divulgado na unidade, na Assessoria de Imprensa e no Setor de Marketing da Secretaria de Estado da Saúde, que disseminou a divulgação para todas as unidades do Estado, além da divulgação no site do IPGG e na página do Facebook da unidade. Ao longo da semana que antecede o evento, que ocorre no auditório da unidade, são distribuídos convites, privilegiando as famílias e amigos dos candidatos, e em seguida o público em geral.

b) Inscrição: o período de inscrição é de 30 dias, em média. As inscrições são feitas por telefone ou pessoalmente. No momento da inscrição é informada a data, horário e vestimenta para a Pré-Seleção dos inscritos;

c) Pré-Seleção: no dia agendado, todos os candidatos recebem explicações a respeito do regulamento do evento, e devem dar ciência do mesmo. A regra mais importante é a de que os idosos vencedores só poderão se inscrever novamente após dois anos, visando ampliar as oportunidades para novos e recorrentes inscritos. Para a pré-seleção, são chamados 5 jurados, distribuídos entre colaboradores internos (de preferência da área administrativa) e externos ao serviço. Após a apresentação e desfile dos idosos inscritos, são selecionados 25 candidatos dentre os presentes.

d) Mini Curso: em 2012, foi implantado um mini curso para os 25 candidatos, que ocorre no mesmo dia da pré-seleção e é ministrado por aprimorandos do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Gerontologia do serviço, nas áreas de Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Fonoaudiologia e Farmácia. Todos os idosos recebem certificado de participação e tem oportunidade de adquirir conhecimentos sobre saúde e envelhecimento ativo. Os temas abordados no minicurso são: postura, marcha, alimentação saudável, higiene bucal, perdas e ganhos, medicamentos, higiene pessoal e autoestima. Os aprimorandos, juntamente com o Núcleo de Estudos do Processo de Envelhecimento elaboraram um manual de cuidados básicos, contendo todas as informações e outras ministradas no mini curso.

e) Ensaios: são realizados dois ensaios com os 25 candidatos, na semana do evento, para que se sintam familiarizados com o espaço, com o desfile e com as etapas do evento.

f) Evento: os 25 candidatos concorrem a seis categorias no dia do evento, que são: Timidez, Sorriso, Simpatia, Beleza, Elegância e Miss ou Mister CRI/IPGG. As seis premiações favorecem o olhar para a heterogeneidade da velhice, que pode e deve ser percebida sob diferentes aspectos. A imprensa nacional e internacional faz a

cobertura jornalística do evento e o público se divide para torcer para seus candidatos. Entre o desfile, ocorrem apresentações de dança, realizadas pelo grupo de coreografia com idosas frequentadoras do serviço, e até mesmo por candidatos.

g) Premiação: cada um dos cinco jurados assiste ao desfile e atribui notas aos candidatos. Para agilizar o resultado final e garantir a transparência no processo, o Núcleo de Informática da unidade desenvolveu um programa que permite a apuração informatizada. Para cada idoso vencedor das seis categorias acima é entregue uma faixa e uma placa, como forma de homenagem. Os ganhadores da edição anterior do concurso são chamados na hora da premiação para fazer a “passagem simbólica da faixa da categoria ganhadora”.

h) Baile festivo: no dia seguinte ao concurso, os vencedores são convidados a participar do baile festivo que ocorre semanalmente na unidade, sendo então novamente homenageados.

Para o Concurso, nas primeiras edições, a decoração do auditório foi realizada com materiais recicláveis ou já existentes na unidade, tais como garrafas pet, bexigas, tecido TNT, EVA, papel de seda e crepom, impressões coloridas de fotos dos participantes. Esta decoração foi confeccionada pelos idosos usuários do serviço, juntamente com os colaboradores e pode facilmente ser reproduzida em outros serviços de saúde.

Atualmente, devido às dimensões do evento, a decoração é terceirizada, sendo contratado um serviço que se responsabiliza pela decoração do palco (flores, cortinas etc), da mesa de jurados, pelo tapete vermelho, e pelas capas das cadeiras. Um mestre de cerimônias apresenta o evento, mencionando características peculiares de cada candidato, como dados pessoais, passatempos, prática de atividades físicas, bairro em que reside, entre outras curiosidades.

Aos vencedores são ofertadas placas e faixas referendando a categoria vencedora. Vale ressaltar que as faixas são confeccionadas por colaboradores do serviço, sendo comprado apenas o tecido. Uma curiosidade sobre as faixas é que anteriormente eram passadas de um idoso vencedor para outro, sem custo nenhum de um ano para o outro. No entanto, os idosos reivindicaram junto à equipe que as faixas fossem doadas aos vencedores para que os mesmos guardassem consigo

esta recordação. Deste modo, as faixas passaram a ser produzidas e entregues anualmente aos seis vencedores.

Nota-se a necessidade de promover rodas de conversa sobre vitórias e derrotas, para que os candidatos entendam que a participação já é uma vitória e que apesar da existência de um forte espírito de competição, o fato de concorrer já promove benefícios aos idosos, que relatam grande satisfação em participar, bem como sentimentos de acolhimento e autoestima.

O concurso tem impacto biopsicossocial, melhorando a autoestima, a autoimagem, o autocuidado, empoderando sua independência e autonomia, valorizando o protagonismo do idoso, contribuindo para melhor percepção de saúde e resiliência – aspectos relevantes para a qualidade de vida da pessoa idosa (Paschoal, 2011).

Vale ressaltar que 46,3% dos candidatos homens se inscrevem todos os anos (à exceção dos vencedores que precisam aguardar dois anos para se inscreverem novamente), mostrando que o concurso tornou-se um instrumento motivador para o autocuidado, ao mesmo tempo em que colabora para o estabelecimento de metas e objetivos ao longo da velhice. Os idosos se preparam durante 12 meses para o concurso, praticando atividades físicas regulares (inclusive em academias), buscando hábitos saudáveis (alimentação, exames preventivos, etc) para garantir a manutenção da saúde física e psíquica, e deste modo competir novamente no ano seguinte.

Todos os candidatos e candidatas são estimulados a inserirem-se em atividades físicas e de convivência no serviço, tais como alongamento, ginástica, dança, karatê, jogos de mesa, baile, confraria para idosos, vôlei adaptado, aulas de canto e de violão, artesanato, entre outras.

Cozin et. al. (2015) avaliaram a autoestima de 665 idosos atendidos em um ambulatório de geriatria no município de São Paulo, e verificaram que a elevada autoestima foi mais prevalente entre idosos longevos, atribuída à maior adaptação destes indivíduos às alterações do envelhecimento, e que as piores percepções de autoestima estavam entre os idosos mais jovens, corroborando o estudo de Menezes et. al. (2014). Verificou-se que a maior parte dos entrevistados não estava engajada em atividades de convívio social, o que pôde contribuir para sua baixa autoestima. Observou-se que a maioria não praticava qualquer atividade de lazer,

esportiva ou da terceira idade. Os autores referiram que a prática dessas atividades favorece melhores condições de saúde física, cognitiva e social.

Vivemos em uma sociedade gerofóbica onde os padrões de beleza são estabelecidos e determinados por estereótipos influenciados pela mídia. Encara-se a velhice negativamente e há resistência ao processo de envelhecimento. Os concursos promovidos pelo IPGG constituem-se espaços de ressignificação da velhice, da beleza e da corporeidade. O engajamento dos candidatos é força propulsora para os cuidados de saúde ao longo da vida, bem como para a manutenção da autoestima e da dignidade da pessoa idosa.

Os vínculos estabelecidos ao longo da trajetória, nos bailes, nas conversas, nos concursos, seja entre participantes e suas famílias, entre usuários e profissionais ou entre idosos, criam e fortalecem conexões protetoras: as redes de apoio que salvam.

Referências

Alencar, D. L.; Marques, A. P. O.; Leal, M. C. C.; Vieira, J. C. M. (2014). Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3533-3542.

Alvarenga, M. C. V. B. H.; Damasceno, T. S. Memória Cultural. In: Venancio, B. P.; Alvarenga, M. C. V. B. H. (org.) (2010). **Oficinas de memória: teoria e prática**. Niterói, RJ: Editora da Universidade Federal Fluminense. P. 26-32.

Ang, H. X.; Winbland, B.; Fratiglioni, L. (2002). Late-Life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen Project. **Am J Epidemiol**, v. 155, n. 12, p. 1081-7.

Barbieri, C. V. (2013). **Cuidados de longa duração no Brasil: as possibilidades do seguro-dependência**. Ministério da Previdência Social. Secretaria de Políticas de Previdência Social. Brasília-DF.

Branden, N. (1996). **The psychology of self-esteem: a revolutionary approach to self-understanding that launched a new era in modern psychology**. 32ªed. São Francisco: Jossey-Bass.

Brasil. (2003). Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 1. ed., 2.ª reimpr., Brasília: Ministério da Saúde.

Couto, M. T.; Pinheiro, T. F.; Valença, O.; Machin, R.; Silva, G. S. N. D.; Gomes, R.; ... & Figueiredo, W. D. S. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 33, p. 257-270.

Cozin, S. K.; Sousa, C. S.; Poveda, V. D. B.; Turrini, R. N. T. (2015). Autoestima de idosos atendidos em ambulatórios de geriatria. **Rev. enferm. UFPI**, v. 4, n. 3, p. 11-17.

Giddens A. (2002). **Modernidade e Identidade**. São Paulo: Zahar.

Holt-Lunstad, J.; Smith, T. B.; Layton, B. B. (2010). Social Relationships and mortality risk: A meta-analytic review. **PLOS Med**, v. 7, n. 7, p. 1-20.

ILC-BR. International Longevity Center Brazil. (2015). **Active Ageing: A Policy Framework in Response to the Longevity Revolution**, International Longevity Center Brazil, Rio de Janeiro, Brazil.

Kowalski, J. P.; Schemes, C.; Saraiva, J. I. A.; Magalhães, M. L. (2017). Mulheres idosas: percepções sobre beleza e envelhecimento. **Temas de Mujeres**, v. 13, n. 13, p. 76-97.

Leite, M. T.; Cappellari V. T.; Sonogo, J. (2002). Mudou, mudou tudo na minha vida: experiências de idosos em grupos de convivência no município de Ijuí/RS. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v. 4, n.1, p. 18–25.

Menezes, T. N. D.; Brito, K. Q. D.; Oliveira, E. C. T.; Pedraza, D. F. (2014). Percepção da imagem corporal e fatores associados em idosos residentes em município do nordeste brasileiro: um estudo populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3451-3460.

Mesquita, R. B.; Morano, M. T. A. P.; Landim, F.L.P.; Collares, P. M.C.; Pinto, J. M. S. (2012). Rede de apoio social e saúde de idosos pneumopatas crônicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1125-1133.

Molina, R. B. (2010). Intervención educativa sobre salud sexual en ancianos y ancianas del centro urbano Abel Santamaría Cuadrado. **Medsan**, v. 14, n. 4, p. 444-452.

Nunes, A. P. N.; Barreto, S. M.; Gonçalves, L. G. (2012). Relações sociais e auto percepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde. **Rev Bras Epidemiol**, v. 15, n. 2, p. 415-28.

Paschoal, S. M. P. Qualidade de vida na Velhice. In: Freitas, E. V. (org.). (2011). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Plens, J.; Domingues, M. A.; Batistoni, S.; Lopes, A. (2012). Envelhecimento, Engajamento e Aparência: percepções de idosas participantes de um Núcleo de Convivência de Idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 6, p. 269-289.

Tomaél, M. I.; Alcará, A. R.; Di Chiara, I. G. (2005). Das redes sociais à inovação. **Ciência da informação**, v. 34, n. 2, p. 93-104.

Uchôa, Y. S.; Costa, D. C. A.; Silva Junior, I. A. P.; Silva, S. T. S. E.; Freitas, W. M. T. M.; Soares, S. C. S. (2016) A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 939-949

Valente, T. W. (2010). **Social Networks and Health** – Models, Methods, and Applications. Oxford: University Press.

Valer, D. B.; Bierhals C. C. B. K.; Aires, M.; Paskulin, L. M. G. (2015). O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 809-819.

CAPÍTULO 29 – O PRIMEIRO CENTRO DIA PÚBLICO PARA IDOSOS EM SÃO PAULO: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

Rachel Vainzoff Katz
José Carlos Ferrigno

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2018), a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos, desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões, em 2017. Os 4,8 milhões de novos idosos, em cinco anos, correspondem a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo em nosso País. Em recente revisão apresentada pelo IBGE (2018), acerca da projeção da população, para unidades da Federação até 2060 estima-se que, em 2060, um quarto da população (25,5%) no Brasil deverá ter mais de 65 anos. O aumento da longevidade humana é um triunfo e um desafio, fazendo com que esse aumento da expectativa de vida traga novas necessidades que ainda serão reconhecidas e respondidas pelos gestores, principalmente em relação à questão cuidado e da dependência física e psíquica nos diversos quadros de senilidade.

Em decorrência de aumento demográfico da população idosa, a demanda por serviços e a construção de políticas públicas para atender o envelhecimento populacional, cada vez mais é crescente em todo o país. A elaboração e o fortalecimento de políticas públicas para a velhice ocorrem como resposta aos desafios impostos pelo processo de envelhecimento, diante do recente e significativo crescimento da população idosa brasileira.

O processo de envelhecer é desigual e varia de acordo com o curso de vida, com a etnia, a classe social, cultural, determinantes sociais, desigualdades, diferentes doenças e contextos na saúde, pela composição familiar e principalmente pela construção das relações e laços com a família e a comunidade na qual está inserido.

Apesar das mudanças na família, às pessoas idosas com 60 anos ou mais ainda são pessoas de referência em domicílios brasileiros. Contudo, as mudanças na família implicam conflitos de cuidado e de orçamento do conjunto do grupo familiar. Nessas relações, há o conflito entre a autonomia, como valorização da

decisão do idoso e a interferência de novas gerações que têm seus próprios interesses, que não necessariamente semelhantes aos dos familiares idosos. A nuclearização da família, determinando a redução em seu tamanho, implica um número menor de potenciais cuidadores. Mesmo assim, deve prevalecer o compromisso e a responsabilidade no cuidado, incluindo planejamento e desenvolvimento de ações preventivas.

Há um descompasso entre esse envelhecimento rápido da população e a implementação de políticas concretas. Embora tenha havido um marco legal para defini-las, ainda assim houve uma acentuada responsabilidade da família e do próprio idoso por seu bem-estar.

Outro dado importante a se considerar é o número crescente de idosos que tem sido levado a cuidar de outros idosos. O papel de cuidador implica uma questão de gênero, considerando-se que a proporção de mulheres sozinhas, que em 2003 era de 10,95% enquanto a de homens era de 1,94%. Tal quadro evidencia a sobrecarga da mulher e a necessidade de suporte familiar e das políticas públicas para o cuidado (Faleiros, 2013).

Trazendo a experiência de outros países em desenvolvimento, que também experimentam um rápido envelhecimento populacional, não podemos esquecer que as soluções planejadas precisam ser coerentes com a história do país, com a sua cultura, recursos e valores. Deve se ressaltar ainda a importância do protagonismo e do reconhecimento de direitos que não dependem apenas de uma lei, mas que se configuram no contexto legal, econômico, social e cultural de uma nação.

Nessa perspectiva, foi com a Constituição Federal de 1988 que se estabeleceu um arcabouço de direitos de cidadania, inclusive com especificidade para as pessoas idosas. Apesar dos textos legais pós-Constituição Federal de 1988, principalmente a Política Nacional do Idoso (PNI) de 1994 e o Estatuto do Idoso de 2003, vale acentuar que as formas de atenção à pessoa idosa vêm sofrendo modificações. Por isso, a configuração de uma política articulada, abrangente e eficiente para essa população ainda se mostra incipiente (Faleiros, 2012).

De modo geral no Brasil observa-se avanços na conquista e defesa de direitos sociais, regulamentados nas políticas específicas aos idosos, nas três esferas de governo, as quais devem ser implementadas de forma intersetorial.

Envelhecimento e suas interações com o Centro Dia para Idoso

O grande avanço em políticas de proteção social aos idosos brasileiros ocorreu com a Constituição Federal/1988, introduzindo o conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social deixasse de estar vinculada apenas ao contexto estritamente social-trabalhista e assistencialista e passasse a adquirir uma conotação de direito de cidadania.

Ela foi a primeira a contar com um capítulo sobre idoso. O capítulo “Da Ordem Social: Título VIII” trata das questões da família, da criança, do adolescente e do idoso. O artigo 230, por exemplo, ressalta que deve ser responsabilidade da família, da sociedade e do Estado o apoio aos idosos de modo que seja assegurada a eles a participação na comunidade, a defesa da dignidade e do bem-estar e garantido o direito à vida. Em seu primeiro inciso, o artigo estabelece que os programas de cuidados dos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

Em 1993, foram regulamentados os princípios constitucionais referentes à assistência social, com a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Esta lei estabeleceu programas e projetos de atenção ao idoso, em co-responsabilidade nas três esferas de governo, e regulamentou a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Segundo a Política Nacional de Assistência Social/ 2004, a Assistência Social é uma política de proteção social e deve garantir a segurança de sobrevivência, segurança de acolhida e segurança de convívio.

A segurança de sobrevivência refere-se a garantia de uma renda monetária mínima que assegure a sobrevivência de populações que encontrem limitações de rendimento ou de autonomia. É o caso de pessoas com deficiência, idosos, desempregados e famílias numerosas ou sem garantia de condições básicas de vida. A segurança de acolhida diz respeito à garantia de provisões básicas, em especial aquelas que se referem aos direitos de alimentação, vestuário e abrigo. Alguns indivíduos, em razão de idade, deficiência, situações de violência familiar ou social, abandono, alcoolismo, entre outras situações, podem demandar acolhida. A terceira segurança está relacionada a vivência ou ao convívio familiar. (IPEA, 2005, p.32). A segurança de convívio tem uma relevância histórica singular, visto que reforça a perspectiva de não institucionalização, reconhecido no Estatuto do Idoso e na Lei 12.435/2011, que atualizou a redação da Lei Orgânica da Assistência Social -

LOAS, Lei 8.742/1993, à luz da regulamentação do Serviço Único de Assistência Social - SUAS.

Com a implantação deste serviço na proteção social especial no Centro de Referência Especializado da Assistência Social - CREAS voltado a idosos em vulnerabilidade social com objetivo de fortalecimento e resgate de vínculos, colocamos a proposta de que a convivência seja compreendida como uma importante forma de atuação, já que o resultado será um mais forte vínculo social. Também estimula o desenvolvimento de ações preventivas, de modo a não se atuar apenas sobre situações já instaladas.

Centro Dia para Idoso - Um breve histórico

No Brasil, está previsto entre as opções de modalidades de cuidados intermediários de longa duração na Política Nacional do Idoso (PNI), Lei 8.842 de Janeiro de 1994, o Centro Dia. No Artigo 4º define Centro Dia como um equipamento de modalidade não asilar: local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional. O Artigo 10 - implementação da política nacional do idoso, estabelece que são competências dos órgãos e entidades públicos: I - na área de promoção e assistência social: a) prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não-governamentais; b) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lar, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros.

Em São Paulo no ano de 2014 foi construído o “Centro Novo Dia” da Secretaria de Desenvolvimento Social juntamente com o Guia de Orientações Técnicas Centro Dia do Idoso. O Conselho Municipal de Assistência Social (COMAS), através da Resolução COMAS – SP nº 836 de 29 de Julho de 2014, dispõe sobre a aprovação do serviço de Centro Dia para Idoso. Resolve: artigo 1º - Aprovar o serviço Centro Dia para idoso como serviço tipificado da Rede Socioassistencial da proteção Social Especial de média Complexidade da Secretaria Municipal de Assistência Social – SMADS.

Considerando as readequações, a Assistência e Desenvolvimento Social altera as Portarias SMADS nº 46 e 47/2010 para incluir entre os serviços

socioassistenciais tipificados do Município, o serviço de Centro Dia para Idosos, altera o Art. 1º, § 4, inciso II, do título “Rede de Proteção Especial – Média Complexidade”, da Portaria SMADS nº 46/2010, para incluir o item 8 denominado Centro Dia para Idoso”.

O “Centro Dia para Idoso” fica com a seguinte redação: o Centro Dia do Idoso é um serviço destinado à atenção diurna de pessoas idosas em vulnerabilidade social e com grau de dependência que, devido a sua situação, necessitam de uma equipe multidisciplinar para prestar serviço de proteção social especial e de cuidados pessoais, fortalecimento de vínculos, autonomia e inclusão social, por meio de ações de acolhida, escuta, informação e orientação. Caracteriza-se por ser um espaço para atender idosos que possuem limitações para realização das atividades de vida diária (AVD) que convivem com suas famílias, porém não dispõem de atendimento de tempo integral no domicílio.

Segundo essa legislação, o perfil dos usuários é composto por pessoas idosas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, prioritariamente beneficiários do Benefício de Prestação Continuada – BPC-LOAS – e em situação de pobreza incluídas no Cadastro Único para Programas Sociais – Cadastro Único, com diferentes necessidades e graus de dependência, que não tenham condições de permanecerem sozinhos nos domicílios. Também serão atendidos seus cuidadores e familiares.

Com o objetivo, segundo o documento, de atender e possibilitar ao idoso proteção social especial e cuidados pessoais, prevenindo a institucionalização e a segregação com vistas a promover a sua inclusão social, por meio do fortalecimento das relações familiares e de cuidadores dos idosos.

Os objetivos específicos do Centro Dia são: promover uma maior autonomia e a melhoria da qualidade de vida de pessoas idosas com dependência, seus cuidadores e suas famílias; desenvolver ações especializadas para a superação das situações violadoras de direitos que contribuem para a intensificação da dependência; prevenir o abrigamento e a segregação dos usuários do serviço, assegurando o direito à convivência familiar e comunitária; promover acessos a benefícios dos programas de transferência de renda e outros serviços socioassistenciais, das demais políticas públicas setoriais e dos sistemas de garantia de direitos; promover apoio às famílias na tarefa de cuidar, nas atividades de vida diária como higiene e medicação, dentre outras, diminuindo a sua

sobrecarga de trabalho e utilizando meios de comunicar e cuidar que visem a autonomia dos envolvidos e não somente cuidados e manutenção; prevenir situações de sobrecarga e desgaste dos familiares de vínculos provenientes da relação de prestação/demanda de cuidados permanentes/prolongados com o idoso.

A experiência de implantação do Centro Dia para Idoso

O processo de implantação deste serviço é único e merece ser contado, pois traz o protagonismo e o empoderamento de pessoas idosas, fortalecendo a participação na defesa dos direitos desse segmento, entendendo a velhice como uma conquista da humanidade.

Um Centro Dia público não estava contemplado no plano de metas da Prefeitura de São Paulo. Houve então, uma mobilização, importante constituída pelo protagonismo de idosos, reivindicando este serviço na região central da capital paulista. Este movimento contou com audiências públicas e conseguiu fazer com que o serviço fosse integrado ao Plano de Metas do Governo Municipal. Assim nasceu o primeiro Centro Dia público de São Paulo e que se tornou modelo e referência para outros que tem vindo.

A implantação desse primeiro Centro Dia Público foi realizado em parceria com uma Organização da Sociedade Civil: a União Brasileiro Israelita do Bem Estar Social – UNIBES. Reforçando ainda mais a ideia de que as políticas de parceria entre órgãos públicos e privados são importantes para a soma das forças sociais em benefício da qualidade de vida da população, viabilizando, apesar das dificuldades do percurso, os necessários pactos de complementaridade e de cooperação entre atores sociais, organizações, projetos e serviços.

No Centro Dia, de acordo com a demanda ou programação prévia, o trabalho socioassistencial realizado é de acolhida, recepção, escuta, realização de entrevistas individual e grupal, estudo social, construção de um plano individual de atendimento, a orientação e os encaminhamentos a rede socioassistencial no território, orientação sócio familiar quando necessária, realização de atividades que estimulem e fortaleçam os vínculos familiares e intrafamiliares, visita domiciliar à família, referência e contra referência com as equipes no território, garantia de espaço preservado de escuta para os idosos e familiares em suas demandas, fortalecimento da função protetiva da família, desenvolvimento do convívio familiar, grupal e social, identificação e encaminhamentos das famílias que possuam perfil

para inserção em programas de transferência de renda e para o Benefício de Prestação Continuada, mobilização da família para as questões legais, de saúde e cuidados do idoso, articulação com outras políticas públicas, elaboração de relatórios e manutenção de prontuários.

Há também o desenvolvimento de atividades socioeducativas mediante uma grade de programação interna e externa com atividades lúdicas, de expressão corporal, de memória e técnicas através da equipe multidisciplinar. Tais atividades são adaptadas de acordo com as limitações do idoso. Incluem-se ainda atividades que visam desenvolver o convívio social, assegurando o direito à convivência comunitária. O Centro Dia busca favorecer o surgimento e desenvolvimento de competências, aptidões, capacidades e oportunidades para autonomia, desenvolvendo condições para realização de atividades de vida diária, independência e autocuidado, atividades que estimulem o fortalecimento dos vínculos familiares. As ações permanentes com grupos de idosos e com grupos de familiares facilitam o esclarecimento sobre os direitos dos idosos. O Centro dia desenvolve ações de orientação às famílias na tarefa de cuidar e a respeito da natureza do processo de envelhecimento.

O Centro Dia e o crescimento profissional da equipe técnica

No processo de construção do Centro Dia foi possível constatar a riqueza do quadro de recursos humanos contratado, que contempla uma equipe de cuidados, auxiliares e técnicos para um atendimento adequado e qualificado a esta população. Os profissionais recebem, escutam, acolhem, integram, socializam, tratam de forma humanizada, compartilham situações, atividades e demandas dos idosos, estabelecendo uma relação de confiança e apoio. Segundo Mito (apud Chuple, 2006), “É com o acolhimento que o profissional compreende as necessidades dos usuários e a partir dela inicia o processo de planejamento de suas ações profissionais, tentando identificar as possíveis respostas e quais vias elas serão dadas”.

A intervenção do Centro Dia vem com a proposta de incorporar às relações humanas, não apenas o ato de receber alguém, mas o envolvimento emocional, a escuta qualificada para a identificação da situação problema no âmbito individual e também no território em que o serviço está inserido.

Importante reflexão nos traz Dirce Koga (2008), com a questão da segurança do convívio para além da não institucionalização, posto que a resposta a ser provida pelo convívio se estende em diferentes âmbitos como nos territórios vividos, no interior das famílias, nos serviços públicos, enfim em distintos lugares em que as relações sociais se fortalecem ou se fragilizam, ainda com a perspectiva do território podendo também, tornar as pessoas mais vulneráveis.

Nosso desafio tem sido conviver com pessoas diferentes em termos raciais, étnicos, religiosos e econômicos. Cremos que é no convívio e no processo de socialização que se dá o enfrentamento e o entendimento da vulnerabilidade e da fragilidade própria e do outro.

Parece indiscutível que os profissionais que atuam dentro de um Centro Dia não devem restringir suas atuações às “quatro paredes” da instituição, mas sim identificar a contribuição e a repercussão do trabalho diário no entorno social e comunitário do idoso, suas histórias de vida, suas relações familiares e a cultura. Goffman (1988) explica que a rotina diária é o conceito-chave por mostrar as diversas relações sociais que o indivíduo desenvolve e das quais participa. Por sua vez, Le Breton (2011) considera que a vida cotidiana é a matéria-prima a partir da qual se constrói a vida social.

A equipe passa então a ser entendida como o elo entre o idoso e a família, possibilitando o resgate e o fortalecimento do vínculo, além de proporcionar a aproximação das ações e dos serviços da rede socioassistencial ao contexto domiciliar, através das ricas trocas de experiências, engajando este usuário na gestão dos serviços como experiência de construção conjunta.

O trabalho realizado com essas famílias é enriquecedor. Ele é realizado a partir de reuniões regulares, visitas domiciliares, ligações telefônicas etc. Temos feito um trabalho de engajamento das famílias no acompanhamento na saúde, no autocuidado e das relações afetivas e sociais de seus idosos. Tais práticas democráticas, participativas e inclusivas potencializam ainda mais o engajamento do idoso em sua rede de suporte social.

Estamos construindo o dia a dia com as características individuais do idoso e do grupo que o cerca, em diferentes contextos sociais que agora estão começando a participar e/ou vivenciar. Estão tendo a possibilidade de explicar o próprio eu, sua idade e o mundo que o cerca. Descobrimo, criando, vivenciando, se relacionando e

podendo transformar a si mesmo e o outro. Sem o suporte social adequado e eficaz, o sujeito que envelhece não dá conta das demandas.

A rede pessoal e primária das pessoas idosas é fundamental para o cuidado, mas precisa estar articulada à rede secundária de serviços também, que funciona como rede compartilhada de responsabilidades. Embora na pesquisa de Fontes et al. (2011), baseada em dados do projeto Fibrá-Campinas, 90% dos idosos dizem ter com quem contar em caso de necessidade, há 10% que não têm ninguém. A maioria conta com filhos e noras; e 20%, com vizinhos e/ou amigos.

Segundo Medeiros (2000), estudar as mudanças ocorridas é importante porque é dentro das famílias que são tomadas as decisões sobre como trabalhar para prover as necessidades de seus membros dependentes. As características das famílias podem ser usadas como critérios de focalização das políticas públicas. No caso da população idosa, esta análise pode apontar as famílias que contam com uma menor rede de suporte.

Na prática conseguimos concretizar a cooperação da família, a escuta deste idoso perante as relações familiares fragilizadas e de histórias construídas anteriormente, através de atividades conjuntas e da mediação destes pelo Centro Dia. Entendemos que a cooperação é uma arte e que cooperar de forma hábil está em aprender a ouvir bem e avaliar em vez de duelar, assim como afirma Sennett (2015).

Além do fortalecimento e em alguns casos do resgate de vínculos familiares e comunitários, percebe-se que há uma diminuição na sobrecarga dos cuidados com o idoso, quando ele deixa de ser o problema naquele ambiente domiciliar, passando a fazer parte, sendo incluído novamente nesta família, ele passa também a trazer novidades para casa decorrentes das atividades que desenvolve no Centro Dia.

Vale ressaltar que o Serviço atende uma região da cidade e que há uma diferença muito grande entre os territórios, seja pelo próprio processo de envelhecimento cultural daquele local ou mesmo pela rede socioassistencial existente e que será parceira no atendimento. Nesse sentido, nos remetemos ao entendimento do geógrafo Milton Santos para o qual:

O território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho; o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida. E complementa: assim é o território que ajuda a fabricar a nação, para que a nação depois o afeiçoe. (Santos, 1999, p.8)

Ayres e colaboradores (2006) apontam que a vulnerabilidade parte do princípio de que todas as pessoas são suscetíveis a doenças ou a danos à saúde. O modo como as pessoas vivem seus “valores, crenças, atitudes, compreensão das informações e mudanças de comportamento” determinam o grau de suscetibilidade ao adoecimento, caracterizando a dimensão individual de vulnerabilidade. No entanto, para que ocorram mudanças de comportamento e atitudes no âmbito individual, é necessário acesso a informações, comunicação, escola, acesso à saúde, emprego, entre outros aspectos relacionados à vida em sociedade.

Pensando que este serviço atende demandas em territórios tão diferentes, Sposati (2013) nos faz refletir que:

Território é mais do que um lócus, no sentido de definição de um lugar, não é algo estático como um endereço ou uma nomeação. Ainda que estes atributos façam parte do território, sua caracterização ocorre por vivências, significados e relações que constroem identidades individuais e coletivas, completa: Que, é o processo que define a trajetória do território, e esse processo se reflete na trajetória dos que nele vivem, mas também é demarcado pelas trajetórias dos sujeitos nele abairrados. (Sposati, 2013, p.5).

Trazendo essa questão do território e de suas vivências, o idoso atendido traz uma história e uma relação construída ao longo dos anos vividos. Isso nos faz reconhecer os múltiplos fatores sociais e econômicos que podem levar o idoso e sua família a uma situação de vulnerabilidade e risco pessoal ou social, refletindo a vida cotidiana que se tem ali, suas particularidades, dinâmicas, diferenças e suas relações.

Conclusão

O Centro Dia para Idoso, ainda muito escasso no Brasil, consiste em um modelo de serviço que implica uma importante mudança de paradigma. Um serviço que deve ser implantando de forma intersetorial, sob a gestão das áreas de

assistência social e da saúde, produzindo um conjunto de conhecimentos e experiências concretas que sejam compartilhadas para que políticas públicas sejam efetivadas abrangendo o indivíduo como um todo.

Uma nova realidade, mais complexa e multifacetada, tem provocado mudanças na forma como a sociedade se organiza, a articulação em parcerias e redes é um desses novos arranjos que afloraram fortemente nos últimos anos, mesclando ação da sociedade civil organizada, órgãos de governo e empresas privadas.

A diversidade e a heterogeneidade do envelhecimento se articulam às condições em que se envelhece e aos estilos de envelhecer de forma inseparável, mas a universalização dos direitos fundamentais é que vai favorecer, paradoxalmente, a singularidade das pessoas, não se podendo uniformizar os maiores de 60 anos numa categoria genérica chamada velhice.

A ideia é aprofundar em essência a ciência e a arte do indivíduo, a busca pela diferença por meio de conversas sobre a experiência e a memória individual, do compartilhar, de participar e também por meio do impacto que causam na vida de cada um, inclusive enriquecendo a experiência de quem escuta. Tornando concreta, a memória social, quando mentalizada ou verbalizada, jamais deixando de ser profundamente pessoal o ato de se lembrar, mas tecendo as histórias como uma colcha de retalhos necessária, especial e igualmente importante, com pedaços e histórias diferentes destes indivíduos isolados e por vezes esquecidos, mas que de forma coerentemente formam um todo quando unidos.

O Centro Dia vem para enriquecer as políticas públicas com um novo e amplo olhar sobre as relações baseado no fortalecimento das redes. Todos temos a ganhar, profissionais, serviços e, sobretudo, a população idosa.

Referências

Koga, D. H. U. (2010). A interlocução do território na agenda das políticas sociais. **Revista Serviço Social & Saúde** (UNICAMP), v. IX. p. 69-82.

Ayres, J. R. de C. Ma. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude soc. [online]**. v.13, n. 3, p.16-29

Banco Mundial. (2011). **Envelhecendo em um Brasil mais velho**: Implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços.

Barbosa, I. A, Silva, M. J.P. (2007). Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev Bras Enferm**. P. 546-51.

Boff, L. (1999). **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra**. Petrópolis, RJ: Vozes.

BRASIL. **Lei no 8.842**, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 5 jan. 1994.

BRASIL. **Decreto no 1.948**, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 12277, 1996.

BRASIL. **Lei no 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 3 dez. 2003.

BRASIL. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais – Resolução CNAS nº 109 de 11/11/2009**. Brasília: CNAS/MDS, 2009.

BRASIL. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome – Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. 2004, Brasília, novembro, 2005. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS_2004.pdf. Acesso em 02.05.2018

BRASIL. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome – Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social departamento de proteção social básica**. Concepção de convivência e fortalecimento de vínculos. 2012. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/concepcao_fortalecimento_vinculos.pdf. Acesso em 04.06.2018

Camarano, A.; Alacantâra, A. O. & Giacomini, K. C. (2016). (org.). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea.

Chupel, C.P. M. & Regina C. T. (Dez 2010). Acolhimento e Serviço Social: Contribuição para a Discussão das Ações Profissionais no Campo da Saúde. **Revista Serviço Social & Saúde**, Unicamp, Campinas, v. IX, n.10.

Comissão Organizadora dos Fóruns de Centros Dia: Desafios e Propostas. **Texto de estudo elaborado no colegiado para Regulamentação dos Centros Dia**. (Fevereiro de 2017). São Paulo, SP.

COMAS - Conselho Municipal de Assistência Social. Resolução 836 de 29 de julho de 2014 - Dispõe sobre aprovação do serviço Centro Dia para Idoso.

Faleiros, V. de P & Rapozo, J. M. T. (agosto/dez 2011). Efetividade da rede de atenção à saúde e à assistência social à pessoa idosa na expressão de usuários e gestores – o caso de Boa Vista/RR. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 356-370.

Faleiros, V de P. (2012). A pessoa idosa e seus direitos: sociedade política e constituição. In: Berzins, M. V. & Borges, M. C. (org.). **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, p. 46-66.

Faleiros, V de P. (2013). Desafios de cuidar em serviço social: uma perspectiva crítica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 16, n. especial, p. 83-91,

Faleiros, V de P. (2016). A Política Nacional do Idoso em Questão: Passos e Impasses na Efetivação da Cidadania. In: Camarano, A.; Alcântara, A. O. & Giacomini, K. C. (org.). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, p.537-569.

Fontes, A. P. et al. (2011). Arranjos domiciliares, expectativa de cuidado, suporte social percebido e satisfação com as relações sociais. In: Neri, A. L. & Guariento, M. E. (org.). **Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo Fibracampinas**. Campinas: Alínea. p. 55-74.

Gonçalves, A. S. & Guara, I. M. F. R.. (2010). Redes de Proteção Social na Comunidade. In: Guará, I. M. F da R. (org.). **Redes de Proteção Social**. São Paulo: Associação Fazendo História: NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas. São Paulo. v. 4, p. 11-29.

Hara, C. H. (2016). **Centro - dia para pessoas idosas: implantação versus ordenamento legal**. (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC, Programa de Estudos Pós-graduação em Gerontologia. São Paulo, SP, Brasil.

ladya, G. M. (2016). **Pessoa idosa dependente: política pública de cuidados intermediários ao idoso no Brasil e a atuação do Ministério Público**. São Paulo.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Projeções da população: Brasil e unidades da federação**. In: IBGE. Coordenação de população e indicadores sociais. 2.ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Revisão 2018.

Le Breton, D. (2011). **Antropologia do Corpo e Modernidade**. Petrópolis: Editora Vozes.

Medeiros, M. C. S. (2000). **A importância de se conhecer melhor as famílias para a elaboração de políticas sociais na América Latina**. IPEA, Rio de Janeiro.

Missel, A.; Costa, C. C. da & Sanfelice, G. R. (2017). Humanização da Saúde e Inclusão Social no Atendimento de Pessoas com Deficiência Física. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 575 – 597.

Prefeitura do Município de São Paulo. (2016). **Portaria SMAD 65**, de 16 de dezembro de 2016 altera as Portarias SMADS nº 46 e 47/2010 de inclusão entre os serviços socioassistenciais tipificados do Município o serviço de Centro Dia para Idosos. São Paulo.

Sennett, R. (2015). **Juntos: os rituais, os prazeres e a política da cooperação**. 3a ed. Editora Record. Rio de Janeiro.

Santos, M. (1999). **O dinheiro e o território**. Transcrição da Conferência de inauguração do Mestrado em Geografia da Universidade Federal Fluminense e abertura do ano letivo de 1999, proferida em 15/3. p. 8-9. Disponível em: <http://www.geographia.uff.br/index.php/geographia/article/viewFile/2/2>. Acesso em 08.06.2018

Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo. (2014). **Guia de Orientações Técnicas Centro Dia do Idoso - "Centro Novo Dia"** / Secretaria de Desenvolvimento Social. São Paulo: Secretaria de Desenvolvimento Social.

Silva, M. J. P. (2006). **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 4a ed. São Paulo: Loyola.

Sposati, A. (2013). Território e gestão de políticas sociais. **Serviço Social em Revista online**, v. 16, n. 1. p. 5-18.

CAPÍTULO 30 – RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA PELO PROJETO: CUIDAR É COMPARTILHAR

Eliza Montrezol

O projeto “Cuidar é Compartilhar” se concretiza no período de setembro de 2013 a dezembro de 2014, a partir de um convênio firmado entre uma Prefeitura Municipal da Baixada Santista, no estado de São Paulo, através de sua Secretaria de Assistência Social, e o Instituto Energia, organização social sem fins lucrativos, que tem a missão de conscientizar a sociedade sobre a importância do processo de envelhecimento.

O objetivo central deste Projeto é intervir de forma a interromper e superar violações de direitos que fragilizam a autonomia e intensificam o grau de dependência da pessoa idosa. Sua atuação é por meio de experiências propostas que contribuam para o fortalecimento dos vínculos familiares, minimizando o estresse do cuidador.

O Plano Nacional de Enfrentamento a Violência contra a Pessoa Idosa afirma que 95% dos Idosos no Brasil, residem com suas famílias. E é nesse espaço onde se acredita ser o local ideal de moradia e cuidados com a pessoa idosa que ocorre a maioria das violências física, psicológica, econômica e sexual. A Rede Internacional para a Prevenção dos Maus tratos contra o Idoso adotou a definição elaborada em 1995, na Inglaterra: “o maltrato ao idoso é um ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança” (Figueiredo; Sousa; Njaine; & Ribeiro, 2010, p. 111).

No Relatório do Ministério dos Direitos Humanos de 2017, as denúncias de violência contra a Pessoa Idosa aparecem em 2º lugar, sendo a negligência a violência mais recorrente; 52% das denúncias indicam filhos e filhas como sendo os que mais provocam violência e 85% indicando que a violência é praticada na residência onde o idoso/idosa reside.

O projeto “Cuidar é Compartilhar” atuou justamente trazendo novas possibilidades de sentido e mudança cultural na forma de conceber a relação com a Pessoa Idosa. Com visitas semanais, as residências da Pessoa Idosa com denúncia de violência recebida pelo CREAS (Centro de Referência Especializado da

Assistência Social), os profissionais do Instituto Energia levaram novas perspectivas para a Pessoa Idosa e para o cuidador, quando se propuseram a ser ouvintes atentos e atenciosos para as necessidades ali colocadas. Ao mesmo tempo em que propuseram novas dinâmicas na rotina das famílias, de forma a incluir a Pessoa Idosa. Essa forma cuidada de estabelecer o diálogo demonstrou, ao longo desse curto espaço de tempo, uma fórmula adequada para a construção de novas relações a partir da mudança de conceito sobre o processo de envelhecimento.

A vivência no projeto deixou claro que o envelhecimento é peso para o cuidador, mas é também para o Idoso. Se sentir incapaz, ser um “peso” na família, é um dos grandes motivos da dependência de pessoas idosas e, portanto, sobrecarga para o cuidador. Dar voz ao Idoso através do desenvolvimento de atividades é o que fez desse projeto uma alternativa de discussão sobre a violência contra a pessoa idosa, uma situação frequente no nosso cotidiano.

Metodologia do Instituto Energia

O Instituto Energia atua com o conceito de movimento humano, isto é, da interrelação entre a herança biológica e a herança cultural. Essa interrelação vai evidenciando a unidade humana, tanto na constituição da espécie quanto no processo de humanização individual. Há uma complexa rede de interconexão de informações espalhadas pelo corpo que vão paulatinamente se tornando mais sofisticadas, firmando uma relação dialética entre aprendizado e desenvolvimento tornando o indivíduo um ser humano.

O processo de humanização marca profundamente o indivíduo. Como unidade que é, todas as ações, seu jeito de ser, sua maneira de entender o mundo, sua relação com as outras pessoas, seus sentimentos, suas emoções, sua conduta, seus valores, todo o seu ser, se humaniza (Melani, 2006, p. 23).

Esse processo de humanização vai se dando ao longo da vida, pois o ser humano está permanentemente se reorganizando, se inventando, se reconhecendo, porque é um ser social.

A velhice é uma construção social, como é a infância, a adolescência e a vida adulta. A discussão sobre o processo de envelhecimento, como parte do desenvolvimento humano, está presente nos dias atuais, mas ainda carece de muita reflexão e ações concretas para que seja incorporada no cotidiano de nossa

sociedade. As informações que se tem e que são aceitas na sociedade, é que a velhice é um processo de perdas orgânicas, com acúmulo de experiências, as quais, muitas vezes pouco valorizadas. O que se vê, muito influenciado pelo mercado, é uma nuvem encobrendo a velhice. Tanto que há várias nomenclaturas para se referir ao velho: terceira idade, melhor idade, feliz idade... enfim, denominações que valorizam a juventude e não a velhice. A metodologia do Instituto Energia vai de encontro a essas “maquiagens”. Atuamos evidenciando o envelhecimento, pois se esses anos forem vividos de forma consciente, produzem bem-estar e qualidade de vida, tanto para a pessoa idosa quanto para as pessoas ao seu redor.

Toda atividade desenvolvida pelo Instituto Energia reconhece no velho um ser humano em processo. Considera sua história, por isso o respeita na sua singularidade. Ao mesmo tempo em que propõe novos desafios, com o objetivo de instrumentalizá-lo para novas descobertas de si e do seu entorno.

Assim, o primeiro momento do trabalho é o acolhimento. O reconhecimento de que este ser único tem muito o que dizer. Em seguida, o desafio. Trazer outras formas de ser e estar no mundo. E por último a avaliação. A expressão dos sentimentos de como foi viver essa outra experiência, outras sensações e quanto prazeroso foi. Nessa vivência espiralizada, o sujeito, vai se constituindo como uma Pessoa, que estará pronta para outras tantas descobertas de si, do outro e do mundo ao seu redor.

Desenvolvimento do projeto

Todo trabalho do projeto “Cuidar é Compartilhar” é realizado com planejamento e atenção ao ser humano. O trabalho começa pela denúncia feita ao CREAS, que avalia os casos, faz a seleção daqueles em que se constatam vínculo familiar frágil e, em parceria com o Instituto Energia, discutem estratégias e elaboram um plano de ação. A figura 01 deixa evidente o fluxograma de trabalho do projeto “Cuidar é Compartilhar”.

Figura 01: fluxograma de trabalho do projeto



Fonte: retirada do site <http://www.onginstitutoenergia.org.br/>, acesso em jan. 2019.

O projeto “Cuidar é Compartilhar” trabalhou com 80 famílias que estavam inscritas no Centro de Referência Especial da Assistência Social (CREAS) do município, com queixa de violência. O CREAS encaminhava o caso para a equipe do Instituto Energia composta por: Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional e Agentes de Atividades. O quadro 01 a seguir contém as demandas atendidas.

Quadro 01: demonstrativo das demandas atendidas

Demandas	Casos*
Violência psicológica contra o Idoso de neto, filho ou cuidador	06
Estresse do cuidador	36
Violência do Idoso contra o cuidador	15
Conflito familiar	35
Solicitação de ILPI (Instituições de Longa Permanência para Idosos)	06
Abandono do idoso	04
Risco de perda de imóvel próprio	01
Cuidador Idoso	04
Violência financeira	02
Idoso com comprometimento grave de saúde: alcoolismo; sequelas de AVC; deficiência física; comprometimento de saúde mental	06
Contenção de Idoso	01
Violência física por filho	01
Ação de despejo	02
Cárcere privado	01

* A somatória do número de casos é superior à quantidade de famílias atendidas (80), pois encontramos mais de uma situação de conflito em algumas famílias.

Fonte: dados do projeto.

Em reuniões técnicas semanais com toda a equipe do Instituto Energia e do CREAS, elaboravam-se os planos de atuação para o acompanhamento e o monitoramento das famílias que participavam do projeto. Nessas reuniões, eram discutidos os relatórios das visitas realizadas e os encaminhamentos para a continuidade do trabalho, com cada uma das famílias. Mensalmente, realizamos reunião de supervisão, na qual se aprofundavam conceitos que auxiliavam no cotidiano do trabalho. A partir da reflexão teórica se analisava a ação, dando concretude ao projeto.

O trabalho é iniciado com a equipe psicossocial que faz a primeira visita a residência e levanta o perfil familiar. De posse desses dados e, de acordo com a necessidade apresentada, realiza a articulação entre os atores sociais, serviços e recursos da comunidade. Depois de apresentado o perfil familiar e as necessidades apontadas na reunião semanal pela equipe psicossocial, o terapeuta ocupacional (TO) e os agentes de atividades organizam suas agendas para as avaliações. O protocolo de avaliação de Terapia Ocupacional foi composto por instrumentos de avaliação validados e adaptados, pertencentes à Avaliação Global da Pessoa Idosa, do Caderno da Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde, Brasil (2007). Para a avaliação cognitiva foram utilizados Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e Fluência Verbal (FV). Na avaliação de equilíbrio e marcha, foi utilizada a escala de avaliação de equilíbrio e marcha de Tinnet. Esse teste foi adaptado para ser utilizado na população brasileira como POMA-Brasil. Para a avaliação funcional, foram utilizadas a Escala de Atividades Básicas da Vida Diária e a Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária.

O grupo de Idosos atendido no projeto era composto de: 30% do sexo masculino e 70% do sexo feminino.

Foi realizado um levantamento da rotina do idoso, no início do projeto. E encontramos 62% dos idosos atendidos tinham uma rotina estruturada e 38% rotina desestruturada. Foi observado que 100% dos idosos apresentavam empobrecimento ocupacional.

O desempenho dos idosos no MEEM, de acordo com as notas de corte, foi 11% acima da nota de corte e 89% abaixo da nota de corte, apresentando, assim, declínio cognitivo. No teste de Fluência Verbal, 50% dos idosos apresentaram pontuações acima da nota de corte proposta em função da escolaridade e 50%

apresentaram pontuações inferiores a nota de corte, apresentando assim, declínio cognitivo.

Em relação ao desempenho funcional dos idosos nas Atividades da Vida Diária (AVD) foi utilizada Escala de ABVD (atividade básica da vida diária) e a Escala de AIVD (atividade instrumental da vida diária). Os resultados dessas escalas estão no quadro 02, a seguir:

Quadro 02: desempenho funcional dos idosos

AVD	Independência	Dependência Parcial	Dependência Total
ABVD	32%	25%	43%
AIVD	0%	54%	46%

Fonte: dados do projeto.

Em relação ao perfil físico dos idosos, foi identificado que 25% são acamados; 32% não apresentam alterações significativas no equilíbrio e na marcha e 43% apresentam alterações no equilíbrio e na marcha, o que indica risco cinco (05) vezes maior de quedas.

Com o cuidador foi utilizado o Inventário de Sobrecarga do Cuidado de Zarit, e validada em pesquisas já realizadas no Brasil (Garrido & Menezes, 2004), sendo assim, uma das escalas mais utilizadas para avaliar o nível de sobrecarga dos cuidadores de idosos.

Com esses dados, é elaborado o plano de ação com cada uma das famílias participante do projeto. Ao cuidador foi proposto participar dos encontros mensais para a discussão sobre o processo de envelhecimento e suas características, promovidos pelo Instituto Energia, além de convidá-lo para participar das atividades físicas do Instituto. Ao idoso foram propostos encontros semanais, em sua residência, com o agente de atividade para desenvolverem atividades. A concepção de atividade utilizada é baseada na teoria da “ação humana”, na qual a ação surge antes do pensamento e reestrutura o homem. A atividade é vista como estruturante dos pensamentos, da rotina, além de motivadora para novas ações.

A função da agente de atividades no desenvolvimento do trabalho tem a finalidade de reestruturar a dinâmica familiar. À medida que o idoso ressignifica o seu papel, não só perante aos familiares e as suas redes de apoio, como também, em relação ao seu lugar no mundo enquanto pessoa idosa, ele passa a protagonizar a sua própria história.

O quadro 03 a seguir demonstra as atividades desenvolvidas com os idosos, os materiais utilizados e os aspectos estimulados. Com uma idosa, além de algumas das atividades abaixo, foi feita uma colcha de retalhos, solicitado por ela.

Quadro 03: atividades desenvolvidas e materiais utilizados

MATERIAIS	ATIVIDADE	ASPECTOS ESTIMUADOS
Pasta catalogo preta; folha sulfite A4; canetinha; lápis de cor; lápis preto; cola branca líquida.	Álbum de fotos da família	Vínculo familiar; memória semântica e autobiografia
Folhas de EVA; cola de EVA; régua; tesoura; caneta; lápis preto	Porta retrato de EVA	Raciocínio abstrato
Arame; balas; laços de Natal	Guirlanda de balas	Orientação temporal
Papel cartão verde; lápis; caneta; cola líquida branca	Cartões com os meses do ano	Orientação temporal
Caneta; cola branca líquida, recortes de revista	Cartões com imagens de celebridades	Nomeação; percepção; memória episódica
Torre de Hanói de madeira	Jogo	Raciocínio abstrato
Jogo da velha de madeira	Jogo	Raciocínio abstrato e raciocínio lógico
Jogo de memória de madeira	Jogo	Memória de curto prazo; atenção
Jornal e revistas	Atividades de leitura	Atenção; memória de curto prazo
Flores, floral e tesoura	Mini Ikebana	Criatividade; coordenação motora fina
Revista de caça palavras; revistas de palavras cruzadas; revistas de lógica; revista de sudoku	Leitura; resolução de problemas	Raciocínio lógico; memória de curto prazo e memória semântica.
Calendários	Marcação de datas significativas e data atual	Orientação temporal
Mapas	Visualização de mapas	Orientação topográfica e espacial
Papel sulfite; lápis preto; caneta	Jogo de Stop adaptado	Memória semântica; atenção; raciocínio abstrato
Panfleteo de supermercado	Realização de contas	Cálculo
Barbante	Realização de nós	Estimulação sensorial (tato)
Jogo de dama	Jogo	Raciocínio abstrato; atenção
Jogo de dominó	Jogo	Atenção; memória de curto prazo
Esmalte; Palito de unha; lixa de unha; cortador de unha; acetona; algodão; pente; creme para as mãos	Atividade de higiene pessoal	Estimulação funcional; melhora da autoestima
Caixas com tampa; tintas plásticas; vernizes; colas gel Decoupage; guardanapos para Decoupage.	Caixinhas com Decoupage	Raciocínio abstrato; criatividade; coordenação motora fina; memória de curto prazo.

O processo de participação no projeto compreendeu três fases, a saber:

FASE I: criação de vínculo (criação de relação afetiva entre o Agente de Atividade e a Pessoa Idosa); conhecimento da rede familiar; o papel da pessoa idosa na casa tanto para ela quanto para sua família.

FASE II: trabalho com as atividades com o Idoso coordenado pela agente de atividade. Com o cuidador, participação em encontros para diálogo sobre o envelhecimento e participação nas atividades físicas oferecidas pelo Instituto Energia.

FASE III: desligamento - motivo: atingiu o objetivo proposto? Falecimento? Recusa ao atendimento?

Nas reuniões semanais, dois instrumentos foram utilizados para o controle dos casos. Um deles era um quadro em que se registravam, no mês, quais casos ainda estavam em andamento (ou seja, vieram do mês anterior), quais casos continuariam no próximo mês, quais foram encerrados no curso do mês e quais estariam entrando.

A última reunião de cada mês se realizava com as discussões dos casos e o preenchimento desse quadro informativo. Com ele, acompanhamos todo o processo do desenvolvimento do projeto e tínhamos as informações atualizadas para subsidiar o trabalho do CREAS, que fazia relatório mensal de monitoramento do trabalho.

Já o segundo instrumento era um quadro que permitia o controle de cada caso, e em qual fase de atendimento ele se encontrava, pois nesse quadro constavam informações como o nome completo da pessoa idosa, o início do atendimento, sua situação familiar, suas características aferidas nos testes, as atividades desenvolvidas, os objetivos alcançados e em que fase de desenvolvimento se encontrava.

Nesse quadro, podíamos ver todo o trabalho de todos os envolvidos no projeto. A equipe psicossocial fornecia os dados de caracterização familiar, o que possibilitou compreender melhor o lugar do idoso e do cuidador na família. Entender quem era a Pessoa Idosa nos deu dados para levar as atividades que mais se enquadravam naquele perfil, ao mesmo tempo em que nos auxiliou nas discussões mensais com cuidadores sobre o processo de envelhecimento. Discutir a individualidade do

envelhecimento fez com que alguns cuidadores familiares começassem a entender e aceitar o seu próprio envelhecimento. E compreender que envelhecer não é genético, mas uma das etapas do desenvolvimento humano. Essa compreensão auxiliou na superação da concepção fatalista do viver humano, transformando o ditado popular “filho de peixe, peixinho é” para a construção de um novo ditado “sou filho de peixe, mas posso construir uma história diferente da que meus pais viveram”.

Outro dado importante do segundo instrumento foi a fase em que se encontrava o trabalho, com cada família. Nem todos os casos foram atendidos seguindo a sequência: fase 1, fase 2, fase 3. Houve casos em que não conseguimos chegar ao idoso. Um exemplo foi o trabalho desenvolvido com a cuidadora, nora da idosa. A queixa de violência não era contra a idosa, mas dessa para com a cuidadora que estava em um casamento falido e não tinha como se desvencilhar dessa situação. A atuação, nesse caso, foi da psicóloga que conseguiu que a cuidadora procurasse ajuda de profissionais para lhe auxiliar.

Outra situação de não sequência das fases foi de uma idosa que se encontrava em cárcere privado. O filho saía de manhã para o trabalho e deixava a mãe trancada em casa. Ela era lúcida, conseguia se comunicar com os vizinhos. Fomos até a residência e constatamos que o filho tinha medo que a mãe se machucasse, portanto a trancava em casa imaginando que dessa forma a estava protegendo. Porém, nem ao telefone ela tinha acesso. Conseguimos entrar em contato com o filho, exigir que nos permitisse ver sua mãe e conversar com ela. No diálogo com a idosa, em companhia do filho, a mãe disse que queria ir embora para morar junto com o irmão dela. O filho afirmou que esse irmão não existia e, se existisse, não queria ficar com a irmã. Conseguimos o telefone do irmão, o qual ficou feliz de poder ter a irmã com ele. O filho acabou concordando que a mãe fosse para perto do irmão. Passado um tempo, a própria idosa ligou para a equipe agradecendo o apoio e dizendo estar muito bem em companhia do irmão.

Em outras situações, alguns vieram a falecer logo no início do trabalho. Foi possível apenas chegarmos à residência e deixar fluir a energia ali presente.

Atividades Externas

1. Campanha de Enfrentamento a Violência

A campanha de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa foi proposta com o objetivo de alertar a população para uma realidade presente no cotidiano que, muitas vezes, tem a convivência da sociedade. Outro objetivo da campanha foi o de divulgar o Disque 100.

A ação ocorreu no dia quatro de abril de 2014, no Poupa Tempo. Foram distribuídas 1000 cartilhas sobre a temática e realizadas orientações para as pessoas abordadas. Houve a participação da equipe do Instituto Energia, equipe do CREAS e idosos participantes das atividades do Instituto Energia. Contamos com a participação de um ator mímico, que deu um caráter lúdico a atividade.

Após a ação realizada dentro do Poupa Tempo, foi iniciada uma caminhada na cidade. Durante a caminhada foram fixados cartazes sobre a temática nos estabelecimentos comerciais e conversado com os comerciantes sobre a importância de estarem atentos à essa situação. Foi produzido um vídeo que pode ser acessado pelo YouTube, no seguinte link: <https://goo.gl/mmnAZq..>

A campanha teve ampla divulgação na mídia local, alguns idosos que estiveram presentes participando da ação foram entrevistados pela mídia televisiva e diversas notícias saíram na mídia impressa.

2. Oficina de Fotografia

Durante o mês de maio de 2014 foram realizadas oficinas de fotografia no Orquidário Municipal. O objetivo foi a ampliação do universo cultural, tendo a lente de uma câmara como um instrumento mediador da percepção do mundo.

Conseguimos levar vários idosos, não só do Projeto, mas dos que participam das atividades do Instituto Energia. O número de idosos do Projeto foi bem menor do que desejamos, mas quem participou gostou muito da experiência.

3. Exposição de Fotografias

No dia 13 de setembro de 2014, levamos os idosos do Projeto na Mirada–Festival Ibero-Americano de Artes Cênicas realizada na cidade.

Conseguimos a participação de idosos e cuidadores nessa atividade. Foi muito rico esse passeio. Alguns idosos se surpreenderam com o próprio desempenho nessa ação, pois tivemos que percorrer vários espaços diferentes e com diferentes acessos. Alguns idosos com bengala tinham receio de participar e ao final relatam

que apreciaram muito a atividade. Ao chegarmos, participamos de uma oficina que apresentou a exposição e monitores nos acompanharam na visita.

4. *Baile do Idoso*

O baile aconteceu no dia 01 de outubro de 2014, em um clube da cidade.

A equipe do Instituto Energia foi buscar em suas residências algumas idosas que tinham dificuldade de locomoção. No início, elas estavam tímidas, por isso, ficamos sentadas um pouco e elas começaram a conversar e se conhecer. As convidamos para irem dançar no salão e começamos a dançar, foi muito prazeroso. Quem estava com dores nas pernas, dançou e esqueceu as dores; quem andava triste, pensando em suicídio, movimentou o corpo na pista com muita disposição e um sorriso estampado no rosto; quem andava brava com a assistente social achando que iria a uma ILPI, dançou bastante com a amiga e sorriu e; quem andava preocupada que a irmã, que estava em uma ILPI, voltasse para casa e a atrapalhasse na hora de ir para uma cirurgia, experimentou alguns passos em companhia dos profissionais da equipe.

Durante os intervalos, tiveram sorteios e no nosso grupo duas pessoas ganharam presentes nesse sorteio. Mesmo sem prêmios, a diversão foi garantida!

Definitivamente, dançar é um ótimo remédio.

5. *Piquenique na Lagoa da Saudade*

No dia 09 de outubro, fizemos um piquenique. A ideia que surgiu em uma conversa com uma idosa, durante visita domiciliar com a psicóloga e a assistente social. A idosa estava falando do que gostava de fazer, e comentou que gostava de piquenique quando jovem. Essa idosa sai pouco de casa e tem grande resistência em deixar seu filho idoso, que é acamado, aos cuidados de seus outros filhos, para fazer alguma atividade externa que lhe dê prazer. Aproveitamos a oportunidade para comprometê-la com a tarefa, e ela acabou participando desfrutando do convívio com o grupo.

O objetivo dessa atividade foi construir coletivamente um evento, criar a possibilidade de, durante um período, ter algo prazeroso para planejar e pensar, como preparar o lanche que gostariam de compartilhar com os colegas. Buscamos

envolver as convidadas com esse espírito e uma idosa não conseguiu comparecer, mas mandou o bolo que fez para o piquenique.

Montada a mesa do piquenique com alimentos e bebidas, as idosas foram para a ponte da lagoa; fotos foram tiradas e cruzaram a ponte para passear do outro lado.

Na volta, algumas idosas foram brincar no balanço. A alegria estampada no rosto, a brincadeira de criança, a risada solta trazendo lembranças do passado animaram as idosas. Em seguida, foi realizada uma atividade de integração para que elas se conhecessem e falassem algo sobre si.

No final do evento, Ediméia (Agente de Atividades) fez uma dinâmica com as idosas. O objetivo era falar sobre suas qualidades e, mesmo sem se conhecerem, falar do que via de qualidade em outra pessoa do grupo. No início da atividade, Ediméia, deu uma caixa de presente que ia passando para quem estava elencando suas qualidades. No final, a caixa foi aberta e a última pessoa a receber distribuiu o presente: os bombons. Todos receberam um bombom.

Considerações finais

O Projeto: “Cuidar é Compartilhar” se encerrou em dezembro de 2014. Em novembro desse ano, foi realizado um **Encontro de Confraternização de Fim de Ano e Avaliação do Projeto** com os participantes.

A festa de confraternização foi pensada como a última atividade externa para os idosos atendidos. A proposta foi a de um lanche coletivo com amigo secreto. Solicitamos que as pessoas fizessem ou comprassem previamente uma pequena lembrança para o amigo que seria sorteado durante a festa. O objetivo era de compartilhar a presença, a troca afetiva e realizar uma avaliação.

Os idosos foram chegando aos poucos. Dessa vez, a maioria foi sozinha para o local do encontro, o que nos indica uma maior independência e autonomia, pois em atividade anterior, eles foram para o CREAS e dependeram do transporte da Prefeitura para chegar ao local do evento.

Iniciamos o encontro com uma atividade de apresentação e, em duplas, as pessoas conversaram sobre sentimentos com o apoio do material criado por Patrícia Gebim(1998). Essa atividade facilitou a avaliação do nosso trabalho. Recebemos depoimentos de idosos, familiares e cuidadores. Segue a transcrição de alguns desses depoimentos, que foram gravados:

- Neta da Sra. A.
 - Denúncia: violência psicológica da neta contra a avó acamada.
 - A avó veio para a festa em cadeira de rodas acompanhada pela neta.

Relato da neta ao final da atividade: *“... muitas vezes eu sei que não dá para fazer tudo que eu quero, eu sei que tenho que ter paciência... bastante responsabilidade, solidariedade...e tudo que tem nessas cartas que vocês falaram, eu tenho tudo isso... Eu aprendi muito com a minha avó, aprendi a amar ela como se tivesse no lugar dela, sei que ela faria tudo por mim...”*

O texto a seguir foi elaborado pela neta, em homenagem a equipe e às idosas presentes no encontro, ao final do amigo secreto: *“Nós ouvimos palavras ditas com carinho, de que na vida ninguém é feliz sozinho e vocês são pessoas que sempre nos fizeram bem, protegeram e nos afastaram de todo o perigo. Quando nós precisamos, vocês sempre estiveram conosco. Obrigada por vocês existirem, é bom ter vocês aqui.”*

- Cuidadora contratada da Sra. O.

“Eu quero falar pra vocês, profissionais que atendem as idosas, olhem em cada rosto, esse sorriso no rosto... Esse brilho no olhar se deve ao trabalho de vocês nas casas. Eu queria que vocês soubessem que cada uma de vocês é especial (apontando para a equipe). Eu sou auxiliar da Dona O e sei o que ela passa, então eu queria que vocês soubessem, que tudo que vocês fazem está revertido em créditos e lá na frente vocês vão colher.”

- Irmã e cuidadora da Sra. M.

- Denúncia: acolhimento institucional.

“Eu tenho uma irmã com 87 anos com Alzheimer, eu trabalho fora, faço almoço, dou banho nela, então.. .é muito difícil a minha vida. Eu não posso ter vida, eu não posso sair, eu não posso ir à praia, eu não posso fazer uma compra, porque eu fico com ela noite e dia. Então eu acredito e tenho fé em Deus que essa situação vai melhorar, mas eu queria agradecer pelo apoio que vocês me dão, no meu desespero, no meu nervoso, vocês estão sempre do meu lado. Essa menina (Daniele - Agente de Atividades) toda semana vai lá em casa, já aguentou grandes barras comigo, me dá muito apoio e que Deus abençoe vocês que dê muita saúde e alegria em tudo que vocês fazem por nós”.

- Irmã idosa e cuidadora da Sra. O

- Denúncia: acolhimento institucional e estresse da cuidadora.

Caso atendido na primeira fase do projeto e desligado, pois a cuidadora desistiu da internação e se fortaleceu conseguindo colocar limites para a irmã.

A irmã cuidadora continua participando das atividades extras do Projeto desde então.

Internou a irmã, pois ela quebrou o braço e a cuidadora iria fazer cirurgia de catarata e não poderia dispensar os cuidados necessários.

“... Eu estava numa situação complicada, não conseguia ver saída e vocês me abriram os olhos, me mostraram novos caminhos. Quando eu falei pra você (Mônica - Assistente Social) aquela história toda... que ela tinha um dinheirinho na poupança e eu ficava com medo de internar ela com esse dinheiro o que que aconteceu? Ela se quebrou (quebrou o braço) coloquei ela lá (ILPI), esse dinheirinho tá dando... agora veio o outro, veio pouco mas veio. Tudo por que eu fui falar com o promotor, eu te falei né? Ele mandou pro advogado, resolveu e esse mês vai resolver tudo. Ela está feliz lá... sempre que vou visitar pergunto se ela quer voltar e diz que não está boa ainda, ela pensa que vai melhorar, nem no Natal quer voltar porque vai ter festa lá na casa”.

- T – idosa.

- Denúncia: violência psicológica do filho adulto usuário de drogas.

A Assistente Social Mônica acompanhou a idosa a reuniões de Grupo de Apoio a familiares de dependentes químicos – Amor Exigente.

A Agente de Atividades Daniele construiu com a idosa uma colcha de retalhos como atividade semanal.

“... vocês sabem a minha história, eu tenho um filho usuário de drogas... nos momentos de crise a família desaparece e a gente não tem ninguém e a presença da ONG nos fortalece para tomar atitudes, a gente precisa de alguém que nos oriente”.

- Viúva do Sr. P.

- Denúncia: Filha do idoso que mora em Santa Catarina denunciou que a idosa não deixava ela fazer contato com o pai que estava doente.

O idoso faleceu em três de julho de 2014 e a idosa passou a ser atendida pela equipe

“... eu perdi meu marido esse ano e fiquei muito perdida...(emocionada), hoje eu só tenho a agradecer porque vocês têm me ajudado muito e me dado forças” (recebeu um abraço da Ediméia – Agente de Atividades).

- O – idosa.
- Demanda do Ministério Público.

A idosa perdeu a filha deficiente intelectual, que estava internada em Sanatório e era curatelada pela irmã. A idosa cortou relações com essa filha, pois acredita que ela foi responsável pela morte da irmã.

A idosa tem uma cuidadora contratada.

“... quando minha filha morreu, eu fui no promotor para pedir ajuda pois estava sozinha. Ele prometeu me dar uma resposta em 10 dias, e foi o que aconteceu. No décimo dia ligaram dizendo que um Assistente Social entraria em contato, primeiro veio a Psicóloga do CREAS e depois vocês vieram. Esse projeto é o que alegra a minha vida. Eu tenho a L que me ajuda e com as visitas de vocês toda semana, estou muito feliz. Esse projeto não pode acabar, o que vai ser de mim? Se esse projeto acabar, vou falar com o Promotor, ele disse que iria me ajudar!”.

Nessa fala, uma idosa entra e diz: “Eu também vou falar com o promotor, vamos fazer um grupo!” E outras idosas levantaram as mãos em concordância.

Após os depoimentos, passamos para o lanche e a entrega do amigo secreto, com a troca de presentes e o sorteio de uma guirlanda de Natal. No final do encontro, a equipe do Instituto Energia entregou mini panetões para as idosas.

O papel de uma organização social, quando desenvolve projetos com recursos públicos é auxiliar na implementação de Políticas Públicas. Esse foi o trabalho que o Instituto Energia fez: atuou junto com os profissionais do Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) para garantir que a metodologia do trabalho desenvolvido pudesse ser continuada. Infelizmente, não foi isso que aconteceu. O trabalho foi interrompido. Mas, temos certeza que contribuimos para que outras propostas pudessem ser incorporadas na prática das Políticas Públicas.

Agradecimentos

À Equipe do Instituto Energia:

Alexsandra Izar Silva Santos – Agente de Atividades

Daniele Ribeiro – Agente de Atividades

Denise Carvalho Machado – Psicóloga; CRP 06/115772

Ediméia Trovati – Agente de Atividades

Eliza Montrezol- Coordenadora do projeto

Marília Berzins – Supervisora do Projeto

Mônica Kellermann Pereira - Assistente Social; CRESS: 7536

Nathalia Barros de Andrade - Terapeuta Ocupacional- CREFITO-3: 14084-TO

Referências

BRASIL. (2007) **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde.

Figueiredo, A. E. B.; Sousa, E. R.; Njaine, K. & Ribeiro, A. P. (2010). Centro de Atenção e Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa e Observatório Nacional do Idoso: uma questão de direitos In: Berzins, M.V. & Malagutti, W. (org.) **Rompendo o silêncio**: faces da violência na velhice. São Paulo: Martinari. p. 107-121.

Garrido, R. & Menezes, P. (2004). Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psiquiátrico. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6; p. 835-841.

Gebim, P. (1998) **Palavra de Criança**: coisas que você pode aprender com sua criança interior. São Paulo. Pensamento.

Melani, R. A. H. (2006). Motricidade e Humanização In: Kolyniak Filho, C. & Melani, R.A.H. **Motricidade**: um novo olhar sobre o movimento humano. São Paulo: EDUC. p. 23.

CAPÍTULO 31 – RELATO DE VIDA. IDOSOS: FORTES E VULNERÁVEIS

Ana Fraiman

Sinto-me autorizada a realizar um registro psico-fenomenológico e o faço do ponto de observação, absolutamente privilegiado, em que me encontro hoje.

Sou idosa casada com um homem igualmente idoso. Convivo diária e intimamente com idosos amigos e familiares, converso com idosos no condomínio em que residimos, além de atender e cuidar de idosos e seus familiares em meu consultório, em São Paulo.

Tenho o idoso por foco de meu trabalho e estudo desde 1979, quando no Brasil ainda não existiam idosos, pelo simples motivo de que os chamávamos velhos e velhinhos, sem correremos o risco de sermos politicamente incorretos.

Na década de 1980 apresentei dissertação sobre o envelhecimento social, entrevistando e convivendo com idosos frequentadores do SESC por longo tempo e, mais tarde, a primeira profissional a abordar o tema Velhice – que passou a se chamar mais tarde Terceira Idade – numa coluna mensal de revista de circulação nacional, a Revista Cláudia, da Editora Abril.

Naquele tempo nenhum órgão se interessava pela temática social do envelhecimento. Nas universidades e nos cursos de formação de profissionais para o trabalho junto aos grupos de idosos, professores e alunos se serviam em meus primeiros escritos. Rádios, tevês e jornais somente se interessaram pelo assunto quando comecei a falar de sexo na terceira idade, material que extraí das entrevistas feitas com os idosos que me possibilitaram escrever e apresentar a dissertação, desde que eu garantisse o mais absoluto sigilo e desligasse o gravador quando estivessem comentando, melhor dizendo, segredando sobre sua vida sexual, quando das nossas entrevistas.

Para apresentar o que importa à geração dos 60+, enquanto um grande segmento da classe média paulista e paulistana, como essa geração enxerga hoje a vida, pensa e sente, o que faz e como faz as coisas que eles acham que merecem ser feitas, organizei suas falas em alguns temas palpantes. Assim fiz com a finalidade de facilitar a apreensão do todo, embora não considere que recortando o todo é que as coisas sejam mais fáceis de serem compreendidas. No mais das vezes, é exatamente o contrário.

Porque retratar este segmento? Porque é por onde caminho e me situo com maior desenvoltura, conheço seus pontos cardeais e seus autoenganos. Sei de suas graças e desgrças, das mazelas do dia a dia e sonhos que jamais haverão de se cumprir, mas que são sonhados por serem prazerosos. Ilusões com que povoam noites vazias e dias compridos com que tentam preencher seus momentos de Nada. Sou parte do segmento e me identifico com ele. Por vezes, vê-los e ouvi-los me causa a impressão de haver entrado numa caixa de espelhos, com direito a ouvir os ecos de um desafinado coral que se entende e que, nas conversas que rolam soltas, aprecia recuperar palavras e expressões caídas em desuso e dar risadas de si próprios, de suas mazelas, sonhos e felicidades.

Sei que para os homens é muito mais fácil que para as mulheres preencherem seus dias com um monte de nada. As mulheres, que foram criadas para servir e para se sentirem necessárias aos outros, diga-se, que respondem – nem todas, mas a maioria – pronta e alegremente, quando convocadas por familiares, amigos e vizinhos e, até por gentes várias de quem elas sequer sabem os nomes, elas quase nunca ficam paradas, nem receiam a aposentadoria. As mulheres não têm ‘parada’ e, se brincar, elas adotam seus pais e sogros como filhos. E se perigar, também transformam seus respectivos maridos em filhos mimados, ainda que reclamem. Esse fenômeno começa aos 30 anos, mais ou menos.

Fosse um bolo a repartir entre os leitores, alguns ganhariam cerejas, enquanto outros ficariam somente com o chantilly. Cabem reclamações, cabem protestos. Os que apreciam o bolo, porém, acredito que se sentirão satisfeitos e, talvez peçam para repetir. Outros, logo rejeitarão por não gostar e, ainda outros, vão querer a receita. Tem pessoas que não gostam muito de falar de si, porque não se têm em conta de importantes. – Minha vida é chata. Pergunta para outra pessoa, que eu não sei dizer nada de empolgante. Procuo estimular: - É só contar algumas de suas histórias, como você lida com o fato de estar envelhecendo. Na simplicidade, muitas se animam e começam a falar. Quando se vai ver o tempo passou voando.

Penso que os relatos sobre a vida vivida não passam de histórias que as pessoas se contam, sabendo que, a nossa memória, além de seletiva é muito mentirosa. Fatos, somente, são muito enjoativos, embora haja quem aprecie bolos bem enjoativos. Precisamos atribuir significados e valores aos fatos. Além disso,

também precisamos compartilhá-los. Existe a ânsia generalizada de ser visto, ouvido e tocado. Dizer é uma coisa. Um afirmar mais ou menos categórico em relação ao que se pretende. Mas, falar empana ou abrihanta os olhos e soa aos ouvidos d'alma. A intimidade se estabelece e a conversa se torna muito prazerosa. Nesse caso, alguns leitores vão dispensar a massa do bolo, ficando com recheio e cobertura. E outros dirão, não, prefiro bolo seco.

Conversei, portanto, com todas as pessoas aqui retratadas. Recuperamos temas espinhosos como família, separação, solidão e morte, que décadas atrás eram tratados à boca pequena. Conversar sobre dinheiro e previdência era muito fácil. Mas sobre sexo, quase impossível. Quero ressaltar que as pessoas que aqui têm suas falas registradas, viveram tempos de ditadura. Foram muitos anos passados com as vozes caladas e ideias travadas no obscurantismo da mente e dos procedimentos ilegais da nossa política fardada. Nem tudo se resume aos porões e torturas, mas cabe dizer que nos foi vedado apimentar nossos gostosos e descontraídos encontros de amigos e de namorados. Esposa não mencionava o que o marido não permitia e eles eram muito briosos de suas hombridades e virilidades.

Para ouvi-las, seus maridos – àquela época, muito desconfiados - não poderiam estar presentes. Por seu turno, mesmo quando se dispunham, eles mal sabiam o que dizer de si próprios, principalmente para uma psicóloga e sexóloga jovem que ousava falar em alto e bom som – ou tom – daquilo que se provava, mas que não se admitia.

Nem com os médicos eles o fariam. Próstata, um quase palavrão não se dizia em voz alta. Fracassar nos negócios já era terrível, porque havia a cultura do bom nome na praça, mas fracassar no sexo era indizível, quando o casal não conversava abertamente entre si e primava por fazer sexo de luz apagada.

Filhos desnaturados e filha grávida, outras desmedidas vergonhas. Culpa da mãe que não soube educar. Mulher não tinha que trabalhar fora de casa. Isso seria passar um certificado de incompetência para o homem que não dava conta de sua família. Mulher pondo dinheiro em casa? Era uma desonra. E não era isso que elas desejavam para si, não a ponto de enfrentar seus próprios pais e o restante da família. Uma minoria diferenciada, artistas e intelectuais foi mais ousada. As mulheres, de modo geral, eram submissas à cultura macha. Seus sonhos femininos, em relação aos homens - que lhes garantiam tudo do ponto de vista deles, porém

não necessariamente delas – passava ao largo de terem educação universitária e trabalhar para se realizarem como pessoas.

Contudo, foram elas, a geração que tem hoje seus 70, 80 anos de idade, as que se atreveram educar suas filhas e filhos de modo diferente. Diziam: - Eu já não posso mais, mas você, minha filha, não vai ser dependente de homem, não. Mulher tem que ter o seu dinheiro. Estude, trabalhe e faça o que as mulheres como eu não puderam. Você meu filho, pode me ajudar aqui com a casa, que não é só mulher que lava e passa. Junte suas coisas, pendure a toalha molhada e não arrote à mesa. E leve o lixo para fora!

Envelhecer

Tido como um tempo de grandes renúncias, a sensação de perda é devastadora. Eles se ressentem da aposentadoria. Elas se ressentem do afastamento dos filhos. E das doenças graves dos maridos, de quem precisam cuidar. Há casos em que os maridos é que cuidam de suas esposas adoentadas e limitadas. Mesmo que nas primeiras décadas do casamento tenham estado muito ausentes de casa e tenham sido, inclusive, indiferentes às necessidades afetivas das esposas, quando elas desenvolvem uma doença muito grave, eles são capazes de mudar drasticamente de atitude e passam a cuidá-las com desvelo. As mulheres, de forma geral, têm redes de apoio social e afetivo, tendo feito amigas que participam ativamente dos cuidados necessários e, assim, dão respaldo aos maridos. À hora em que doenças graves se manifestam, as mulheres têm mais apoio das vizinhas, irmãs, primas e filhos, do que os homens, uma vez que culturalmente elas são mais hábeis em cultivar amizades antigas e sinceras ao longo da vida.

Ambos, marido e mulher, porém, também se ressentem de doenças menos graves, não incapacitantes, mas limitantes, que fazem doer o corpo todo. São dores antigas e são dores que também caminham, difíceis e custosas de serem tratadas e que, também lhes apresentam as contas das sucessivas desmoralizações de que são alvos. Por mais amor que tenham um pelo outro, as agressões verbais são muitas, a impaciência é ingrediente que tempera a convivência no mundo cotidiano e, tanto ele como ela, se desqualificam, utilizando-se de termos como gorda, preguiçoso, implicante, chato demais, desanimada, descuidado, comentando em voz alta sobre intimidades da vida doméstica e de casal. Que são verdadeiramente

constrangedoras. Têm tempo, mas não têm dinheiro para aproveitá-lo. Comunicação não-violenta passa ao largo. Disputam a atenção de filhos, netos e vizinhos que os visitam, expõem suas decepções e antigos rancores, como se com isso quisessem valorizar os sacrifícios que fazem nestas relações de dor e de pouco amor manifesto por tão longo termo. As dores que caminham pelo corpo talvez respondessem melhor aos abraços e às conversas que lhes faltam há muitos anos. E, também, não têm quem lhes dê estes abraços amigos e a roda da vida gira em velocidade vertiginosa.

Vão mais a hospitais e enterros que a festas. Aniversários de filhos e netos não os incluem. Para os pais de mais idade, uma pizzaria já está de bom tamanho. Para os amigos e colegas de trabalho, festas regadas a bons vinhos e entretenimento. Uma das senhoras, 77 anos, comenta: - Eu me sinto mal quando vou à casa de meu filho. Não é aconchegante. A mulher dele me trata muito bem, mas é aquele tratamento respeitoso, sabe? Tratamento que se dispensa às visitas? Vive dizendo que se eu precisar de alguma coisa que eu peça e ela virá. Primeiro, que sempre que eu peço ela está no auge de um trabalho muito complicado, que não pode largar. Segundo, eu me pergunto por que os filhos só vêm quando a gente precisa? Não poderiam vir só para conversar, assistir junto a um seriado do Netflix? Eu assisto sozinha. Meu marido logo adormece e eu passo as lentas horas dos domingos sem ter nem com quem falar. Envelhecer dá tédio.

Outra senhora, que não declara a idade, tem nos fins de semana os seus dias mais movimentados e cheios de calor humano. – Eu não quis me casar. Não sou dada a cuidar de filhos, de cuidar as casa, faço só o básico. Mas adoro conviver com os meus sobrinhos. Tenho até sobrinho bisneto. Eles me chamam tia-bisa, umas graças. Se eu teria quem me cuidasse em caso de maiores necessidades? Nenhum deles nada em dinheiro, mas já fui levada por sobrinho a um pronto socorro. A nora da minha irmã mais velha se dá melhor comigo que com ela. A gente vive se falando. Tem o nosso grupo familiar no *whatsapp*. Muito divertido, todo mundo fala com todo mundo, todos os dias. E tem gente de fora do Brasil! Nossas reuniões nunca têm menos de vinte pessoas. Na semana faço minhas atividades. No SESC. Na USP. Faculdades de Maturidade, Melhor Idade, isso não. As discussões nunca são profundas o suficiente. Eu adoro bons livros. Prefiro encontros mais intimistas, nada de muvuca. Não me faltam amigas. E amigos. Sempre me dei melhor com eles

que com elas, mas depois que envelheci conheci algumas fantásticas. Não sofro de solidão. Fiz bem em não me casar.

Bens e patrimônio

Quase todas as pessoas de mais idade se ressentem do pouco que recebem na aposentadoria. Ainda que muitos tenham tido cabeça para construir um sólido patrimônio e poder contar com uma boa renda mensal ou anual, a maioria incorreu num grave engano que foi e continua sendo largamente cometido: um, confundir aposentadoria com poupança. Diz Maria Antonieta: - “Fiz pior, achei que a aposentadoria era um tipo de seguro. Se não tivesse recolhido nada para o INSS e, simplesmente tivesse guardado oito por cento do que ganhei ao longo da minha vida de trabalho, hoje eu seria milionária. Faz aí as contas. Digamos que meu salário médio foi de quatro mil e duzentos por mês. Multiplica por 12 meses e depois por 30 anos. Teria, sem contar a correção monetária, no mínimo, um apartamento de mais de quatrocentos mil. Hoje, nem casa própria eu tenho. Fui muito burra,”.

Outro erro foi distribuir prodigamente os bens em vida, em favor dos filhos. E netos. Foram custeados estudos, viagens, negócios. Faculdades caras e cursos *after school*. Escolas de línguas, professores disso e daquilo: esportes, ballets, acampamentos, férias na praia ou na Disney para a família e agregados. Mesadas polpudas. Foram doados apartamentos totalmente montados por ocasião do casamento de filhos e filhas, além do patrocínio de festas e mais festas. Dos 15 anos, de formatura, noivado e, óbvio, casamento. Foram pagas, inclusive, as luas-de-mel, além dos almoços após o civil, o religioso e um grande enxoval. Roupas de marca. Carros e restaurantes. Empréstimos e avais. Os atuais idosos decidiram dar para sua família tudo que eles próprios não tiveram na infância, por conta das migrações e imigrações. E sentiram-se muito orgulhosos de si com toda essa prodigalidade.

A maioria afirma ter cometido muitos enganos, uma vez que não previram o resultado dessa ganância. Filhos que permanecem na casa dos pais até depois dos 30, filhos que retornam depois de casamentos desfeitos e, dificilmente pagam aluguel para seus pais. Simplesmente chegam e se servem. E os pais os acolhem, com algum sacrifício. As reservas minguam e a possibilidade de repor o capital que desaparece rapidamente leva-os à beira do desespero. À hora em que os filhos da classe média são chamados a ajudar financeiramente seus pais, agora com

bastante idade, tudo lhes custa muito caro e não há retribuição à altura do que receberam. Há, também, os que continuam sugando e se aproveitando dos empréstimos consignados.

A vida do idoso médio - classe média, paulista paulistana - é muito cara, especialmente se estiver doente, residindo em casa própria e em bairro distante dos filhos e/ou irmãos. Quando se instalam doenças graves como o Parkinson, o Alzheimer ou um AVC com sequelas, em dois ou três familiares, afora os cânceres, as pneumonias, as artrites e lombalgias, as quedas, as cirurgias cardíacas e os simples resfriados, a correria é intensa e é necessário arregimentar um batalhão de pessoas, amigos, familiares e profissionais para tentar assegurar-lhes alguma qualidade de vida. Manter os idosos em casa própria é quase insuportável financeiramente e, um tanto impraticável, mesmo quando se instala um *home care*. Somente os gastos com a alimentação de mais 4 a 5 pessoas, para cuidar de um idoso equivale, praticamente, a sustentar uma família a mais.

O sumiço de pertences e joias é uma ocorrência bastante frequente. A comilança desenfreada, as falhas nos procedimentos e demais ocorrências, que escapam ao controle do cuidador principal, faz com que quase toda a família se torne refém de maus tratos e de atendimentos precários dos serviços de saúde. Não se sabe com exatidão, quem mais maltrata os idosos: se os profissionais contratados ou os familiares cuidadores, porque a irritação é a tônica de um relacionamento de um parente próximo com um idoso seriamente comprometido. Especialmente quando o relacionamento anterior já não era bom nem equilibrado.

O cuidador familiar, cuja função é integralmente quase sempre assumida por uma filha ou nora, vive por muito tempo em situação de *stress* continuado. Suas frustrações, a perda de liberdade própria, a invasão de sua vida privada e, não raramente os abusos que os irmãos cometem – porque fica tudo nas costas de uma só pessoa – levam-na a despejar sua exasperação na pessoa do idoso que, pelo seu estado é altamente vulnerável. Temos, então, o quadro mais comum: uma idosa (filha ou nora) perto dos seus 60 anos, cuidando de outro(s) idoso(s). - Quando se tem um bom seguro e, minha mãe tem, ainda dá para levar. De qualquer forma é gente demais entrando e saindo e muita despesa para controlar. Sílvia Maria, aos 57 anos precisou parar de trabalhar para cuidar de sua mãe. –Não vou conseguir me aposentar nunca! Não tenho dinheiro para pagar todo mês e, agora perdi meus direitos trabalhistas. Passei a viver da aposentadoria dela. Meus irmãos não ajudam

em nada e, quando vêm visitar, ainda passam a mão num dinheirinho que eu guardo na cômoda, depois de terem almoçado e largado a cozinha suja para trás. Mas a minha mãe só fala bem deles. É Toninho pra cá, Carlinhos pra lá e para mim, nada! É porque eles são homens. E vivem longe. Eu que estou perto levo todas as buchas.

Doralice, aos 48 anos, perdeu a alegria de viver. - Ter trazido minha mãe para morar conosco custou meu casamento. Não, não houve separação. Somente que meu marido se afastou de mim e deu de beber lá, com as nega dele no bar, por que eu passava dia e noite só em função dela. Larguei ele para trás, porque não dava para cuidar disso e daquilo. Meus filhos, muito egoístas, naquela idade que só querem saber de baile *funk* não me ajudavam. Uma empregada só não dava conta. Fiquei imprestável. Até hoje não me recuperei. A vida que eu tinha se desmontou. E minha saúde ficou bastante prejudicada. Estou com 59 e não vejo perspectiva alguma de melhora. Tinha dias em que eu só pensava em sumir. Em me matar, mesmo. Muito a contragosto, aceitei me tratar, ouvir palestras dos cuidadores. Melhorou. Nada disso faz sentido. Se eu soubesse não tinha casado, criado família.

Já o casal Mariana e Claudionor, ambos com 73 anos, ela professora aposentada, que se dedica a casa, ele engenheiro mecânico ainda na ativa, uma vez que abriu uma oficina de serviços depois de se aposentar, cuidaram dos pais dele e a seguir da mãe dela. Os três desenvolveram Alzheimer, além de diabetes e outras complicações. – Difícil. Muito difícil. Mas nós montamos meio que uma empresa para cuidar deles. Os irmãos dela e a minha irmã também contribuía, mas a maior parte ficou conosco. A coisa boa, que jamais foi problema foi que, tanto de um lado como de outro, os velhos souberam guardar dinheiro. Não custou um centavo para o nosso bolso. Só trabalho braçal, ele toma a palavra e ambos dão risada. Cuidei da administração financeira e dos documentos, bancos, essas coisas. Estava tudo enrolado, mas com paciência fui colocando tudo nos trilhos. Minha irmã cuidou da parte médica dos meus pais e, às vezes até dos dela – referindo-se aos pais de sua esposa. Levava, trazia, cuidava da medicação. A filha dela assumiu levar passear, para dar uma folga. E os outros três sobrinhos iam lá visitar, fazer companhia para os avós. Chegamos até a viajar para ver os filhos e aproveitamos tudo.

Não participavam porque moram fora do país. As empregadas eram boas. Só uma é que deu trabalho, por que entrou na justiça, alegou que fazia dupla jornada e, de certo modo fazia. Desvio de função, hora extra. Ganhou a causa e tivemos que

desembolsar um bom dinheiro. Mas os meus pais tinham. Quando a mãe da Mariana adoeceu, já sabíamos o que viria pela frente. O susto foi menor. Quando contratamos alguém já fizemos tudo direitinho, na lei. Contratamos também cuidadores profissionais e eu é que checava tudo. Mariana se perdeu um pouco. Muito emotiva. Eu sou engenheiro, bem objetivo. Fui criticado a minha vida toda por causa disso. Diziam que eu tinha sangue de barata. Meus empregados, eu soube, falavam que eu era insensível, que teve vezes em que fui cruel. Mas nessas horas ser duro ajuda. Nossa casa já estava adaptada e foi menos confuso.

Especial e saboroso foi o protesto de um senhor de 84 anos: - Para com esse negócio de ir envelhecendo! Já me enjoou. Tem fazer isso, tem que fazer aquilo, um milhão de fórmulas para se conservar inteiro! Antes eu comia. Depois comecei a contar calorias. Então passei a me alimentar bem. Agora tenho que me preocupar com nutrição, vitaminas, fibras e que tais. Coisa mais chata! Vou a palestras sobre envelhecimento e está todo mundo falando a mesma coisa. Eu sou bom vendedor. Quando todo mundo pensa do mesmo jeito a coisa não é boa. O produto está adulterado. Falando claro: eu não estou envelhecendo. Eu vou vivendo. Problema de idade é para os estatísticos. Doenças? Deixa com os médicos. Estou procurando uma namorada. Mas que não tenha filhos, não suporto muito nem a convivência com os meus. Você conhece alguma para me apresentar? Sinto falta dos tempos em que eu só sentava à mesa para comer bem. Ela tem que ser desse meu jeito. Conhece alguém?

Sexo e intimidade

Abordo aqui temas caros sobre o que pessoas de mais idade conversam espontaneamente entre si: sexo e intimidade; relacionamentos familiares; casamento e viuvez; dinheiro; tarefas do dia a dia, solidão, autonomia e medos. E espiritualidade. É provável que muitos deles também falem de amor com amor. As histórias, que aqui registro, gravadas na minha memória, transcrevo com carinho e consideração. É inspirada neste conhecimento e no meu autoconhecimento que escrevo.

Falar abertamente sobre sexo não significa que houve tanta mudança assim. A resposta mais frequente nas pesquisas é que os homens, que estão hoje com mais de sessenta, fazem sexo duas ou três vezes por semana. Porém as pesquisas

não esclarecem a qualidade do sexo feito. Se bom, se ruim, se prazeroso, se desgostoso. Para Dirceu, cartunista, sexo é bom, mesmo quando é ruim.

Para os homens mais velhos, não tem tempo ruim. Eles gostam de sexo, do jeito que der, à hora que puder. Uma boa hora para eles, por exemplo, é quando a mulher está com a barriga colada na pia, lavando louça. Elas ficam possessas de raiva, quando são abordadas por detrás, sem maiores gestos de carinho, nem palavras. Mulher é teimosa, dizem eles, meio divertidos, adoram preliminares. Homem não precisa, pode ir direto. Quando um e outro não respeitam suas diferenças resulta em muita briga. Depois de 30, 40 anos de casados, as brigas podem ser muito violentas. Ela empurra, ele se agarra nela e a gritaria atíça os ouvidos da vizinhança. O pior é que eles contam tudo para os filhos: - Doutora, a senhora não imagina. Meu pai vive assediando minha mãe. Ele pensa que é rapaz novo. E ela não quer mais ceder. Na semana passada ela pegou uma vassoura e saiu correndo atrás dele pela rua. Morro de vergonha só de contar isso para a senhora. Meu pai não entende que ela não quer mais. É Alzheimer?

Sexo que foi ruim a vida toda, nesta idade maior, fica pior. Uma das senhoras que se consultou comigo não se conformava com a atitude da cuidadora de seu marido, por ter pedido as contas e largado o emprego de uma hora para a outra: - Doutora, o que eu fiz de tão errado?! Eu só disse para ela fazer um agrado para o meu marido, quando estivesse banhando ele. Por que ela se ofendeu tanto?! Eu me ofereci a pagar-lhe um pouco mais, coitado. Eu não sei fazer essas coisas. Porque ela não poderia...? O filho, que a acompanhara à consulta, ficou vexado. Rosto todo vermelho, balbuciou: - A senhora não leve a mal, doutora. Ela sempre soube que meu pai pegava as empregadas em casa. Só fingia que não via, mas eu sabia que ela sabia. Ela não entende que os tempos mudaram. Não entende ou isso é uma manifestação do Alzheimer? Dificuldades, vexames, falta de bom senso, o fantasma do Alzheimer ronda as famílias.

O senhor Carlos tem uma namorada, 19 anos mais jovem que ele. Grande empresário, acaba de passar por uma cirurgia extensa, que deixou sequelas e limitou seus movimentos. Vaidoso, sente-se diminuído por não conservar o poder de que sempre desfrutou. Sua recuperação será demorada e neste momento um de seus filhos o substituiu no comando da empresa. Pai de quatro filhos, três desejam participar. O quarto tem temperamento artístico e não lida bem com horários rígidos.

A filha, que entende de finanças, rejeita ser nomeada diretora. Quer ser contratada, tão somente, sem precisar assumir as responsabilidades do cargo.

Ele me procurou no consultório dizendo-se perdido em meio a tudo isso. Sente-se muito infeliz com a pressão que seus filhos têm feito em relação a sua namorada, que não foi bem aceita por nenhum deles. – Pai, essa mulher é uma oportunista. Nós não a queremos aqui em casa quando viermos fazer visita, disseram juntos, no dia em que chegaram do hospital. - Mas vocês nem a conhecem! Ela é um doce de pessoa. – Biscate. Reconhecemos o tipo de longe. Você é que está cego. Só que vai precisar escolher. Nós, com todo apoio que podemos e queremos lhe dar. Ou ela. Ninguém de nós a suporta. Como explicar a eles o quanto se sente só e que ela é a única pessoa com quem conversa à vontade? - A questão não é só sexual. Eu gosto dela de verdade. Não sei o que ela vê em mim, porém me sinto lisonjeado que uma mulher tão vibrante e tão bonita esteja comigo. Tímido, conta que com sua esposa não havia conversa. Que ela era muito simplória. Boa esposa, porém desinteressante. E que, de certo modo, lhe convinha que fosse pacata e ingênua. – Ela teria tornado minha vida um inferno se resolvesse sentir ciúmes de mim. Nunca consegui, na verdade jamais pretendi, deixar de ter a minha vida privada só porque me casei. Homem que é homem não aguenta ficar com uma mulher só por toda a vida. Teve ocasiões em que acreditei que minha esposa sabia que eu tinha outras, mas que tolerava. Eu não me envolvia. Só me apaixonei por uma delas. Aí meu casamento balançou. Perdi a cabeça. Durou muito tempo. Ela teve que sair do país, porque a gente não desgrudava. Era minha subordinada. Na empresa não se tolerava nem casamento entre empregados, quanto mais amantes?! Ela é quem saiu perdendo. Fui muito cruel.

Quando um homem se envolvia com alguém do seu trabalho, por certo o julgamento desfavorecia a mulher. Sempre. Abortos eram forçosamente, a solução para aquelas que engravidavam, porque mulher solteira não poderia contar com a compreensão e o apoio de seus patrões. Pois se nem com o apoio da família elas contavam! Isso mudou em poucas décadas, dos anos oitenta para cá. Hoje em dia as mulheres assumem seus filhos e as famílias, via de regra, as apoiam e ajudam a criar a criança. A mulher já não se sente diminuída nem humilhada por terem um romance com alguém do trabalho. E os filhos concebidos fora do casamento são filhos naturais. Os complexos são de outra natureza.

O tempo passou célere, mas para algumas coisas parece que ainda é ontem como, por exemplo, o desgosto que as mulheres sentem em relação ao seu corpo. Porque são altas demais, magras demais, gordas demais, tudo demais. Os peitos! Praticamente nunca agradam, a menos que os reponham com cirurgia plástica. A eles se referem como muxibas. Cabelos rebeldes e ralos. Dentes amarelos. Nariz torto. Muito quadril ou pouco, tanto faz. Sem cintura. Tornozelos grossos. Pés feios. Canelas finas. Varizes. Pelancas. E as malditas rugas em torno dos lábios – não podem mais fazer muxoxo, dizem - e os pés de galinha, que se mostram nos sorrisos?

O que dizer das manchas nas mãos e braços, que delatam as idades? Mulheres maduras ainda se recusam a tirar suas roupas no claro sem antes terem feito depilação total – perna toda, virilha, buço e onde mais crescerem pelos – e só depois de terem tingido os pelos pubianos que escasseiam, o que lhes sabe desabonador. Dizem elas que o pior de tudo é voltarem a ter um encontro sexual com alguém a quem namoraram há muitos anos. – A noção da passagem do tempo, a destruição que o tempo faz em nosso corpo é brutal. Sinto vergonha das minhas pernas cheias de varizes e do meu corpo gordo, com os pneus horríveis em minha barriga. Não tiro a roupa no claro de jeito algum! Estou toda flácida, será que ele percebe?

Os homens também se constroem, pelos braços e pernas que perdem massa, pelas barbas que se tornam ralas. Pelas barrigas que se pronunciam, pela perda de fôlego e força nas pernas, que lhes roubam sustentação na hora de transar por cima. Mas, daquilo que consideram o pior, é não conseguirem dar a segunda logo em seguida. Depois disso, muito ameaçador é não conseguirem segurar seu membro ereto com a mulher estando por cima e, após, seu amigo negar fogo quando convocado por mulher fogosa! Um de meus entrevistados sorriu: - O Zé – apelido que seu amigo leva – fica feito gato de armazém. Deitado largado em cima do saco. Ela sente vergonha de seu corpo disforme. Ele, inseguro. É mágico que consigam vencer estas barreiras e fazer amor intensamente.

O riso forçado atenua as angústias de quem já se sente carta fora do baralho. Uma das falas mais contundentes: - Meu corpo? Um mausoléu. Ou seria um memorial à devastação que o tempo causou em mim! Mais além, uma senhora de 84 anos se abriu com as amigas, enquanto jogavam cartas: - Fui estuprada, ontem. O médico foi tão sem jeito, tão insensível, que foi colocando aquele aparelho, aquele

lá que faz o exame transvaginal, que me machucou por inteiro. Eu pedia para, para. Ele dizia que não ia demorar e não parou. Estou arrebitada. Nunca imaginei que passaria por isso um dia. Sinto-me um lixo, saí de lá totalmente humilhada. Reclamar? Seria só me expor ainda mais, fazer exame de corpo de delito. Aquele homem é um animal. Queria mais era fugir de lá. Chega. Esquece.

Homens contam com mais graça aquilo que vivenciam como suas desgraças. Mulheres fazem cara de nojo. - Na menopausa a gente fica transparente. Mulher mais velha é filha de vidraceiro. Totalmente invisível ao olhar masculino. Eles só querem as gatinhas. Ser chamado de tio aos 40 é 'menos pior' que ser chamado fofinho, fofinho aos 60 e, mesmo aos 80. O tratamento íntimo demais e o tratamento infantilizado são atentados à moral dos idosos. Eles são os únicos autorizados a fazer piadas de si mesmos e a debocharem de suas dificuldades. Para os mais novos, o que eles entendem de um tempo que nunca viveram e que não apresenta nenhum atrativo, a não ser para uns poucos?

Aparentemente os solteiros desta idade fazem mais sexo que os casados. Especialmente os casados com a mesma mulher há pelo menos 30 anos, a vida sexual se torna menos estimulante. Os casados se masturbam tanto quanto se masturbavam quando rapazes. As respectivas esposas sabem e não se incomodam muito. Algumas ficam até aliviadas, quando não gostam de fazer sexo com os maridos. Ao menos, pensam elas, eles não precisam sair de casa. Sexo virtual não dá AIDS. E, a bem dizer, elas também aderiram.

Existe, portanto maior condescendência para com as escapadelas, ao menos em relação às virtuais. A senhora Suely, 74 anos, ria muito ao me contar o que estava aprontando ultimamente: - Entro sempre nas salas (*chat*). Rola conversa mole, provocação, fotografia, filminho e eu fico muito excitada. Ajuda a me masturbar. Sim, já tirei e enviei foto dos meus seios e das partes. Mas eles querem de rosto junto. Eu não tiro. Faço pose, mostro tudo, mas rosto não. Eles ficam bravos. Problema deles. Os homens são mais ousados, dão a cara para bater. Digo, para a gente ver. Só que eles adoram mostrar o traseiro. É, tem de jovem, de velho, não importa a idade. Não sei o que americano tem com traseiro. Quase todos mostram, mesmo sem a gente pedir. É divertido das primeiras vezes, agora já cansei. Quem é que quer ficar vendo traseiro de velho, tudo murcho?! Sim, também rola com mulher. Aprendi que é tão gostoso quanto. Pessoalmente, não, só saio com

homem. Mas virtual, vale tudo. Venci meus preconceitos. Agora é só uma questão de preferência.

As mulheres que nos anos 70 viveram livremente as grandes transformações na esfera da sexualidade, agora estão perto dos 70 de idade, um pouco mais, um pouco menos. Aprenderam a gostar de sexo. Prazer tornou-se parte inerente ao seu gosto pela vida. Cultivaram relacionamentos abertos e experimentaram formas, àquela época, pouco usuais para as casadas. Continuam ativas e, interessadas em relacionamentos fugazes, o que não significa que não apreciem muito um relacionamento profundo e estável. São interessantes e interessadas em sexo e não se sentem obrigadas a satisfazer seus maridos. De certo modo, dizem que o sexo não conjugal sempre foi melhor. Para ambos. Quando são casadas e pretendem permanecer assim, dão preferência aos homens também casados, que é para ninguém botar pressão em ninguém. A seu modo valorizam seus respectivos casamentos e a convivência com filhos e netos, principalmente.

Homens mais velhos querem companheiras que tenham vida independente e seu próprio dinheiro. Uma boa parte, porém, procura uma mulher que cuide dele. Senão, para que casar? As mulheres querem homens que as levem passear. Que gostem de viajar e que não fiquem pegando no pé. Muitas assumem que, se eles ficarem doentes, devolverão para a família. Para nenhum dos dois é obrigatório morar na mesma casa. Mas que estejam ao seu lado em momentos difíceis. Uma boa conversa - um pouco de cultura geral é muito bom - ser franco e não ficar fazendo joguinho, que não seja egoísta, mas animado, que não fique despejando seus amargores quando estão juntos, que respeitem e se autorrespeitem, que não fiquem falando mal das ex, que tenham amigos e mantenham compromissos com os familiares de um lado e de outro, enfim, estão experimentando um modelo bastante diferente daquele de suas infâncias.

A grande maioria se diz preparada para tolerar diferenças e algumas manias. Mas não querem ser controladas, chantageadas e enganadas. Se não estiverem fazendo bem um para o outro, é fácil. - Cada um para o seu lado. Já vivemos bastante para saber o que queremos. Ficar velho tem suas vantagens. Nem tudo são flores, nem tudo são horrores. A homossexualidade vem-se revelando nos últimos anos. O senhor Marcel assume que, quando ficou só, teve um relacionamento homo com o seu melhor amigo. Que no começo estranhou, porém sentiu-se potente outra vez: - Entre nós não havia essa coisa de quem faz a parte do

homem, quem faz a da mulher. Isso não existe. É uma visão puramente machista. Preconceituosa. Simplesmente ousamos nos tocar. E compreendíamos que houve momentos em que só um de nós queria. O outro dava uma mão! Ele cozinhava eu limpava a casa. Para nossos filhos simplesmente vivíamos na mesma casa para economizar. Ocupávamos quartos separados, só para constar. Eu não pergunto da vida sexual dos meus filhos, mas sei que são muito preconceituosos. Para que bater de frente? Na nossa idade a gente não quer arranjar problema. Houve ali um amor. Ele morreu.

Se para elas o prenúncio do inevitável e doloroso declínio da beleza física é se sentir menos feminina e desejável – o que elas resumem ter que abdicar de vestidos de alcinha e não mais suportar saltos altos em ocasiões sociais, principalmente nas festas de gala, para eles é colocar em jogo a sua própria sexualidade, que eles também confundem com intimidade. - E passar a obedecer aos filhos! Selvagens! Isso é menos dramático e traumático para as mulheres. O que não mudou, então? O repúdio ao envelhecimento. - Velho tinha que morrer novo!

Família e amigos

- Não sei o que seria de mim se não fossem minhas amigas, dizem elas. Filho vive correndo, só trabalha, só trabalha. Não é como no nosso tempo, quando éramos obrigadas a almoçar na mãe e comer lanche na sogra. Foi a maior briga, quando rompi com essa tradição, comenta vaidosa de si, a senhora Tatiana, 87 anos. - Eu era avançada para o meu tempo. Nunca fui obediente. Dei muita dor de cabeça para a minha mãe. O meu pai nunca sabia de nada, porque no final ela acobertava tudo. Então, nunca duvidei do amor dela, mas a gente não era íntima.

No decorrer da vida se aprende com quem sair para comer fora, quem se pode trazer para dentro de casa. Com quem se abrir e para quem emprestar dinheiro. Com quem rir e com quem chorar. Com quem se importar e para quem não dar a menor bola. A maior parte das mulheres gosta mais da pessoa que se tornaram, do que gostavam quando jovens. – Prezo muito minha autonomia. Minha mãe não punha o pé na rua sozinha. Mas ela me criou para ser eu mesma e, não ficar dando satisfação para marido. Sempre trabalhei. Desde menina. Nem pensar em alguém me controlando e dizendo o que deveria fazer, como deveria me vestir, que lugares frequentar! Não penso em morar com filho. Quero minha liberdade. Minha prima não teve a mesma sorte. Ela namora, mas não permite que a visite em

casa. Eles não têm onde ficar a sós e, motel, nem pensar. Diz que morreria de vergonha. E também porque ele é mais pobre e menos estudado que ela. Cabeça pequena. Mas para ela é bom assim. Desconfio que, ela tem é medo de homem. Não sabe o que é bom. Trago quem eu quero. Claro, primeiro tenho que confiar na pessoa, mas se ele é pobre, bonito ou feio, se é frentista ou coronel, isso não me importa. Tem que ter caráter. E uma boa pegada, que esse negócio de só ficar na masturbação é chato.

Envelhecer é tarefa para gente grande. É um desafio de tal ordem que, Maria Dulce, uma de minhas alunas, soube traduzir bem: - Gente velha, quando muda de casa, não faz mudança, faz inventário! Não há como evitar a sensação do longo tempo vivido e o desejo de ir até o fim: - Mas morrer com dignidade. Já assinei meu testamento biológico, tem gente que chama de testamento vital. Não vou admitir morrer aos pedaços nem ficar vegetando sobre uma cama. Quando eu já não puder ter e exercer minhas vontades, me cuidar, me relacionar e decidir por mim, quero ir-me embora. Sem sofrimento. Assinei, deixei com meus advogados e com dois médicos. Meus filhos ficaram bravos, que eu estava com ideias mórbidas. Eles não sabem de nada. Converso com meus amigos. Quem sabe de mim sou eu.

A morte, para os mais velhos, deixa de ser tabu. Sua proximidade é grande. Aos 80 anos de idade e mais, com alta probabilidade, já enterraram muitas pessoas queridas. Há quem, no intervalo de um ano ou pouco mais, perca amigos queridos, irmãos, marido e até filhos. Sua resistência e sua força interior são assombrosas. – De madrugada converso com eles. Chego a sentir o perfume do meu marido. Não. Não tenho medo. Nós nos amávamos. Sinto-me confortada. Minha filha diz que eu imagino coisas, mas não é verdade. Teve uma noite em que senti seu corpo colado ao meu e o peso de sua mão sobre a minha barriga. Foi muito bom. Não era fantasma, não. Ele veio me abraçar. Veio de onde? Sei lá. Veio.

Praticar ou não uma religião não é condição para ser feliz. Há uma grande curiosidade em relação às religiões, aos rituais e às experiências pessoais. Nos grupos não há discriminação. Com a idade as pessoas aceitam mais as divergências e lidam melhor com suas próprias contradições. Gostam de debater, apreciam bons livros e para manterem a harmonia nos grupos, não discutem política nem as inclinações e preferências de cada qual. Seu lema: viva e deixa viver. Cada um de nós já bem conhece suas limitações e procura enxergar mais as qualidades das pessoas com quem convivem. O que não agrada, deixam para lá. - Ninguém é

perfeito e cada um tem sua consciência. Melhor viver em paz e não ficar criando caso. Que sei eu da vida? Praticamente nada. O azedume, o julgamento e a fofoca sobre a vida alheia não fazem parte do estilo de vida de quem decide viver bem e não ficar doente por qualquer coisa. – Posso não gostar, mas não vou brigar. Quem sou eu para querer impor o que eu acho?! Nem para os meus filhos. Passou da época. Isso foi na geração dos meus pais. Agora é diferente. Quando não gosto dos modos de alguém, simplesmente me afasto, mas não vou querer corrigir. Longe de mim!

É nas noites que os mais velhos lapidam seu caráter. Seus sonhos e seus pesadelos dizem respeito ao seu eu realizado e ao que deixaram de realizar. Aquilo que foi possível viver e os contornos de sua personalidade. Em uma pessoa mais velha os muitos ‘eus’ se conversam amigavelmente. Há uma tendência a autenticar aquilo que se é, o que se viveu e o que já morreu de e em cada um de nós. O tempo cronológico não dá conta de narrar quantas vidas vivemos em uma só vida. E quantas deixamos de viver. A morte torna-se amiga e a tristeza é precisar partir. Mas há uma hora em que já se está pronta para ir rumo ao desconhecido. Um tempo de suspensão, entre a vida que se despede e o medo que nos retém. O caminho, no entanto, é rumo ao desconhecido e ao encontro consigo próprio. Haveremos de nos render ao que não se sabe. Que seja uma passagem rápida e suave, um último suspiro que nos desperte um sorriso no rosto, enquanto adormecemos de vez.

Bibliografia

- Arribe, Angeles. (2003). **The second half of life**. Sounds true. Inc. Korea.
- Carter, Steven & Sokol, Julia. (1989). **Lo que realmente passa em la alcoba**. Javier Vergara Editor. Madrid.
- Diehl, Alessandra & Vieira, Denise Leite, orgs. (2013) **Sexualidade, do prazer ao sofrer**. Cap. 7, pág. 133. Ed. Roca, São Paulo, SP.
- Fraiman, Ana P.(1990) **Coisas da Idade**. Editora Hermes, São Paulo, SP.
- Guedes. Abel. (2014) **Acorde: conversas e pontos de vista**. Editora Perspectiva. São Paulo, SP.
- Jodorowsky, Alejandro. (1994) **Donde mejor canta um pájaro**. Seix Barral. Barcelona, España.
- Lievegoed, Bernard. (1999) **O homem no limiar**. Antroposófica.

Lins, Regina Navarro. (1997) **A cama na varanda**. Editora Rocco Ltda., Rio de Janeiro, RJ.

Consulta à internet

www.institutodalongevidade.com.br

www.ideac.com.br

www.portaldoenvelhecimento.com.br

www.portalplena.com.br

www.movimentoLab.com.br

OS AUTORES E AS AUTORAS

Ana Fraiman: Mestre em Psicologia Social pela USP. Doutora em Ciências Sociais pela PUC-SP; Especialista em Psicologia Clínica e em Psicologia Social e do Trabalho, pelo CFP - Conselho Federal de Psicologia. E-mail: ana@fraiman.com.br

Ana Lúcia Bonifácio Reis Gazda: fisioterapeuta especializada em Gerontologia e mestre em Reabilitação pela Unifesp-EPM. Atua no NASF da Prefeitura Municipal de Curitiba e é preceptora da Residência Multiprofissional em Gerontologia da PUC-PR na Atenção Básica. E-mail: albreis@yahoo.com.br

Anny Caroline Dedicção: Mestre em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos. Aprimoramento em Fisioterapia Integrada à Saúde da Mulher pela Universidade Cidade de São Paulo. Fisioterapeuta graduada pela Universidade Cidade de São Paulo. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Gerontologia do Hospital Israelita Albert Einstein. E-mail: annydedicacao@hotmail.com

Armando Loureiro: Doutorado em Ciências da Educação pela Universidade de Trás-os Montes e Alto Douro, Professor da Universidade de Trás-os Montes e Alto Douro, E-mail: aloureiro@utad.pt.

Beltrina Côrte: Doutorado em Ciências da Comunicação pela ECA/USP. Docente da PUC-SP, editora do Portal do Envelhecimento e CEO do Espaço Longevidade. E-mail: beltrina@pucsp.br

Brigitte Rieckmann Martins dos Santos: Doutorado em Ciências, Escola Paulista de Medicina (1994), Mestrado em Biologia Molecular, Escola Paulista de Medicina (1995). Professora da Universidade Municipal de São Caetano do Sul. brigitte@yahoo.com.br

Carina Junqueira Cervato: Graduada em Fisioterapia pela Universidade de São Paulo. Possui especialização em Gerontologia e Residência Multiprofissional em Gerontologia do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa do Hospital Albert Einstein. Atualmente, é fisioterapeuta no Residencial Albert Einstein. E-mail: carinajunqueira2008@gmail.com.

Carlos Alberto Cardoso Filho: é formado em Educação Física. Pesquisador do Laboratório de Biomecânica da Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo. Aluno de mestrado em Ciências na Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo com enfoque em biodinâmica do movimento humano. E-mail: carlos.filho@usp.br

Carlos Eduardo Panfilio: Doutorado na área Interdisciplinar em Ciências da Saúde, pela UNIFESP, mestrado em Reabilitação, pela UNIFESP. Professor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, São Paulo. E-mail: cep@uscs.edu.br

Celina Dias Azevedo. Doutora em Ciências Sociais e Mestre em Gerontologia Social pela PUC SP. E-mail: celinazevedo@gmail.com ou celinadias@sescsp.org.br.

Cleiton Viana da Silva: mestre e doutor em teologia moral, Academia Afonsiana/Roma; mestre em bioética, Centro Universitário São Camilo/São Paulo. Professor na Faculdade Paulo VI/Mogi das Cruzes e assessor da Pastoral da Pessoa Idosa na Diocese de Mogi das Cruzes. E-mail: silvacvs@hotmail.com

Denis Cezar Musial: Graduação em Serviço Social, especialista em Trabalho Social com Famílias e Mestrado em Desenvolvimento Comunitário pela Universidade Estadual do Centro-Oeste. Atua como Assistente Social na Gestão do Trabalho do SUAS em Irati e Professor Colaborador da UNICENTRO. E-mail: dinao58@hotmail.com

Denise Cuoghi de Carvalho Veríssimo Freitas: Pós-Doutora e doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas-SP (UNICAMP). Mestrado em Gerontologia pela Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas-SP. Graduação em Fisioterapia Universidade de Marília (UNIMAR). Professora do Centro Universitário Salesiano de São Paulo/ Campus Liceu. E-mail: dcuoghicarvalho@hotmail.com

Dineia Mendes de Araújo Cardoso: é formada em Educação Física e Pedagogia, especialização em Gerontologia e Gestão de Esporte. Supervisora do Núcleo de Lazer do Departamento de Gestão das Políticas Públicas e Programas de Esporte e Lazer da Secretaria Municipal de Esportes, Lazer e Recreação de São Paulo. E-mail: dineiacardoso@uol.com.br

Dirce Encarnacion Tavares: Pós-doutorado e doutorado em Educação e Currículo pela PUC - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, doutorado em Educação pela Universidade São Marcos, Faculdade de Pedagogia, Mestrado em Educação e Currículo pela PUC - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Diretora Acadêmica do Centro de Formação da Cruz Vermelha de São Paulo - CEFOR. Professora e pesquisadora do Centro Universitário Estácio de Sá de São Paulo. E-mail: dirceen@gmail.com.

Elaine Cristina Silva de Moura: Graduada em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo. Especialista em Sociopsicologia pela Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo. Assessora Técnica da Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo. E-mail: elainecsm4@hotmail.com

Elias Rocha de Azevedo Filho: Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília. Professor - ICESP Promove e professor - UNIPLAN - Centro Universitário do Distrito Federal. E-mail: eliaspresley2@gmail.com

Elisangela Gisele do Carmo: Doutoranda em Desenvolvimento Humano e Tecnologias (UNESP), Mestre em Ciências da Motricidade (UNESP), Graduada em Gerontologia (UFSCar). Email: elisangelagiseledocarmo@gmail.com

Eliza Montrezol: Mestrado em Psicologia da Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; Pedagogia pela Universidade Integradas Ibirapuera; Coordenadora de Projetos do Instituto Energia. e-mail: elizams@terra.com.

Evany Bettine de Almeida: Bacharel em Gerontologia e Mestre em Estudos Culturais pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP. Presidente da Associação Brasileira de Gerontologia (ABG). E-mail: eva.bettine@gmail.com

Fabiane Domingues de Magalhães de Almeida: Mestranda em Administração de Empresas pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP. E-mail: fabiane.almeida@dagestao.com.br.

Fernanda Cardoso Romão Freitas: Mestre em Administração de Empresas com ênfase em Organização e Sociedade pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP. E-mail: f-cromor@hotmail.com.

Fernanda Rocha Reda: Graduação em Engenharia Florestal e Mestrado em Ciências Florestais. Facilitadora das Oficinas de Desenvolvimento Comunitário e das Oficinas de Mobilidade Humana na Secretaria Municipal de Assistência Social Irati-PR. E-mail: fherfloresta@yahoo.com.br

Fernando Pereira: Doutorado em Sociologia pela Universidade de Trás-os Montes e Alto Douro, Professor do Instituto Politécnico de Bragança. E-mail: fpereira@ipb.pt.

Francisco Souza do Carmo: Médico Geriatra Titulado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Mestre em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Diretor do Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia “José Ermírio de Moraes”. E-mail: ipgg-diretoria@saude.sp.gov.br

Gisele Maria Schwartz: Pós-doutorado (Université du Québec à Trois-Rivières-Canadá), Estágio Senior/CAPES (Universidade de Lisboa-Portugal), Visiting Fellow (University of Birmingham-Reino Unido), Livre docente (USP), Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (USP), Graduada (USP) e Mestra (Unicamp) em Educação Física. Professor Adjunto (UNESP). Coordenadora do LEL–Laboratório de Estudos do Lazer. E-mail: schwartz@rc.unesp.br

Henrique Salmazo da Silva: Bacharel em Gerontologia pela EACH/USP. Doutor em Neurociências e Cognição pela Universidade Federal do ABC. Docente do Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília e vice-presidente da Associação Brasileira de Gerontologia (ABG). E-mail: henriquesalmazo@yahoo.com.br

Irene Gaeta: Psicóloga, mestre em Gerontologia e doutora em Psicologia PUC/SP. Profa de Psicologia da PUC-SP. Analista Junguiana, IJUSP, AJB/AAP. Coordenadora do Curso de Psicogerontologia da UNIP. E-mail: estudosjunguianos.irenegaeta@gmail.com

Isabelle Patrícia Freitas Soares Chariglione: Doutora em Cognição e Neurociências pela Universidade de Brasília (UnB). Professora na Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gerontologia e Graduação em Psicologia, pela Universidade Católica de Brasília (UCB). E-mail: Isabelle.chariglione@ucb.br

Jeane Kelly Silva de Carvalho: Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde pela Universidade de Brasília. Docente da Universidade Católica de Brasília. E-mail: jeaneecalebe@hotmail.com

José Carlos Ferrigno (Colaborador). Doutor em Psicologia pela USP, Especialista em Gerontologia pela Universidade de Barcelona, Espanha e pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), Especialista em Relações Intergeracionais pela Universidade de Granada, Espanha. E-mail: jcferrigno@gmail.com

José Pedro Scarpel Pacheco: Mestrando em Ciências da Motricidade (UNESP). Graduado em Educação Física (UNESP). E-mail: josep.pacheco@hotmail.com

Lilione Ferretti Souza: Mestrado em Linguística pela Universidade Estadual Julio de Mesquita (UNESP) – Araraquara, 2000. Graduação em Letras pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). e-mail: lilionesf@gmail.com

Luana Boniolo da Silva: Bacharela em Farmácia, Universidade Municipal de São Caetano do Sul. luana_boniolo@hotmail.com

Luara da Silveira de Carvalho: Especialização em Gerontologia, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. E-mail: luarascarvalho@hotmail.com

Lúcia Cunha: Mestre em Ciências da Educação - Especialização em Animação Sociocultural pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, E-mail: lucyflavius2@gmail.com.

Luiz Roberto Ramos: médico PhD em Gerontologia pela London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSH&TM). Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp-EPM. E-mail: lrr@uol.com.br

Maria Elisa Gonzalez Manso: Doutora em Ciências Sociais, com mestrado e pós-doutorado em Gerontologia Social pela PUC de São Paulo. Master em Psigerontologia pela Universidade Maimônides, Buenos Aires, Argentina. Médica e bacharel em Direito. Professora titular do Centro Universitário São Camilo e Universidade de Santo Amaro, São Paulo, SP. E-mail: mansomeg@hotmail.com

Maria Luiza da Silva: é formada em Educação Física e em Pedagogia. Analista de Informações Cultura e Desporto no Núcleo de Lazer da Secretaria Municipal de Esportes Lazer e Recreação de São Paulo. E-mail: prolui@gmail.com

Mayra dos Santos Silva: Fisioterapeuta, Mestre e doutora em ciências da saúde pelo depto de Medicina Preventiva da Unifesp, Pós doutora em saúde coletiva pelo Depto de Enfermagem da Unifesp. Experiencia em envelhecimento, metabolismo da glicose e distúrbios do sono. E-mail: mayra.santos@ig.com.br

Mônica Cristina Brugnaro dos Santos: Educadora Física. Pós-Graduada em Saúde Pública. Pós-Graduada em Eventos. Dirigente Habilitada da Dança Sênior. Diretora Técnica de Saúde do IPGG. E-mail: dicamobeoficial@gmail.com

Nadia Dumara Ruiz Silveira: Doutorado em Ciências Sociais, Universidade de São Paulo/USP. Professora titular, Departamento de Fundamentos da Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Pesquisadora e Docente, Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia e Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: Currículo (PUC-SP). E-mail: ndrs@pucsp.br

Nara Heloisa Rodrigues: Doutoranda em Ciências da Motricidade (UNESP), Mestre em Desenvolvimento Humano e Tecnologias (UNESP), Graduada em Licenciatura em Educação Física (UFLA). Email: narahelo@hotmail.com

Nilton da Silva Guedes: Odontologista. Gerente do Centro de Convivência do Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia “José Ermírio de Moraes”. Email: ipgg-convivencia@saude.sp.gov.br

Patricia Couceiro Santos: Nutricionista, Mestre pela Faculdade Saúde Pública pela Universidade de São Paulo - USP (2018). Nutricionista na Prefeitura de São Caetano do Sul e Supervisora de Estágio em Saúde Coletiva pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS). E-mail: couceiropatricia@yahoo.com.br

Rachel Vainzoff Katz: Fisioterapeuta pela Uniban. Gerente na implantação do 1º Centro Dia para Idoso Público de SP. Preceptora de campo da Residência Multiprofissional em Gerontologia do HIAE. Coordena a área do Serviço Social da Unibes. E-mail: rachelvkatz@gmail.com

Rafaella Lopes Gonçalves Bandeira - Mestranda do Curso Acadêmico em Ensino, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, *Campus Avançado* Profa. Maria Elisa de Albuquerque Maia, Pau dos Ferros – RN. E-mail: rafaella.lgb@hotmail.com

Raiana Lídice Mór Fukushima: Doutoranda e Mestre em Ciências da Motricidade (UNESP), Graduada em Gerontologia (UFSCar). Email: r_fukushima@live.com

Reisa Cristiane de Paula Venancio: Mestranda em Ciências da Motricidade (UNESP), Graduada em Educação Física (UNESP), Graduada em Gerontologia (UFSCar). Email: reisacristiane2@hotmail.com

Renata Cereda Cordeiro: fisioterapeuta especializada em Gerontologia pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM) e especialista titulada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Mestre em Reabilitação pela Unifesp-EPM. Atua no Hospital Municipal e Maternidade-Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva (Vila Nova Cachoeirinha). E-mail: renata.cereda@gmail.com

Renata Laudares Silva: Doutoranda em Desenvolvimento Humano e Tecnologias (UNESP), Mestre em Ciências da Motricidade (UNESP), Graduada em Educação Física (UNESP). Email: renata.laudares@gmail.com

Rosamaria Rodrigues Garcia: Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), Mestre em Saúde Pública pela FSP/USP, Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Docente da Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Gerente de Apoio Técnico do IPGG. Email: rosamaria.garcia2016@gmail.com.

Rosely Aparecida Prandi Perrone: Psicóloga Clínica e Hospitalar. Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo. Docente de Pós-Graduação em Psicologia Hospitalar e da Saúde do Centro de Estudos e Pesquisa em Psicologia da Saúde. Membro do Grupo de Trabalho "Brinquedo, Aprendizagem e Saúde" da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia. Membro da Associação Brasileira de Brinquedotecas. E-mail: roseprandi@hotmail.com

Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco: Doutoranda em Ciências e Tecnologias em Saúde pela Universidade de Brasília. Docente da Universidade Católica de Brasília. E-mail: ruth.sacco1@gmail.com

Sergio Ferreira Júnior: Pós-Doutorando do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia – MG; Doutorado em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da USP. E-mail: sfjunior@uol.com.br

Sylvia Helena Souza da Silva Batista: Mestrado e doutorado em Educação (Psicologia da Educação) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. Professora da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, campus Baixada Santista. E-mail: sylvia.batista@unifesp.br

Vera Barros de Oliveira: Livre-docente em Psicologia Social e do Trabalho. Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano e Mestre em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo, Professora titular em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo. Membro Diretor da Academia Paulista de Psicologia. Editora do Boletim da Academia Paulista de Psicologia. E-mail: vera.barros.oliveira@terra.com.br

Vera Brandão: Doutorado em Ciências Sociais pela PUC-SP. Pesquisadora do Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento (PUC-SP) e editora da Revista Portal de Divulgação (2010-18) / Revista Longeviver (2019). Coordenadora Pedagógica do Espaço Longeviver. E-mail: veratoridinobrandao@hotmail.com

Vera Lucia Frazão de Sousa: Mestrado em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Docente, Programa de Residência Cardiovascular em Serviço Social, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC/SP). Assistente Social chefe, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC/SP). E-mail: vefrazao@yahoo.com.br

Vitória Raquel de Oliveira – Professora da Rede Pública de Ensino. E-mail: vitoriaaraquelsh@gmail.com

Wilson Sabino: Pós-Doutorado no Núcleo de Estudo da População (NEPO), UNICAMP (2009), Mestrado (2001) e Doutorado (2004) pelo departamento de Medicina Preventiva e Saúde Pública, Universidad Autonoma de Madrid (UAM), título de Doutor homologado pela Universidade de Campinas (UNICAMP), como equivalente em Saúde Coletiva com ênfase em Epidemiologia. Professor da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA). wilsonsabino14@gmail.com