

VOL.17 - Nº 35 - FEVEREIRO DE 2006

ISSN 1676-0336

ATERCEIRAIDADE

SESCSP



**Sobre os mistérios da Morte
e o amparo àqueles que dela se aproximam**

entrevista

Marco Tullio de Assis Figueiredo





ATERCEIRAÍDADE

VOLUME 17 - Nº 35 - FEVEREIRO 2006

Publicação técnica editada pelo SESC
SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO

ISSN 1676-0336

SESCSP

A Terc. Id.	São Paulo	v.17	n.35	p. 1 - 100	fevereiro/2006
-------------	-----------	------	------	------------	----------------

SESC - SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO
Administração Regional no Estado de São Paulo

Presidente do Conselho Regional / Abram Szajman
Diretor do Departamento Regional do SESC/SP / Danilo Santos de Miranda
Superintendente Técnico-Social / Joel Naimayer Padula
Superintendente de Comunicação Social / Ivan Giannini
Gerente de Estudos e Programas da Terceira Idade / Cláudio Alarcon
Gerente de Artes Gráficas / Eron Silva

Comissão Editorial

José Carlos Ferrigno (Coordenação) / Celina Dias Azevedo
Evelim Moraes / Fernando Fialho / Glaucianne das Mercês / Lilia Ladislau
Maria Aparecida Ceciliano de Souza / Maria Lucia Del Grande
Maria Sílvia de Souza Mazin / Marta Lordello Gonçalves / Newton Cunha
Regina Célia Sodré Ribeiro

Projeto Gráfico - Gerência de Artes Gráficas

Equipe: Cristina Miras / Daniel Silva / Daniel Viana / Érica Dias
Kelly Santos / Lourdes Teixeira / Lucilene Alves / Marilu Donadelli
Roberta Alves / Sérgio Afonso

Fotografias: Capa: MICHELANGELO. Pietà.1498. 2ª capa: Nilton Silva.
Páginas 9, 12, 14: autores do artigo “De Estrelas e Brilhos Infinitos”.
Páginas 44, 45, 48, 51, 52: autores do artigo “Fisioterapia Preventiva Sobre
Bola Suíça”. Páginas 3, 54, 55, 58, 63, 68 e 74: Thales Trigo. Páginas: 5, 18,
65, 79, 80, 84 e 91: Nilton Silva.

Artigos para publicação podem ser enviados para apreciação
da comissão editorial, no seguinte endereço:
Revista A Terceira Idade - Gerência de Estudos e Programas
da Terceira Idade (GETI) - Av. Álvaro Ramos, 991
2º andar - CEP 03331-000 - Fone: (11) 6607-8000 Fax: 6607-8111
e-mail: ferrigno@sescsp.org.br

A Terceira Idade/Serviço Social do Comércio. ST-Gerência de Estudos
e Programas da Terceira Idade. Ano 1 n. 1 (set. 1988)- .-São
Paulo: SESC-GETI, 1988-

Quadrimestral
ISSN 1676-0336

1. Gerontologia-Periódicos 2. Idosos-Periódicos I. Serviço Social
do Comércio

CDD 362.604

Esta revista está indexada em:
Edubase (Faculdade de Educação/UNICAMP)
Sumários Correntes de Periódicos Online
SIBRA (SIBRADID - Sistema Brasileiro de Documentação e Informação
Desportiva - Escola de Educação Física - UFMG)



De Estrelas e Brilhos Infinitos

Lígia Py

7

A Formação Gerontológica no Brasil

Anita Liberalesso Neri

18



Fisioterapia Preventiva Sobre Bola Suíça

Luciane Maria Gandolfi & Márcia Cristine Skora

44



Velhice e Assistência Social no Brasil

Janaína Carvalho da Silva

54



Envelhecimento e Desenvolvimento:
Uma Perspectiva Psicossocial

Ludgleydson Fernandes de Araújo, Inayara Oliveira de Santana &
Profª Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho

65



ENTREVISTA

Marco Tullio de Assis
Figueiredo

79





Sobre os Mistérios da Morte e o Amparo àqueles que dela se Aproximam

Historiadores, como Philippe Ariés, em sua obra “História da Morte no ocidente: da Idade média aos nossos dias”, nos mostram que a humanidade, desde tempos imemoriais, teme a morte. Ritos, preces, promessas, sacrifícios, pactos e cerimônias fúnebres em todas as civilizações formam um conjunto de expedientes lançados pelo ser humano em direção aos céus com a finalidade de mitigar a angústia diante da inexorabilidade de seu desaparecimento e do mistério desse desenlace. Do esforço na busca de compreensão brotam ricas e elaboradas mitologias e, assim, edifica-se, a própria cultura.

Psicólogos, profissionais da área médica, antropólogos, afirmam, no entanto, que nas décadas mais recentes tem ocorrido na sociedade ocidental um inédito e surpreendente fenômeno: a negação de nossa finitude, expressão do grande tabu do século XX. Num passado recente, morria-se em casa, junto à família. O processo do morrer era acompanhado com compaixão pelos entes queridos. O moribundo era ouvido em seus derradeiros pedidos e recomendações. A morte estava mais presente no cotidiano.

Atualmente, o hospital é o lugar onde nascemos e morremos. A morte tornou-se solitária nas unidades de terapia intensiva, local onde, muitas vezes, se luta em vão pela continuidade de uma vida meramente vegetativa. A família se retira e retira de seu doente a possibilidade de decisão sobre seu destino, delegando essa responsabilidade aos profissionais da saúde. Esconde-se dos netos a morte do avô. Mente-se às crianças dizendo que a vovó fez uma “viagem” e que demorará a voltar.

Antes, mesmo com temor, a morte era de alguma forma enfrentada. Hoje a fragilidade e a transitoriedade da vida é escamoteada. Suportamos e até banalizamos a morte do outro, enquanto que a nossa própria morte é varrida de nossa consciência. Possivelmente, os valores da sociedade de consumo em que vivemos alimente idéias de uma certa onipotência e ausência de limites, valores incompatíveis com a natureza efêmera da vida material e com a sábia postura de humildade frente ao transcendente.

Nesta edição tratamos desse delicado e difícil tema. Lígia Py no artigo de abertura, reflete sobre os mistérios da finitude humana, e Marco Tullio de Assis Figueiredo nos fala sobre os cuidados humanitários com pessoas próximas do fim, que demandam, por parte do cuidador, altruísmo e generosidade. Muitos médicos e profissionais da saúde têm dificuldade em lidar com a morte. A perda de um paciente tende a desencadear sentimentos de fracasso profissional. Felizmente, como uma reação a esse estado de coisas e na defesa da dignificação da morte e do processo de morrer, especialistas, filósofos e religiosos desenvolvem a Bioética com um novo e importante campo de conhecimento.

Dráuzio Varela em seu livro “Por um fio” compartilha com o leitor a mais importante revelação que teve como resultado dos muitos anos de contato com pacientes terminais: a de que a missão do médico não é a de salvar vidas, mas a de minorar o sofrimento humano.

Em suma, diríamos que essa missão pode e deve ser estendida a todos nós e a todas as circunstâncias que vivenciarmos. Imbuídos por essa atitude solidária, faremos nossa parte na construção de uma sociedade mais acolhedora, altruísta e humana, sociedade na qual se possa nascer, crescer e morrer com dignidade.

Danilo Santos de Miranda
Diretor Regional do SESC São Paulo

De Estrelas e Brilhos Infinitos

Resumo

Este texto trata do envelhecimento e da finitude da vida. Nós nos inspiramos no encantamento trazido por Guimarães Rosa e Mário de Andrade, usando a metáfora do morrer como uma forma de encantar-se e residir para sempre no brilho das estrelas. Trabalhamos o texto em três partes, abordando o mistério, o perigo e a esperança. Usamos a imagem da Pietà de Michelangelo para ilustrar a abordagem do mistério, tratando da finitude e do desejo de eternidade. A tela de Portinari, Enterro na Rede, ilustra a abordagem do perigo, centrada no conceito de desamparo, numa perspectiva social. Na terceira parte, a imagem de Canova, Psiqué reanimada pelo beijo de Eros, ilustra a esperança, traduzida na proposta de superações possíveis, pautadas na experiência amorosa. Finalizando, expressamos a crença na consciência da finitude e no amor entre as pessoas como caminhos para a busca do prazer e da dignidade na velhice, até a entrada final no caminho das estrelas.

Palavras chave: finitude. velhice. desamparo. experiência amorosa.

Abstract

This text concerns aging and the finitude of life. We have been inspired by the literature of Guimarães Rosa and Mário de Andrade, who talk about death as an enchantment. For them, people do not die; they are enchanted and go to live on stars. We divided the text into three parts: the mystery, the danger and the hope. We use the Pietà of Michelangelo to illustrate the first part, talking about human finitude and the hope for eternity. For the second part, we have developed the concept of helplessness and suffering through death with a social focus. The picture by Portinari, Enterro na Rede (Burial in the Hammock), illustrates our aim. Finally, for the third part, we have proposed love among people as a possibility to overcome existential difficulties. Here we have illustrated with the picture of Canova, Psyche Awakened by the Kiss of Eros. At the end we expressed our belief that the awareness of finitude and of love experience can give the strength to the elderly to live their own lives with pleasure and dignity up to the final path to the stars.

Keywords: finitude. aging. helplessness. love experience

LÍGIA PY

*Psicóloga e gerontóloga.
Pesquisadora Convidada do
Núcleo de Estudos e
Pesquisas em Tanatologia
da Universidade Federal do
Rio de Janeiro.*

INTRODUÇÃO

A literatura brasileira já consagrou a morte na metáfora do encantamento. Na fala absoluta de Guimarães Rosa, “as pessoas não morrem, ficam encantadas”. Mário de Andrade inventou Macunaíma, nosso herói maroto, que não morreu: se encantou, foi morrer lá no infinito e virou constelação.

Nesta abordagem da velhice e da morte, trazemos uma reflexão sobre o mistério que ronda a morte, o nosso total desconhecimento e as viagens ilusórias que fazemos nas asas das fantasias de que somos imortais, embalados pelo desejo de eternidade e pela nossa capacidade de transcender os limites materiais, obra e arte da espiritualidade. Seguimos com a abordagem do perigo, centrados no conceito de desamparo, lembrando as questões sociais engendradas na barbárie contemporânea. Como proposta de superações possíveis, propomos a esperança de nos resgatarmos amorosamente, na consideração do outro. Afinal, o outro é a nossa referência no processo de identificações: aí nos constituímos como criaturas semelhantes, mas exaustivamente transformadas, jamais repetidas, nas andanças pela vida, amadurecendo, envelhecendo, até o triunfo final da nossa morte.

Assim como recorremos à literatura para estas reflexões que transbordam da ciência e da técnica, buscamos também a escultura e a pintura, rogando a Michelangelo, Portinari e Canova que nos abram caminho para uma entrega abissal à meditação sobre coisas que tanto nos inquietam e de que nada sabemos.

DO MISTÉRIO

*“Eu quase nada não sei, mas
desconfio de muita coisa.”*

(ROSA, 1965)

De onde venho? Para onde vou? Quanto tempo tenho? São indagações provocadoras, sem respostas, que apontam para o que nos é inacessível à razão, para aquilo que não nos é dado conhecer e compreender. Aí está o mistério que funda a existência humana e inquieta o espírito.

Sabemos que somos mortais e sabemos que temos hoje a possibilidade de nos tornar muito idosos. Mas não sabemos quando e como vamos morrer; não sabemos como vai transcorrer a nossa velhice. Então, a começar pelo fim, falemos dos arredores da morte, ou seja, falemos dos caminhos da vida que desenham a nossa destinação para morrer, em um momento qualquer, em um lugar qualquer e, aliás, também em uma idade qualquer. Mas, se não é preciso envelhecer para morrer, a protelada chegada da morte nos faz seguir no rumo do envelhecimento. Pois assim é.

O modo como os seres humanos atravessam essa experiência vital é bem diverso nas diferentes épocas da História. Esta em que vivemos, parece edificar e cultivar o que é jovem, como referência máxima. As crianças, empurradas para o mundo do consumo e dos prazeres adultos, aí se encontram com os velhos, puxados aos ideais de juventude eterna, na glorificação maníaca de uma terceira idade supostamente isenta das vicissitudes da velhice.

Nesse mundo de exigências de prazer de qualquer jeito, ocultam-se as perturbações humanas acerca da ori-

gem e do fim, no ledô engano de anular as tormentas do sofrimento e o arco-íris da esperança que o sucede. Todavia, ao tocarmos os limites da vida humana, na ameaça de uma doença grave ou na perda de uma pessoa querida, mergulhamos no mistério da existência e começamos a nos inquietar com as perguntas sem respostas, com a busca de um sentido para a nossa vida (DOLL; PY, 2005).

Velhice e morte não habitam o nosso inconsciente, onde mora o desejo e onde somos eternos. Na verdade, elas nos são estranhas. Nós as percebemos como coisas que acontecem aos outros. Nas investigações de Messy (1999, p.14) sobre a velhice, encontramos o conceito de “estranho” criado por Freud, aplicado ao tratamento dado à imagem da velhice que produz em nós “uma impressão de inquietante estranheza.”

No entanto, ainda que misteriosamente ausentes das profundezas do nosso mundo interno, a velhice e a morte são preocupações desde sempre da humanidade, tão antigas quanto os primeiros registros culturais. Ao longo da História, a finitude da vida e o envelhecimento humano figuram como um “castigo para os humanos, pobres mortais”. (JECKEL-NETO, 2000, p. 15)

Perplexos e impotentes diante do mistério da passagem do tempo e da idéia da morte, mesmo sem nos darmos conta, criamos fantasias de imortalidade. Acontece-nos desde muito cedo, lá na intimidade inocente de recém-nascidos, nas primeiras vivências de satisfação. O desejo de imortalidade nos orienta para a ousadia de confrontar a verdade sobre o nosso desti-

no: a morte. Esse poder de nos sabermos finitos é a maior ferida sangrando o nosso narcisismo de humanos: pretensamente imortais e inexoravelmente finitos (GREEN, 1998).

Na radicalidade da nossa condição de humanos e mortais, somos, na verdade, a morada da nossa própria morte. Gestamos a nossa morte durante toda a nossa vida, para lhe dar à luz no momento final, na hora solene e fatal da despedida da vida.

Michelangelo teve a felicidade de immortalizar a vida como a morada da morte, na grandeza belíssima da mãe VIDA carregando a MORTE sofrida do filho gerado.



MICHELANGELO. *Pietà*. 1498.
Escultura em mármore. Basílica de São Pedro, Roma.

Contemplando a *Pietà*, comovidamente elevados diante da beleza sublime esculpida no mármore bruto, mer-

gulhamos nas profundezas do mistério insondável da nossa finitude e descobrimos a dimensão da espiritualidade humana.

O protesto contra a morte é engendrado na trama inconsciente do desejo de imortalidade. Para viver esse sofrimento abissal, buscamos a revelação da nossa espiritualidade, uma característica humana que possuímos – e que nos possui – percorrendo o sentido da nossa vida e do mundo (DOLL; PY, 2005).

Espiritualidade é um conceito que envolve fé e significação da vida. Somos incessantemente afetados por toda situação-limite que desencadeia um grande desafio na sustentação da significação da nossa vida e nos provoca questionamentos, tanto em relação à fé como em relação à crença religiosa. Aprendemos com Breitbart (2004) que a fé é um componente espiritual essencial, intimamente relacionado com o conceito de significação da vida. A crença num poder transcendental superior não está necessariamente relacionada a credos e rituais de religiões. O poder transcendental da fé é identificado como algo exterior, que é, ao mesmo tempo, interior, inerente à mente humana.

A gravidade das reflexões de Viktor Frankl, que instigaram e comoveram a humanidade ao final da Segunda Grande Guerra, consagra a significação da vida e nos aponta três fontes para o alcance dessa significação. A criatividade, engendradora na satisfação do cumprimento das nossas tarefas e da dedicação a causas maiores do que as nossas próprias. As experiências, frutos dos nossos relacionamentos com

pessoas queridas, da lealdade do nosso amor à natureza e dos nossos encontros com a arte e a beleza. Finalmente, a atitude, a nossa posição corajosa assumida frente ao sofrimento e aos problemas existenciais (FRANKL, 1984).

A nossa mortalidade, o nosso percurso do envelhecimento, as nossas possibilidades de transcendência são questões urgentes e atuais. O processo de maturidade humana implica em estarmos atentos a essas questões e, assim, desenvolvermos uma competência existencial de tal modo que possamos fazer da nossa vida algo que, ao final, “mereça comemoração” (DANIEL, 1991, p. 10).

Ainda vale lembrar que a finitude humana não se refere apenas à morte, ao fim do corpo biológico, à etapa derradeira da vida. A finitude expressa a perda de tudo o que passa por nós na vida, tudo o que, um dia, ganhamos e, então, um dia, não temos mais. E só porque sabemos disso, nada sabendo do mistério da morte, é que sentimos a finitude como um sofrimento, sim, mas também como uma inspiração para o aprimoramento da nossa capacidade de transcender, de ir além dos nossos limites, de fazer a experiência da espiritualidade, naquele movimento que nos aponta o infinito.

DO PERIGO

“Viver é muito perigoso.”
(ROSA, 1965)

A revelação de Guimarães Rosa faz eco à fala de Freud (1926 [1925]) quando se indaga: o que é um perigo?

O ato mesmo do nascimento já é um perigo para a vida. Saídos da ventura do ventre materno, nos vemos lançados ao mundo, em estado de extrema prematuração que, diferentemente da maioria dos animais, impõe a necessidade radical de sermos cuidados por longo tempo. O medo, a ameaça, a vulnerabilidade se inscrevem no nosso psiquismo como desamparo, desde a nossa chegada ao mundo, nos assinando com a precisão de sermos amados e cuidados, que nunca mais nos abandonará.

É assim que se evidencia a nossa total dependência do outro para sobrevivermos, frente não só aos perigos reais da vida, como também já se esboça aí essa dependência frente à nossa própria vida psíquica. Então, esse estado primordial de desamparo desempenha um papel decisivo na estruturação do nosso psiquismo, que se constitui fundamentalmente na relação com o outro. Ou seja, nós só sobrevivemos porque existe um outro que assim o deseja (PY, 2004).

Vemos ainda, na obra de Freud (1927), que a civilização é o resultado da reunião dos seres humanos, não só para aquisições novas, mas, basicamente, para a defesa frente aos perigos das forças da natureza. Aí se revela o desamparo da humanidade, que vai ser revivido por nós, já no nascimento. A experiência do desamparo se faz presente na vida cotidiana. A cada vez que nos deparamos com uma situação de perigo, nos sobrevém o desamparo, demandando um pedido de ajuda.

Podemos dizer que envelhecemos embalados pelo desamparo sofrido desde que nascemos, traduzido na

expressão das perdas sucessivas que acompanham a nossa existência. A mais radical das perdas é a perda da vida, a nossa morte.

A idéia da morte radicaliza o nosso sofrimento diante do desconhecido, recrudescer a nossa experiência do desamparo, na angústia abissal da impotência, do inacabamento, da impermanência, tudo isso engendrado na nossa impossibilidade humana de compreender o incompreensível: a nossa própria morte.

Daí, o medo. O perigo de perder a vida confunde-se com o medo da morte. Esse perigo e esse medo vão modular-se em todas as outras representações de perigo e ameaça que nos acompanham vida afora. Nossas sensações de insegurança, de desencorajamento, de apatia escondem o medo básico da morte que se apresenta disfarçado em muitas maneiras indiretas e em tentativas de elaborações complicadas, incompreensíveis (BECKER, 1976).

O medo da morte nos provoca um sofrimento intenso diante do desconhecido. Mas é também a origem do desenvolvimento da nossa capacidade humana de pensar, descobrir, ligar idéias e fatos, formular e testar hipóteses. E mais, é o medo da morte que aciona a nossa capacidade humana de criar e, como criadores, precários embora, aproximamo-nos da experiência da criação divina (CASSORLA apud TORRES, 1999).

De todo modo, a morte sempre nos traz sofrimento. Aliás, velhice e morte pertencem à categoria que Sartre chama de irrealizáveis. Na maturidade, nos sobrevém a consciência da nossa

morte pessoal, a finitude de nós mesmos, o que é diferente da representação que temos da morte na juventude, quando ainda primamos por priorizar vigorosas ilusões de imortalidade. Já na velhice, confrontamos a chegada da morte, no seu estado concreto, o não-ser, a realidade de aproximação da ausência de futuro. É por isso que o medo da velhice está confundido com o medo da morte, que ainda mais se acentua pela ambiência sociocultural, forte estimuladora do medo da velhice e da morte, na ênfase e no culto à pretensa juventude eterna (JACQUES, 1965; TORRES, 1999).

A cada vez que nos deparamos com isso, somos impelidos a afastar o pensamento ou, quem sabe, aceitemos o convite de Rubem Alves a uma reflexão sobre a nossa condição de humanos e mortais:

“As velas choram enquanto iluminam. Suas lágrimas nascidas no fogo transbordam e escorrem pelo seu corpo. Choram por saber que, para brilhar, é preciso morrer.” (ALVES, 2000, p. 47)

No percurso dessas idéias, somos atraídos para gradações da barbárie, tratadas por Birman (1999) como a marca terrível do nosso cotidiano, onde podemos extrair alguma compreensão da contemporaneidade. Primeiro, o “esquecimento da condição de desamparo”, no apagamento daquilo que funda o nosso ser e pode, justamente, impulsioná-lo em busca de superações possíveis. Depois, a “servidão humilhante” que exhibe a tirania do mais forte. E, ainda, o “exercício da violência”, que rompe os laços sociais e instaura o processo de homogeneização que exclui e submete seres humanos pelas vias do terror.

O sofrimento na velhice e na morte é coisa nossa, de seres humanos, históricos e socioculturais. Na pintura de Portinari, encontramos a expressão do nosso sofrimento, a brasilidade da dor da alma, que escorrega cortante, talvez em impossibilidades de superação, sob o domínio da inumanidade de tão poucos, mas tão poderosos no exercício da injustiça e da exclusão.



PORTINARI, Cândido. *Enterro na rede*. 1944. Óleo sobre tela, 1,80m. x 2,20m. Museu de Arte de São Paulo. (Retirantes)

Se o perigo de viver não for o salto para a anulação do fatalismo, o nosso sentido de humanidade se desfaz. Aliás, sofrimento é sentido com uma significação dolorosa, sim, profunda e torturante. Mas, como nos ensina Pessini (2001), se o sofrimento não nos apontar uma destinação, teremos desperdiçado nossas possibilidades reais e concretas de transcendência, que, a rigor, é o que nos torna humanos.

DA ESPERANÇA

*“O mais importante e bonito,
do mundo, é isto: que as pessoas
não estão sempre iguais, ainda não
foram terminadas – mas que elas vão
sempre mudando.”*
(ROSA, 1965)

Frente ao mistério e ao perigo, agarramo-nos à esperança, exímia dançarina dos instáveis palcos das transformações onde acontece o nosso inacabamento. Falávamos há pouco da ignorância sobre o modo como vamos envelhecer e morrer. A velhice, senhora hábil em vulnerar-nos a saúde e fragilizar-nos as capacidades, provoca-nos a, pelo menos, dois modos de reflexão. Um deles é o desmerecimento da existência humana: – Para que viver muito se vou envelhecer, adoecer e morrer? Outro é a impulsão para a descoberta de novas possibilidades, no fluxo constante do vir a ser: – Para que sair de cena, se posso, sempre, transformar meu personagem? (PY, 2004)

Deixando de lado a fatalidade que a primeira reflexão sugere, seguimos pela outra, por onde passam as identificações que percorremos ao longo da existência. Vamo-nos transformando, inapelavelmente, fazendo uma imagem de nós mesmos a partir de uma referência básica à imagem de alguém que, para nós, possui significação e importância. É nossa a tarefa humana de nos reconhecermos, ao mesmo tempo em que somos reconhecidos pelos outros.

Podemos dizer que nesse percurso transcorre o trabalho psíquico de também nos reconhecermos nos nos-

so próprios desejos, discriminando o que é nosso e o que é do outro e, ainda, buscando meios de satisfação, mesmo sabendo que jamais iremos alcançá-la plenamente. Trata-se de um processo psíquico de elaboração de perdas e aquisições, que tiveram início lá na nossa infância, quando perdemos a crença na onipotência do outro que nos cuidava e pouco a pouco fomos adquirindo a capacidade de escolha própria, ou seja, alcançamos a nossa autonomia.

Vemos que, de todo modo, somos feitos à semelhança do outro. Assim, as transformações que marcam a nossa existência têm como pano de fundo as aquisições alcançadas nas relações que vivemos com as pessoas por quem temos afeição. E mais, “envelhecemos como vivemos”, (MESSY, 1999, p. 17). É, então, no curso da história inteira de cada um de nós, que são engendrados os conteúdos apavorantes ou tranquilizadores que se fazem presentes no processo do nosso envelhecimento.

Que recursos possuímos para viver a nossa história marcada pelo mistério da morte, no risco que os perigos de viver assinalam? A fé, as crenças, os mitos, as religiões, a esperança são recursos de que nos valemos para viver a aproximação do insondável, do incompreensível, do absoluto desconhecido.

Não há preparação para a morte. Contudo, num movimento de transcendência da própria história, podemos articulá-la à grande história da humanidade (BERGEN, 1999), numa oportunidade ímpar de ensinar e aprender coletivamente, matéria de carne e imaginação humanas. Se somos o que

somos pelas identificações que fazemos com os outros, então é para os outros que devemos nos voltar, solidariamente. É para os outros que vamos começar a preparar, não a nossa morte, da qual nada sabemos, mas, sim, a herança de toda a nossa existência, para entregá-la generosamente àqueles que permanecerão vivos depois de nos termos ido desta vida.

Eis aqui a experiência amorosa da velhice, radicalizada na preciosa entrega às gerações futuras. É assim que nos damos conta da recusa humanamente construída em relação à morte. Nosso protesto nasce nas ilusões de imortalidade, na criação da prole, na invenção da ciência e da arte. Mas acabamos por nos render à evidência inexorável da nossa mortalidade e aí, nas profundezas da perplexidade, podemos fazer nascer a esperança de tempos renovados, ofertando a nossa contribuição pessoal – pequenina e imensa – no testemunho de uma vida afortunada pela experiência do sofrimento que, enfim, resultou em tantas alegrias.

Vejamos Psiqué, a alma humana, em deslumbrante beleza nascida do imaginário grego. Essa princesa de rara formosura é uma simples mortal, com todas as suas contrariedades e contradições. Por seus encantos, apaixonou-se Eros, eterno deus do amor, filho da Pobreza e do Recurso. O romance não os protegeu das angústias e das tormentas do abandono. Mas o reencontro aconteceu e a arte de Canova nos deslumbra com o beijo do amor de Eros que reanima Psiqué para as renovadas vicissitudes e glórias da paixão.



“Psiqué reanimada pelo beijo de Eros”, Antonio Canova, 1777. Escultura em mármore. Museu do Louvre, Paris.

FREUD (1933 [1932]), respondendo a Einstein a respeito dos horrores da guerra, sugere que seria preciso que convocássemos Eros, verdadeiro antagonista dos impulsos destrutivos dos humanos. Chama a atenção para as possibilidades do estreitamento dos vínculos afetivos entre nós. Acena com a utopia da esperança de que pudéssemos persistir nas relações uns com os outros, fazendo a experiência amorosa densa e profunda, semelhante àquela que fazemos na paixão erótica. Apenas teríamos que destituí-la da finalidade sexual:

[...] a psicanálise não tem motivo por que se envergonhar se, nesse ponto fala de amor, pois a própria religião emprega as mesmas palavras: ‘ama a teu próximo como a ti mesmo’. Isto, todavia, é mais facilmente dito do que praticado.

Nessa mesma carta, Freud (p. 254) faz alusão à identificação, que é outra forma de contrapor o amor ao ódio da destruição: “Tudo o que leva os homens a compartilhar de interesses importantes, produz essa comunhão de sentimentos, essas identificações”.

É, então, no amor que reside a primazia da esperança para uma vida solidária, atravessando os perigos das relações humanas que vivemos juntos, semelhantes, inacabados e transitórios, na aproximação do mistério, que, enfim, é a nossa morada eterna.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Somos seres inquietos, movendo-nos incessantemente nas malhas do nosso inacabamento, em transformações exaustivas que não acabam nunca! Somos seres de busca nos caminhos do mistério, enfrentando perigos e sustentando a esperança.

No percurso do envelhecimento, conscientes da nossa mortalidade, sofreremos o desamparo que prescreve a invenção de novas possibilidades para fazer da nossa vida algo que nos faça valer por nós mesmos. Aí está Eros. Belíssima e poderosa força que une, liga, cria unidade, pura produção da vida gerada na experiência amorosa, em meio à (des)organização da nossa condição de humanos. Somos, a um só tempo, integração e dispersão. Vivemos regidos por armadilhas incapturáveis e é sempre depois do acontecido que podemos considerar. Ou siderar - quem sabe? - nos possíveis resgates, na invenção de modalidades novas de continuar pulsantes no desejo de amar para ‘ser mais’, para ‘ir além’, como nos en-

sinam Freire e Boff: ‘ser mais’ para nós mesmos e para os outros; ‘ir além’ de nós mesmos ao encontro dos outros, amorosamente. (FREIRE, 1977; BOFF, 2000)

Tanto quanto todas as demais pessoas, os mais velhos têm esperança de alcançar a liberdade de criar, contraposta à opressão que os aprisiona na indiferenciação plasmada num monte de gente de idade avançada. Velhice é conquista, não só daqueles que envelhecem, mas também de toda a civilização que os faz chegar até aí.

Temos a pretensão de falar de velhice e morte, sabendo-nos finitos e nada sabendo da velhice e da morte. Falamos dessas coisas com a finalidade de redirecionar o transcurso da nossa existência, para salvaguardar os pedaços de triunfos da nossa vida até o fim, quando o triunfo inteiro pertencerá à morte. Vivemos a esperança de encontrar a confluência do sonho com a realidade, contando dias finitamente vividos, com destino certo, querendo assegurar a derrubada do fatalismo e a reinvenção da criatividade.

Queremos nos saber finitos para eleger a finitude como princípio e a eternidade como retorno perpétuo através do legado que deixamos para quem fica. Para fazer a adesão a Eros e aprender a amar, em todos os tempos e modos. Para viver experiências de findar e, então, recomeçar renovados. Para alcançar a grandeza de terminar amores, sem o cruel abandono do outro às ilusões perdidas, mas com a aproximação sensível que o ajude a reinaugurar-se na sua nova realidade. Para resistirmos à violência e à mentira e, eticamente, nos constituirmos como sujeitos

capazes de selecionar e avaliar o que for do nosso genuíno interesse. Para nos entregarmos ao luxo da reflexão na solidão benfazeja, essa fantástica transgressão de um cotidiano miserável de privacidade. Para afirmar o direito dos mais velhos à serenidade vitoriosa da luta íntima que travam, reorganizando despedaçamentos da sua vida. Para compreendermos que há tudo o que temer e tudo o que enfrentar; para atravessarmos o terrificante sofrimento da doença e da incúria; para confrontarmos o medo da morte, nos misteriosos caminhos do desconhecido absoluto.

E, assim, nos ponhamos todos ao prazer de viver, de tal forma que, ao final, seja do Amor a autoria da síntese da nossa existência que um dia acaba. Digamos, como ao começo desta conversa, que a nossa existência se eterniza no rastro do encantamento que a fará brilhar no caminho das estrelas. Então, que seja! Que se vá, nas cócegas deliciosas de um gozo molhado em lágrimas brotadas de velhas dores encravadas. Que deixe saudade. Lamento, porém, jamais! Que provoque aplausos, apesar de, pelo puro e simples fato de, uma vez, na história do universo, ela ter acontecido.

Referências Bibliográficas

ALVES, Rubem. *Morte*. Campinas: Papyrus, 2000 (Coleção Mosaico).

ANDRADE, Mário de. *Macunaíma: o herói sem nenhum caráter*. 29. ed. Belo Horizonte: Villa Rica, 1993.

BECKER, Ernest. *The denial of death*. Nova York: MacMillan, 1976.

BERGEN, Karel van den. Vivência e finitude: anotações de um velho estudante. In: PY, Ligia (Org.). *Finitude: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia*. Rio de Janeiro: Nau, 1999, p. 31-44.

BIRMAN, Joel. Psicanálise, negatividade e heterogêneo: como a psicanálise pode ser obstáculo para a barbárie? *Cadernos de psicanálise*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 18, 1999, p. 89 -107.

BOFF, Leonardo. *Tempo de transcendência: o ser humano como projeto infinito*. 2. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

BREITBART, William. Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos. In: PESSINI, Leocir; BERTACHINI, Luciana (Orgs.). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004, p. 204-227.

CASSORLA, Roosevelt. Prefácio. In: TORRES, Wilma da Costa. *A criança diante da morte: desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

DANIEL, Hebert. Anotações à margem do viver com aids. *Saúde e loucura*, n. 3. Dir. Antonio Lancetti. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 3-20.

DOLL, Johannes; PY, Ligia. Espiritualidade e finitude. In: PACHECO, Jaime Lisandro et al. (Orgs.). *Tempo: rio que arrebata*. Holambra/SP: Setembro, 2005. p. 277-290.

FRANKL, Viktor. *Man's search for meaning*. 2. ed. Nova York: Simon & Schuster, 1984. (Pocket Books).

- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
- FREUD, Sigmund. (1926 [1925]). Inibições, sintomas e ansiedade. In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Standard Brasileira, v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1980. p. 107-198.
- FREUD, Sigmund. (1927). O futuro de uma ilusão. In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Standard Brasileira, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1980, p. 15-80.
- FREUD, Sigmund. (1933 [1932]). Por que a guerra? (Einstein e Freud). In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Standard Brasileira, v. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1980, p. 245-264.
- GREEN, André. *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1998.
- JACQUES, Elliot. Death and middle-life crisis. *The International Journal of Psychoanalysis*, v. 46, p. 502-513, 1965.
- JECKEL-NETO, Emilio Antonio. Gerontologia: desafio para o século XXI. In: JECKEL-NETO, Emilio Antonio ; CRUZ, Ivana Beatrice Mânica da (Orgs.). *Aspectos biológicos e geriátricos do envelhecimento*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. v.2 p. 15-21.
- MESSY, Jack. *A pessoa idosa não existe: uma abordagem psicanalítica da velhice*. 2. ed. São Paulo: Aleph, 1999.
- PESSINI, Leocir. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: Loyola, 2001.
- PY, Ligia. Envelhecimento e subjetividade. In: PY, Ligia et al. (Orgs.). *Tempo de envelhecer*. Rio de Janeiro: Nau, 2004. p. 109-136.
- ROSA, João Guimarães. *Grande sertão: veredas*. 4. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1965.
- TORRES, Wilma da Costa. Morte e desenvolvimento humano. In: PY, Ligia (Org.). *Finitude: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia*. Rio de Janeiro: Nau, 1999. p. 55-63.

Referências de imagens em meio eletrônico:

MICHELÂNGELO. *Pietà*. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Imagem:/Michelangelo-Pieta.jpg#filehistory>>. Acesso em: 27 ago. 2005.

PORTINARI, Cândido. *Enterro na rede*. Disponível em: <www.casadeportinari.com.br/cronologia/enterro.htm> . Acesso em: 27 ago. 2005.

CANOVA, Antonio. *Psiqué reanimada pelo beijo de Eros*. Disponível em: <<http://www.cartelen.louvre.fr>>. Acesso em: 27 ago. 2005.



A Formação Gerontológica no Brasil¹

Resumo

A Gerontologia é uma área relativamente nova no Brasil. Nos anos 1960 foram fundadas as primeiras sociedades científicas e profissionais em Geriatria e em gerontologia, bem como os primeiros programas brasileiros destinados à Terceira Idade. Ao longo dos anos 1980, apareceram os primeiros departamentos acadêmicos e residências em Geriatria, assim como disciplinas isoladas e cursos de especialização sobre envelhecimento em várias áreas acadêmicas. Desde os anos 1990, o estabelecimento de alguns programas de mestrado e doutorado têm estimulado a pesquisa no campo gerontológico. Em conjunto, essas instituições têm tido forte influência sobre o treinamento de recursos humanos, a constituição dos campos profissional e científico da Geriatria e da gerontologia, e a construção da velhice como categoria social. Nos últimos anos, o estabelecimento da Gerontologia como profissão tem sido um desafio crescente às instituições educacionais e às profissões tradicionais. A tensão tem se ampliado devido ao aparecimento de políticas públicas que sugerem que os campos educacional e profissional da Gerontologia podem ser criados por lei e também por causa das mudanças econômicas e sociais observadas em várias carreiras e no mercado profissional de modo geral. Todavia, o estabelecimento de um campo profissional não é propriamente uma questão de vontade, mas um processo que inclui: a) Uma gradual especialização dos serviços considerados como úteis e relevantes pela população; b) A criação de associações profissionais específicas com duas funções básicas – o estabelecimento de critérios para a diferenciação de pessoas qualificadas e não-qualificadas e a constituição de um código de ética a ser seguido pelos qualificados; c) O estabelecimento de uma formação específica baseada num corpo sistemático de conhecimentos, métodos e dados empíricos; d) O desenvolvimento de uma cultura profissional entre os membros. A construção da Gerontologia como campo profissional unificado ou múltiplo está ainda em seus primórdios no Brasil.

Palavras chave: educação gerontológica, história da gerontologia, Brasil.

Abstract

Gerontology is a relatively new field in Brazil. The first scientific and professional Brazilian societies of geriatrics and gerontology have been founded in the years 1960, as well as the first educational and social programs addressed to the Third Age. The first academic departments and residences in Geriatrics have been created along the 1980's, as well some isolated academic subjects on aging, in several academic areas. Since the 1990's, the establishing of a few graduate programs has been stimulating research on aging issues. Jointly, these institutions have had a strong influence on the training of human resources, the constitution of the professional and scientific fields of geriatrics and gerontology, and the definition of old age as a social category. In the last years, the establishing of gerontology as a professional field has been a growing challenge to the educational institutions and to the traditional professions. The tension have been enhanced by public policies suggesting that the professional and educational fields of gerontology could be created by law, as well as by the ongoing economic and social changes in several careers and in the professional market in general. However, the establishing of a professional field is not properly a matter of will, but a process that includes: a) A gradual specialization of services, considered as useful and relevant by the population; b) The creation of specific professional associations with two main functions – the establishing of criteria to the differentiation of qualified and not-qualified people, and the elaboration of an ethic code to be followed by those who are qualified; c) The establishing of a specific formation based on a systematic set of theories, methods and empirical data; d) The development of a professional culture among its members. The building of gerontology as a unified or multiple professional field is still at its beginning in Brazil.

Keywords: gerontological education, history of gerontology, Brazil.

ANITA LIBERALESSO NERI

Psicóloga .

Professora Titular na UNICAMP onde ensina e pesquisa sobre Psicologia do Envelhecimento

¹ Palestra proferida no II Encontro Internacional de Gerontologia Social, promovido pelo SESC Avenida Paulista, em São Paulo, em 9 de novembro de 2004.

Falar em formação gerontológica no Brasil remete-nos a duas questões: uma é a da formação de especialistas e a outra é a do estabelecimento das profissões para responder institucionalmente às demandas da população idosa. Ambas podem ser vistas em termos históricos e comparativos, considerando diferenças e semelhanças com o que acontece em outros países. Semelhante análise encontra seus fundamentos em três campos: a história da gerontologia no século XX, a gerontologia educacional e a sociologia das profissões.

O desenvolvimento da gerontologia no Brasil é um processo relativamente recente. A exemplo do que aconteceu em outros países, a formação de recursos humanos tem sido fundamental ao estabelecimento do campo em nosso país. Em torno dessa questão, delineiam-se tensões políticas as mais variadas, tendo como pano de fundo a discussão sobre a hegemonia do modelo médico no estudo e na intervenção no âmbito do envelhecimento. As tentativas de legitimação de campos profissionais adjacentes é terreno fértil para disputas de posição e de poder. As tensões parecem acirrar-se à medida que o campo se fortalece e ganha projeção, acompanhando o aumento da visibilidade dos idosos no País.

Encontramo-nos num ponto intermediário do processo de estabelecimento do pensamento gerontológico. Está longe o período de não-existência da gerontologia ou de uma época em que havia apenas um interesse incipiente, porque a população idosa era reduzida, e assim, a velhice tinha pouca visibilidade para os profissio-

nais. Por outro lado, está muito distante do ponto alcançado por países desenvolvidos, que envelheceram antes do Brasil, e sob melhores condições macroeconômicas. Nesses países desenvolveram-se paulatinamente, e hoje estão solidamente instalados, programas de pesquisa e de intervenção gerontológica formalmente patrocinados pelo Estado, pelas universidades, por organizações não-governamentais e pela indústria farmacêutica. É o caso dos Estados Unidos, da Alemanha, da Inglaterra, da Suécia e do Japão, entre outros países. Estamos numa etapa intermediária em que a gerontologia ainda é exercida por poucos profissionais, em que poucos se apresentam como gerontólogos e na qual se luta pelo reconhecimento do campo pelas outras áreas de pesquisa e de atuação profissional. É uma fase de fortes tensões internas entre os praticantes e os pesquisadores da gerontologia, que lutam para discriminar entre o que é científico e o que não é, e entre a boa e a má prática profissional. Nesse cenário dão-se hoje, no Brasil, os embates em torno da profissionalização dos gerontólogos.

A primeira parte deste texto contém um breve relato sobre o desenvolvimento da gerontologia no âmbito internacional e no Brasil. A segunda trata da formação de recursos humanos especializados em gerontologia, dos aspectos centrais do debate sobre esse processo, dos atores envolvidos, dos números que já podem ser indicados nessa trajetória e das perspectivas do campo. Na terceira parte é exposto o dilema, presente entre os profissionais brasileiros que lidam com idosos, a respeito da possibilidade de a gerontologia constituir-se

como uma profissão unificada ou como um conjunto de especialidades profissionais; são apresentados os requisitos para que um campo de atuação se constitua como profissão.

O ESTABELECIMENTO DA GERONTOLOGIA NO BRASIL: ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A gerontologia é o campo multidisciplinar e interdisciplinar que se interessa pelo estudo do envelhecimento, da velhice e dos idosos. Seus interesses abrangem a descrição e a explicação das mudanças típicas do processo do envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e sócio-culturais; o estudo das características dos idosos e das diversas experiências de velhice e envelhecimento ocorrendo em diferentes contextos sócio-culturais e históricos; a caracterização de padrões de envelhecimento normal, ótimo e patológico; a realização de estudos comparativos e o estabelecimento de modelos animais de envelhecimento. Compreende, também, a consideração dos níveis reais de desenvolvimento e do potencial para o desenvolvimento na velhice.

No âmbito internacional, o surgimento e o crescimento da Gerontologia ocorreu devido aos progressos sociais que se refletiram no desenvolvimento da pesquisa em vários campos, entre eles o do envelhecimento, e devido aos avanços no tratamento dos idosos ocorridos no século XX. É impossível falar em Gerontologia no Brasil sem considerar as tendências gerais da

A gerontologia é o campo multidisciplinar e interdisciplinar que se interessa pelo estudo do envelhecimento, da velhice e dos idosos.

evolução desse campo nos países desenvolvidos, ocorrida no século passado, e o processo de internacionalização da Gerontologia, que se delineou a partir dos anos 1930 e que incluiu o Brasil a partir de meados dos anos 1950.

A gerontologia estabeleceu-se a partir da associação entre velhice e doença, inerente ao modelo biomédico aplicado ao envelhecimento. Por ocasião da emergência da gerontologia como ciência, a melhor expressão desse conceito foi representada pelo livro de Jean-Marie Charcot (1867/1881)² *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et las maladies chroniques*. Nessa obra, o famoso médico francês relatou os resultados de observações sistemáticas sobre velhice e doença, feitas em mulheres idosas confinadas num grande hospital público de Paris, e dividiu as doenças da velhice em três categorias: 1) As que derivam de mudanças fisiológicas gerais; 2) As que existiam em estágios precedentes, mas que apresentam características e perigos especiais na velhice, e 3) As doenças às quais os idosos parecem ser imunes (ACHENBAUM, 1995). Suas idéias tiveram largo curso e grande influência na medicina e na gerontologia.

² Charcot, J-M. Clinical lectures on the diseases of old age. Tradução de Leigh Hunt. New York: William Hood, 1867/1881. p.4-26

Hoje, o campo da geriatria compreende a prevenção e o manejo das doenças do envelhecimento. É uma especialidade em medicina, e também em odontologia, enfermagem e fisioterapia, e se desenvolve à medida que aumenta a população de adultos mais velhos portadores de doenças crônicas e de doenças típicas da velhice.

No começo do século XX, a gerontologia concentrou sua atenção na observação dos processos fisiológicos do envelhecimento e nas possibilidades de prolongamento da vida por meio de intervenções médicas. Isso significa que o estabelecimento da gerontologia já foi marcado pelo dualismo: de um lado os liderados por Charcot, que viam a velhice como doença; de outro, os proponentes de uma visão positiva sobre a velhice, ou pelo menos da consideração da possibilidade de evitá-la. Achenbaum (1995) fala de uma filosofia otimista da velhice nessa época, a qual foi encarnada por Metchnikoff (1908), Nascher (1909) e Stanley Hall (1922), cujas obras marcaram a fundação do campo como o conhecemos hoje.

O termo gerontologia foi usado pela primeira vez por Elie Metchnikoff, que o compôs a partir da língua grega, na qual *geron* significa *homem velho*, e *logia*, *estudo*. Metchnikoff (1908)³, cientista russo que trabalhava no Instituto Pasteur em Paris, afirmava que a velhice é uma doença infecciosa crôni-

ca, caracterizada por degeneração ou por enfraquecimento de elementos nobres e pela atividade excessiva dos macrófagos (micróbios que habitam o trato digestivo). Tais processos causariam um distúrbio no equilíbrio das células que compõem o organismo e dariam origem a uma luta interna que conduziria ao envelhecimento. Uma vida longa e uma velhice saudável dependeriam de evitar e retardar esse processo. O mesmo autor profetizou que a gerontologia teria crescente importância no decorrer do século XX, em virtude dos ganhos em longevidade para os indivíduos e para as populações, ganhos esses provocados pelos avanços das ciências naturais e da medicina.

Em 1909, Ignatz Nascher introduziu na literatura o neologismo *geriatria*, para designar o *estudo clínico da velhice*. Segundo ele, a velhice não é naturalmente um estado patológico e pode ser resgatada do desastre e da ruína. O autor fundou a Sociedade de Geriatria de Nova Iorque em 1912 e publicou o primeiro tratado no campo, o livro *Geriatrics: the diseases of old age and their treatment, including physiological old age, home and institutional care, and medico-legal relations*, em 1914. Em 1917, o *The Medical Review of Reviews* criou uma sessão de geriatria, a primeira instituída para dar vazão ao conhecimento produzido nessa área. Nascher foi seu primeiro editor. Hoje, o campo da geriatria compreende a prevenção e o manejo das doenças do envelhecimento. É uma especialidade em medicina, e também em odontologia, enfermagem

³ Metchnikoff, E. *The prolongation of life: optimistic studies*. New York: Putnam, 1908.

e fisioterapia, e se desenvolve à medida que aumenta a população de adultos mais velhos portadores de doenças crônicas e de doenças típicas da velhice. Elas se tornam mais freqüentes nas populações em virtude da melhora da qualidade de vida dos segmentos mais jovens – sendo esta uma função dos progressos científicos e culturais.

A Primeira Guerra Mundial (1914-1918) abriu espaço para a realização do primeiro estudo populacional sobre inteligência humana dos 18 aos 60 anos. Com base na submissão de 1.726.966 homens de 18 a 60 anos a testes de inteligência geral, com o fito de selecionar os mais aptos para a composição do oficialato, concluiu-se que a inteligência declina com a idade. Mesmo em presença de advertências de que os dados obtidos podiam dever-se a problemas com a validade das medidas adotadas, ou mesmo à grande variedade de bagagens culturais da população estudada, os resultados se popularizaram e se cristalizaram, dando origem ao que Lehr (1988) *modelo deficitário de desenvolvimento mental na vida adulta*.

Várias vezes se levantaram contra tal noção, como por exemplo a do decano dos psicólogos norte-americanos, G. Stanley Hall (1844-1924), que expressou sua discordância em relação a essa ideologia de velhice no livro *Senescence, the last half of life*, de 1922, a mais completa obra sobre o assunto já publicada por um cientista social até aquele momento. O autor antecipou-se a dados empíricos que viriam à luz décadas mais tarde, sugerindo que o envelhecimento é um processo múltiplo, que diferentes sistemas do organismo

envelhecem em tempos e ritmos diferentes, e que os velhos não voltam a ser adolescentes, não são iguais entre si e nem se tornam necessariamente comprometidos do ponto de vista intelectual. A repercussão dessa obra foi pequena, evidenciando-se a força do conceito tradicional de velhice como fase de doença e declínio.

O ano de 1928 marcou a criação dos primeiros grupos de pesquisa na Universidade de Stanford, nos EUA, sobre aprendizagem, memória e tempo de reação, que confirmaram os dados psicométricos coletados durante a I Grande Guerra. Em 1946, foram fundadas a Gerontological Society of America, a American Geriatric Society e a Division of Maturity and Old Age da American Psychological Association, em parte como sinal do aumento do interesse sistemático da ciência pela velhice, em parte como resposta às projeções demográficas indicativas da aceleração do processo de envelhecimento populacional que os Estados Unidos e outros países industrializados estavam sofrendo e que viriam a se acelerar nas décadas seguintes. Por causa disso, entre os anos de 1950 e 1970, foram continuadas, iniciadas e completadas várias pesquisas longitudinais sobre a vida adulta e a velhice, como por exemplo a de Bonn (1965-1984), o primeiro estudo da Duke University (1955-1976), o segundo estudo da Duke University (1968-1976), o do Estado de Iowa (1919-1976) e o estudo psiquiátrico do Estado de Nova Iorque, realizado com gêmeos (1946-1973). Há outros estudos iniciados nessa época e atualmente em curso, como por exemplo o de Baltimore (1958) e o de Berkeley

(1968). Na década de 1980, foram iniciados os estudos longitudinais de Manchester e New Castle (1982), o estudo sueco com idosos gêmeos e adotados (1984), o de Victoria (1986), o de Lund (1988) e o dos países nórdicos (1989), entre outros. Nos anos 1990, foi a vez do Berlin Aging Study (1990), do Nun Study (1990), do estudo de Canberra (1991), do estudo de Amsterdam (1991) e dos estudos de Maastrich (1992) e de Groeningen (1993), entre outros (apud SCHAIE; HOF, 2001).

Entre 1950 e 1959, foram publicados mais estudos sobre a velhice do que nos 115 anos precedentes. Entre 1969 e 1979, a pesquisa na área aumentou em 270 %. Em 1959, surgiu o primeiro manual sobre psicologia da velhice e também os primeiros manuais sobre ciências sociais e envelhecimento e sobre biologia do envelhecimento, em língua inglesa. Essas publicações passaram a ser quinqüenais a partir de 1985. Hoje, a elas somam-se várias publicações periódicas de âmbito internacional, além de publicações locais que veiculam a produção científica no campo gerontológico.

O avanço da pesquisa e a experiência direta com um número crescente de idosos que tinham preservadas a saúde, a participação social e a cognição, mostrou que o modelo deficitário do desenvolvimento mental na vida adulta e na velhice era insuficiente para explicar o funcionamento e a produtividade de indivíduos idosos. Para responder a essa questão, foram planejadas outras investigações longitudinais sobre os determinantes e os processos inerentes a formas positivas de enve-

lhecer. Criaram-se novas categorias de análise, tais como envelhecimento ativo, saudável, produtivo e bem-sucedido. Entre os pioneiros, estão o *Seattle Longitudinal Study*, um estudo de coortes seqüenciais sobre envelhecimento intelectual, iniciado em 1955 (SCHAIE, 1996), e o estudo Mac Arthur sobre envelhecimento bem-sucedido, iniciado em 1988 (ROWE; KAHN, 1998; STRAWBRIDGE; WALLHAGEN; COHEN, 2002). Ambos prosseguem até os dias atuais.

A partir dos anos 1990, cresceu expressivamente o número de investigações sobre o envelhecimento cognitivo patológico. O reconhecimento e controle dos déficits cognitivos que acompanham os vários tipos de demência na velhice é considerado um desafio importante a ser enfrentado por causa dos prejuízos que causam ao bem-estar dos idosos e de suas famílias, e também por causa de seus altos custos para os sistemas público e privado de saúde. O aumento da prevalência dessas moléstias nas populações deu origem a novas áreas de interesse, como por exemplo a de apoio a familiares cuidadores, a de geração de tecnologias apropriadas ao cuidado e à de formação de recursos humanos especializados para prestar assistência aos idosos. A novas demandas sociais também têm exercido pressão sobre a pesquisa básica, no sentido de explicar os determinantes e as características das mudanças na velhice avançada e as possibilidades de retardar e reverter as decorrências do envelhecimento patológico.

Desde os anos 1930, fizeram-se investimentos destinados a promover a divulgação da gerontologia no âmbito

internacional. As instituições pioneiras foram a Fundação Josiah Mancy Jr., nos E.U.A e a Fundação Nuffield, no Reino Unido. Em 1950, em Liège, na Bélgica, foi criada a International Association of Gerontology (IAG), durante o Primeiro Congresso Mundial de Gerontologia. Compreensivelmente, a participação de países da América Latina foi de início muito pequena, à exceção da Argentina, o primeiro país sul-americano a fundar uma sociedade de Geriatria e o primeiro a mandar delegados ao segundo congresso mundial realizado em Hamburgo, Alemanha, em 1954, ano da fundação do Comitê Latino-americano de Geriatria e Gerontologia (COMLAT). Em 1977, a IAG foi reconhecida como órgão consultor pela Organização das Nações Unidas (ONU) (LOPES, 2000). No ano de 1981, a ONU fez realizar a Primeira Assembléia Mundial do Envelhecimento, em Viena, da qual resultou extensa documentação normativa endereçada aos países membros. 1999 foi o Ano Internacional da Pessoa Idosa patrocinado pela ONU e pela Organização Mundial da Saúde, e em 2002 realizou-se em Madrid a Segunda Assembléia Mundial do Envelhecimento.

O processo de internacionalização da Gerontologia, promovido pelos países desenvolvidos, contribuiu para a emergência do interesse pela velhice no Brasil, antes mesmo que o envelhecimento da população brasileira cha-

masse a atenção dos cientistas e dos políticos. Influenciou, por exemplo, o pensamento de médicos brasileiros, que, a partir de meados dos anos 1950, começaram a criar grupos e jornadas de estudo sobre geriatria. Suas iniciativas alicerçaram os primeiros serviços de geriatria, fundados no Rio de Janeiro, no Hospital Estadual Miguel Couto e na Santa Casa de Misericórdia, sob a liderança dos doutores Roberto Segadas Vianna e Deolindo Couto. O ano de 1962 é marcado pela ocorrência do primeiro curso de extensão universitária sobre velhice. Esses movimentos são inseparáveis da fundação da Sociedade Brasileira de Geriatria (SBG), em 1961, na cidade do Rio de Janeiro. O primeiro Presidente foi Deolindo Couto, numa Diretoria da qual faziam parte também Roberto Segadas Vianna, Raul Penido Filho e Paulo Celso Uchoa Cavalcanti, que estiveram à frente da SBGG por uma década. Andréa Lopes (2000), que desenvolveu um estudo documental e etnográfico sobre a trajetória da Sociedade, chamou esse grupo de “a primeira geração”.⁴

Em 1962, a SBGG filiou-se à Associação Médica Brasileira, o que já evidencia um claro esforço de busca de legitimidade da geriatria pela medicina nacional. Em 1965, a SBGG abriu-se à participação de não-médicos, principalmente provenientes do campo social e, em 1968, foi registrada no Re-

⁴ Deve ser creditado à autora o mérito de ter levantando, reunido e organizado documentos esparsos, informações antes fragmentadas e principalmente as memórias de profissionais que se perderiam para sempre, não fosse seu interesse em analisar a história da SBGG. O trabalho documenta também a contribuição que a Universidade tem oferecido à SBGG, mediante o desenvolvimento de pesquisas isoladas e de linhas de investigação que têm servido para promover o desenvolvimento do campo no Brasil. No entanto, evidenciando que o desenvolvimento é um processo complexo em que muitas vezes o velho convive com o novo, na ocasião a SBGG patrocinou a edição do livro, mas não o distribuiu aos seus associados.

gistro Civil de Pessoas Jurídicas do Rio de Janeiro como Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Outros sinais desse esforço foram: a publicação de um número especial do *Jornal Brasileiro de Medicina* dedicado ao tema velhice, em 1962; a realização do I Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, em 1968, e a promoção do primeiro concurso para concessão do título de Especialista em Geriatria, por delegação da AMB, em 1969. Em 1968, um grupo de médicos dissidentes da SBGG fundou a Associação Brasileira de Gerontologia, hoje extinta (LOPES, 2000). Em 1982, um grupo de gerontólogos sociais, igualmente dissidentes da SBGG, fundou a Associação Nacional de Gerontologia (ANG). Por um prisma de análise histórico-crítico, a instituição de ambas as sociedades, SBGG e ANG, é representativa das tensões existentes entre médicos e não-médicos que se dedicam ao trabalho com a velhice no País.

Evidenciando a necessidade de reconhecimento da categoria profissional dentro e fora da SBGG, em 1986 o Departamento de Gerontologia Social da SBGG começou a realizar concurso para concessão do título de Especialista em Gerontologia Social aos seus sócios não-médicos, título que, entretanto, não é reconhecido por nenhum conselho profissional. Os sócios não-médicos foram chamados de gerontólogos sociais, independentemente da especialidade exercida.

O uso da denominação gerontólogo social para todos os praticantes

que não são médicos é errôneo, uma vez que o termo *Gerontologia Social* foi cunhado por Clark Tibbits, em 1954, para descrever a área da Gerontologia que se ocupa do impacto das condições sociais e sócio-culturais sobre o processo de envelhecimento e das conseqüências sociais desse processo⁵. Mas, a adoção do rótulo “gerontólogo social” tinha sentido na realidade brasileira, no momento em que se iniciava a construção do conceito de velhice como problema médico-social. Num contexto já marcado pela polarização ainda hoje observada entre não-médicos e médicos, terá parecido adequado pensar que os profissionais da medicina devem dedicar-se às doenças do envelhecimento, ou ao envelhecimento visto como doença, enquanto os assistentes sociais e os sociólogos devem investir em políticas e práticas sociais, entre elas as atitudes e os preconceitos em relação aos idosos. Segundo a ótica que considera a velhice como problema médico-social, parecia legítimo acreditar que os preconceitos expressos em práticas sociais e em políticas públicas que prejudicam ou que não respeitam os idosos são determinantes de seu destino de pobreza, isolamento e doenças.

Os pioneiros, que se dedicaram ao estabelecimento da geriatria e da gerontologia social no Brasil, eram autodidatas e se alimentavam da influência internacional. Entre suas tarefas iniciais estavam – e estão até hoje – convencer a sociedade de que o problema médico-social da velhice é uma reali-

⁵ São temas importantes nesse campo: atitudes em relação à velhice, práticas e políticas sociais, formas de gestão da velhice pelas instituições sociais e pelas organizações governamentais e não-governamentais, índices de bem-estar das populações idosas, redes de suporte social, relações intergeracionais.

dade e um assunto digno de ser considerado pela ciência e pela medicina (LOPES, 2000).

Entre as instituições sociais a ser convencidas e arregimentadas para a realização do esforço de desenvolvimento e de afirmação da geriatria e da gerontologia como campos científicos estava, e até hoje está, a Universidade, local de trabalho de boa parte dos pioneiros da gerontologia brasileira, primeiro nos cursos de medicina, e depois em outros campos da saúde e das ciências sociais.

Pensar sobre a evolução do campo gerontológico no Brasil exige a consideração da influência do SESC (Serviço Social do Comércio). No final dos anos 1960, essa instituição começou a desenvolver programas educacionais com idosos, notadamente de preparação para a aposentadoria, de divulgação científica sobre cuidados com a saúde no envelhecimento, de lazer e de atividades físicas, nos mesmos moldes dos que existiam na Europa. Nessa época, um grupo de elite de funcionários do SESC viajou à França para conhecer as primeiras “Universidades do Tempo Livre”, criadas para amparar as necessidades sociais do então emergente grupo de idosos naquele país. Essas instituições foram precursoras da primeira Universidade da Terceira Idade, fundada em Toulouse, em 1973, por Pierre Vellas⁶. Profissionais atuantes no SESC foram pioneiros da atuação em gerontologia social na SBGG.

A criação da primeira residência médica em geriatria ocorreu em 1976, na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, e teve relação com o processo de internacionalização da Gerontologia.

A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM GERONTOLOGIA NO BRASIL: O PAPEL DA UNIVERSIDADE

Os esforços pioneiros de formação de recursos humanos para lidar com idosos no Brasil ocorreram nos cursos de medicina, mais especificamente nas residências médicas em geriatria e na SBGG, por meio de jornadas e de cursos livres.

A criação da primeira residência médica em Geriatria ocorreu em 1976, na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, e teve relação com o processo de internacionalização da Gerontologia, já que seu criador, Dr. Yukio Moriguchi, veio do Japão para o Rio Grande do Sul com a missão explícita de aqui desenvolver a Geriatria e a Gerontologia. Na mesma época, instalou-se na PUC-RS (1976) o Instituto Brasileiro de Geriatria e Gerontologia (IGG), igualmente pioneiro, e que permanece até hoje dedicado à formação de geriatras e à pesquisa. É importante ressaltar que o Ministério da Educação – MEC - só reconheceu as residências em Geriatria em 1979.

⁶ Esta iniciativa se multiplicou por vários países europeus e depois pela América. Notavelmente, parte das Universidades da Terceira Idade passaram a ser também centros de pesquisa gerontológica. Tal trajetória repetiu-se no Brasil a partir dos anos 1990.

Desde sua fundação, o IGG tituiu em seu programa de residência médica 34 Mestres, 534 especialistas e 51 geriatras. Entre os especialistas, há 385 médicos brasileiros e 71 de outros países da América Latina, estes participantes do programa de aperfeiçoamento e atualização denominado *Third Country Training Programme in Geriatrics* (TCTPG). Desde 1997, é centro colaborador da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde (OMS/OPAS) para o estudo e a prevenção de patologias e doenças crônico-degenerativas.⁷

Outras universidades brasileiras viriam a juntar-se a esses esforços por meio de residências médicas, disciplinas, serviços e departamentos (estes geralmente de áreas afins à geriatria). No entanto, foi somente em fins de 2002, com base numa longa e produtiva atuação no âmbito da pesquisa e do tratamento clínico, que apareceu o segundo Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) do País, na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Sua proposta é ampliar o atendimento aos idosos e congregar atividades de assistência, pesquisa e ensino na área. O IGG/UNIFESP se dedica ao melhor atendimento a idosos que sofrem de doenças osteoarticulares, cardiovasculares, neuropsiquiátricas e metabólicas, além de reunir médicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais. O novo instituto abriga igualmente um centro de pesquisa clínica.⁸

Existem hoje no Brasil 13 residências médicas em Geriatria reconhecidas pelo MEC, as quais, em conjunto, oferecem 28 vagas anuais: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo-SP, duas vagas; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto-SP, duas vagas; Hospital Central de IASERJ - Rio de Janeiro-RJ, duas vagas; Hospital do IPSEMG / Belo Horizonte-MG, duas vagas; Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo - Francisco Morato de Oliveira - São Paulo-SP, duas vagas; Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo - São Paulo-SP, duas vagas; Hospital Santo Antônio, Salvador-BA, duas vagas; Hospital Universitário Cajuru (HUC) da PUC do Paraná - Curitiba-PA, três vagas ; Hospital Universitário da PUC do Rio Grande do Sul – Porto Alegre-RS, duas vagas; Hospital Universitário Pedro Ernesto / Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro-RJ, duas vagas; Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - São Paulo-SP, três vagas ; Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina (UNIFESP) - São Paulo-SP, duas vagas; Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina (UNIFESP) - São Paulo-SP, duas vagas e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro-RJ, duas vagas (informação verbal).⁹

As residências médicas não se localizam necessariamente em departamentos de Geriatria de cursos de

⁷ Disponível em: <<http://www.pucrs.br/igg/>>. Acesso em : 20 mar. 2005.

⁸ Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dmed/geriatria>>. Acesso em: 20 mar. 2005.

⁹ Conforme Elisa Franco do Amaral Assis Costa, Presidente da SBGG - comunicação pessoal em 9 de novembro de 2004.

Medicina, podendo se instalar em departamentos de Clínica Médica ou outros. Não há dados confiáveis sobre o número de Departamentos de Geriatria no País, que nem sempre respondem a levantamentos ou publicam essa informação em *sites* na Internet ou nos catálogos das suas Universidades.

A formação de recursos humanos em Gerontologia Social, na universidade brasileira, seguiu caminhos em parte análogos, em parte divergentes dos da Medicina, no que tange à luta por legitimidade e reconhecimento. O primeiro curso de especialização em Gerontologia Social surgiu em São Paulo, no Instituto Sedes Sapientiae, em 1979, graças à atuação de Raquel Vieira da Cunha (1918-1996)¹⁰, alemã naturalizada brasileira, com formação em Psicologia na Universidade de Harvard (EUA), e de Raquel Lea Rosenberg (1931-1985)¹¹, belga naturalizada brasileira, formada pela USP, igualmente influenciada pela Psicologia que se desenvolvia nos Estados Unidos. Em meados dos anos 1980, o curso passou a ser coordenado por Elvira Conceição de Abreu e Mello Wagner, psicóloga. Diferentemente das duas colegas, esta teve importante atuação política em gerontologia social dentro da SBGG. Embora sempre tenha mantido sua identidade profissional trabalhando em atendimento psicoterápico a idosos, na Sociedade ela veio a identificar-se com gerontólogos sociais cuja expressão política emanava da influência do Serviço Social do Comércio (SESC), à época força motriz do pensamento e da atuação em gerontologia social no Brasil. Entre

A formação de recursos humanos em gerontologia social, na universidade brasileira, seguiu caminhos em parte análogos, em parte divergentes dos da medicina, no que tange à luta por legitimidade e reconhecimento.

esses gerontólogos sociais, que eram assistentes sociais de formação, é importante lembrar a atuação de Zally Pinto Vasconcelos de Queiroz, de Antonio Jordão Netto e de Flávio da Silva Fernandes. Nos anos 1990, todos os três se envolveram com a criação de Universidades da Terceira Idade, outra importante fonte de influência na formação da gerontologia no Brasil. Parte delas, mormente aquelas criadas em instituições universitárias com tradição de pesquisa, estão hoje se voltando para a pesquisa, com evidentes lucros para o avanço do campo. Além da geração de conhecimentos propiciada por algumas dessas instituições, sua atuação está servindo de modelo e contribuindo para a formação de uma nova modalidade sobre a legitimidade da Gerontologia no cenário universitário nacional.

O ano de 1982 assistiu à implantação do NETI – Núcleo de Estudos da Terceira Idade, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a coordenação de Neusa Mendes Guedes e assessoria técnica de Lúcia Hisako Takase Gonçalves. Formou-se pouco a pouco uma equipe multidisciplinar reunindo alunos, professores de diversos Departamentos da UFSC e membros da co-

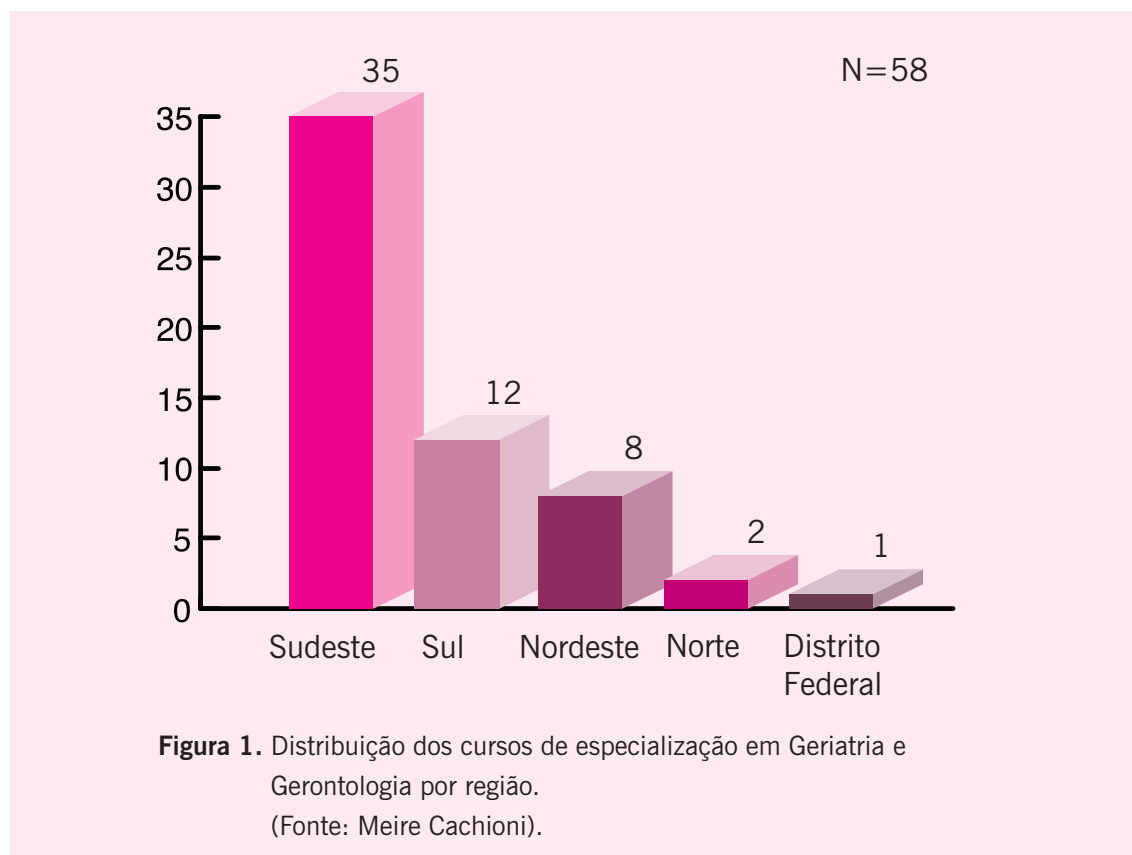
¹⁰ Disponível em: < www.appsico.org.br > - APP – Academia Paulista de Psicologia e em < www.encontroacp.psc.br > - ACP – Centro de Estudos e Encontro da Abordagem Centrada na Pessoa. Acesso em: 20 mar. 2005.

¹¹ Disponível em: < www.encontroacp.psc.br > - ACP – Centro de Estudos e Encontro da Abordagem Centrada na Pessoa. Acesso em: 20 mar. 2005

munidade, sendo a maioria voluntários, parte dos quais idosos, dedicados à educação gerontológica e, dentro dela, à luta pela divulgação e pela defesa dos direitos da pessoa idosa. Em 1991, o NETI criou um Curso de Especialização em Gerontologia, promoveu o I Encontro Nacional de Estudantes Universitários da Terceira Idade e coordenou o I Fórum de Coordenadores de Ações de Educação na Terceira Idade,¹² confirmando sua vocação inicial e também dando origem a vários grupos de pesquisa em vários Departamentos da UFSC.

Os anos 1990 foram marcados pelo crescimento do número de cursos de especialização em gerontologia na universidade brasileira, principal-

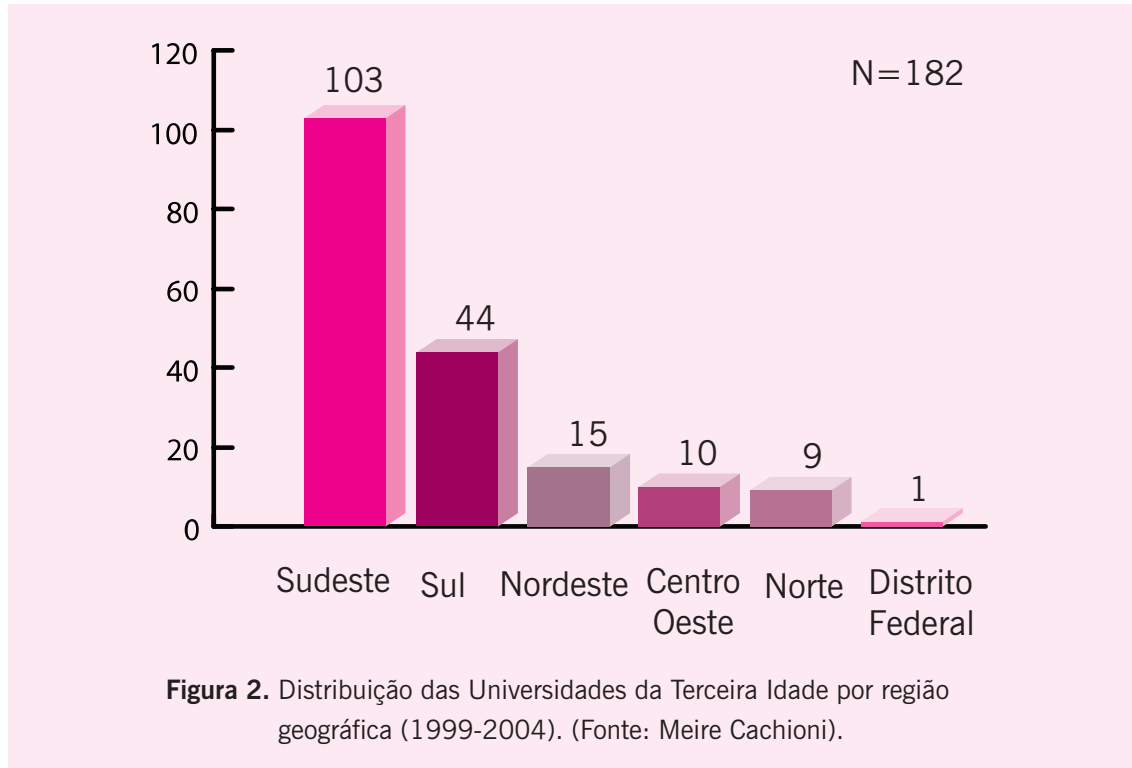
mente na Região Sudeste, em departamentos e faculdades de Psicologia, Educação, Ciências Sociais, Saúde Pública, Serviço Social, Enfermagem e Medicina. Pesquisa realizada e publicada por Cachioni em 2002, e complementada em setembro de 2004, usando como fonte os *sites* das universidades brasileiras e material impresso de divulgação produzido nessas instituições, revelou a existência de 58 cursos de especialização em gerontologia, localizados de Norte a Sul do País (ver Figura 1). Os cursos predominam nas regiões Sudeste e Sul, como acontece com as demais manifestações de interesse pela gerontologia, como se verá a seguir.



¹² NETI-UFSC. Disponível em: < www.neti.ufsc.br>. Acesso em: 20 mar. 2005.

A disseminação de programas de extensão nos moldes das Universidades da Terceira Idade representa outro foco de interesse a esta análise, uma vez que essas instituições ten-

dem a estar associadas a cursos de especialização e a núcleos de pesquisa. Na Figura 2, pode-se apreciar a distribuição espacial desses programas (ver Figura 2).



Enfrentando enormes resistências dentro da Universidade, no Sistema Nacional de Pós-Graduação – órgão ligado ao MEC - e nas agências de fomento federais, estaduais e institucionais, no final dos anos 1990 a gerontologia adentrou o domínio da pós-graduação *stricto sensu*. Foram fundados três cursos de Mestrado e Doutorado, um de Gerontologia, na UNICAMP, outro de Gerontologia Biomédica, na PUCRS e, o terceiro, de Gerontologia Social, na PUCSP. A Universidade Católica de Brasília deu início ao seu Programa de Mestrado em Gerontologia em 2004 e a Universida-

de de Passo Fundo pleiteia autorização federal para dar início ao seu.

Em conjunto, de 1997 a 2004, os programas da PUC-RS, da Unicamp e da PUC-SP foram responsáveis pela produção de cerca de 200 dissertações e teses contendo pesquisas, parte das quais foram publicadas em periódicos, em livros e na Internet. A esse número somam-se as produções de outros Programas que, embora não sendo de gerontologia, contam com linhas de pesquisa sobre velhice, por exemplo em psicologia, educação, ciências sociais, saúde pública, serviço social, enfermagem e medicina. No período 1975-

Nos últimos anos, delineou-se no país uma tendência de organização de grupos de pesquisa por temas, por áreas temáticas, por disciplinas e por interdisciplinas.

1999, foram identificadas cerca de 300 dissertações e teses sobre velhice nas áreas de psicologia e ciências sociais (NERI, 1997; GOLDSTEIN, 1999),¹³ número que vem aumentando de forma acentuada, embora sem a correspondente criação de programas e grupos de pesquisa específicos para trabalhar com velhice. Isso significa que a produção nacional sobre velhice ainda é pulverizada.

Nos últimos anos, delineou-se no País uma tendência de organização de grupos de pesquisa por temas, por áreas temáticas, por disciplinas e por interdisciplinas. A Plataforma Lattes, instalada e gerenciada pelo CNPq, congrega hoje os principais grupos de investigação de todas as áreas, que são monitorados e contados anualmente pelo sistema. Este desfruta de tal prestígio e domínio entre os pesquisadores, que figurar na Plataforma Lattes¹⁴ é requisito *sine qua non* para se pleitear verbas para pesquisa subvencionada por agências federais e estaduais de fomento à pesquisa. Uma pesquisa feita no mês de setembro do ano de 2004 nessa Plataforma, utilizando as palavras-chave velhice, idosos, terceira idade e envelhecimento, permitiu identificar 72 grupos de pesquisa que aí se inscreveram por trabalhar com esses temas.

A área com maior número de grupos é a da saúde, (compreendendo medicina, fisioterapia e terapia ocupacional, enfermagem, nutrição, fonoaudiologia, saúde e saúde coletiva), das ciências humanas (educação, educação física, psicologia e lingüística) e das ciências sociais (antropologia, sociologia e serviço social). Na área da saúde há 34 grupos, na de humanas há 22 e na de ciências sociais há 14 (ver Figuras 3 e 4). Considerando-se a distribuição geográfica desses grupos, nota-se maior concentração na Região Sudeste (25 grupos) e nela, em São Paulo (19 grupos); em segundo lugar na Região Sul (20 grupos com distribuição eqüivalente pelos três Estados); em terceiro a Região Centro Oeste e Distrito Federal (5 grupos); em quarto a Região Nordeste (4 grupos) e em quinto a Região Norte (3 grupos) (ver Figura 5).

É bem possível que haja outros grupos registrados em áreas específicas e não indexados com esses descritores, o que denota que, aparentemente, ser reconhecido pela comunidade de geriatras e gerontólogos não é importante para esses pesquisadores, que devem estar alocados em suas áreas de origem (por exemplo genética, neurologia ou reabilitação). O campo das ciências da vida detém a maioria dos grupos de pesquisa, seguido do campo das humanidades e das ciências da natureza. Quanto ao setor de aplicação, lideram a classificação dos grupos de pesquisa inscritos no Lattes, a saúde e a educação, respectivamente com 33% e 30,7% da produção (Ver Figura 5).

¹³ Lista e análise disponível em: <<http://www.bibli.fae.unicamp.br/GERON/geron.htm>>.

¹⁴ Disponível em: <<http://lattes.cnpq.br/pl/diretorio>>.

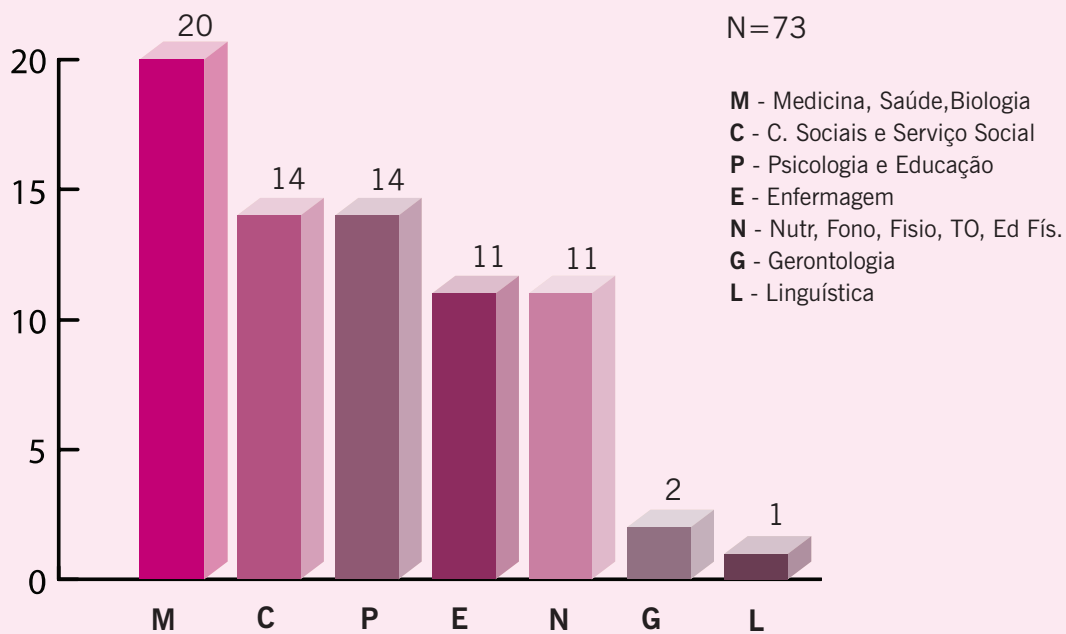


Figura 3. Grupos de pesquisa sobre velhice inscritos na Plataforma Lattes/CNPq, por área
 *Pesquisa: A.L. *Pesquisa: A.L. Neri, outubro 2004

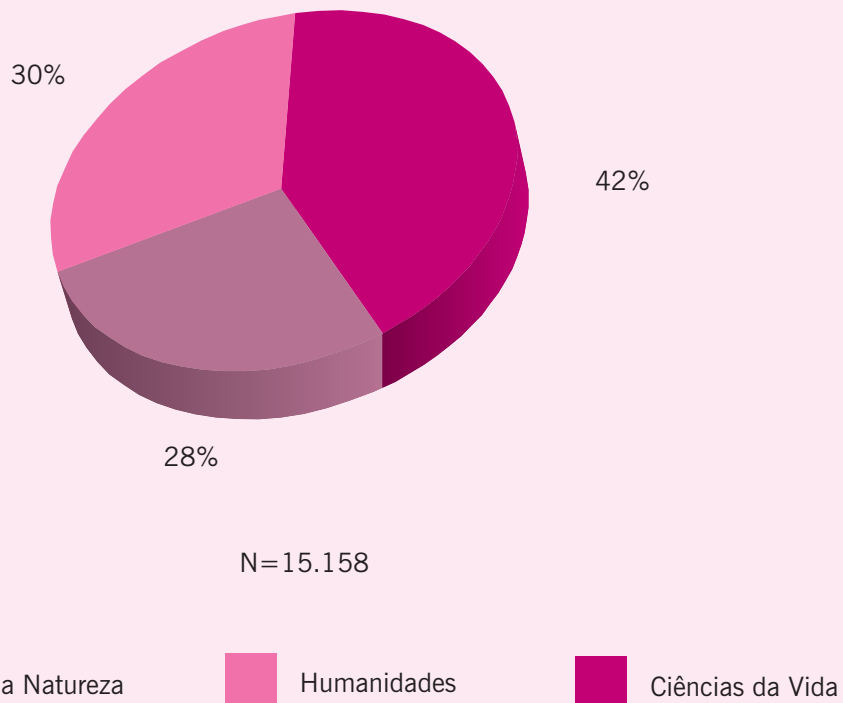


Figura 4. Grupos de pesquisa na Lattes (2002), segundo a grande área do conhecimento

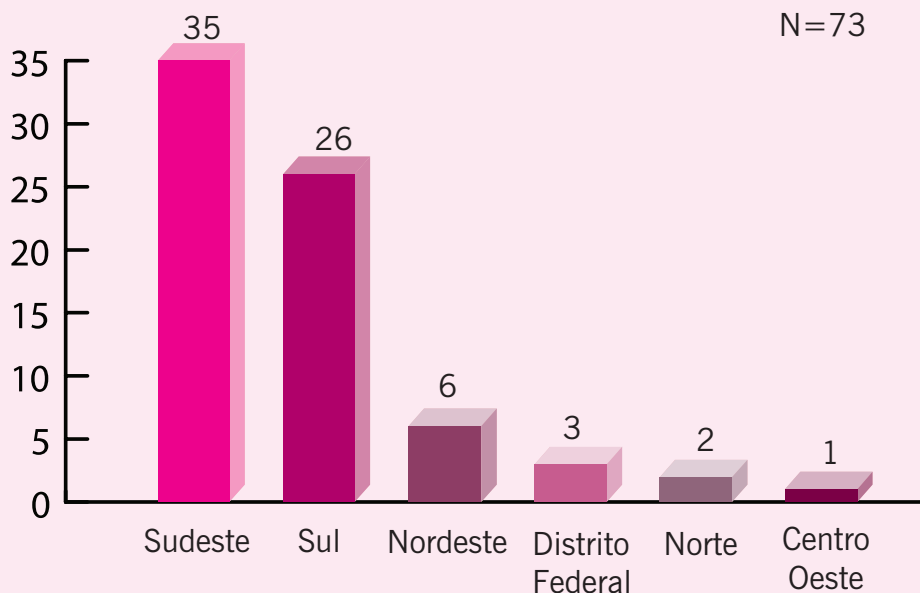


Figura 5. Grupos de pesquisa sobre velhice inscritos na Plataforma Lattes (CNPq), por região geográfica

*Pesquisa: A.L.NeriNeri, outubro 2004

Comparativamente, dois campos que possivelmente congregam um razoável número de grupos em gerontologia detêm 3,5% e 1,3% dos grupos, respectivamente (ver Quadro 1). As áreas que mais têm grupos de pesquisa são medicina, educação, química, agronomia e física, todas tradicionais (ver Quadro 2).

No Quadro 3 aparece a classificação dos grupos de pesquisa relacionados mais de perto com a gerontolo-

gia, uma vez que não há área específica na Plataforma Lattes. Aparecem as áreas mais produtivas em termos de número de grupos: no oitavo posto está a psicologia, no nono a saúde coletiva; no 57 a fonoaudiologia e no 59 a fisioterapia e a terapia ocupacional. Percebe-se, portanto, como a produção de gerontologia se dilui ou se pulveriza em subáreas com presença menor do que a de outras áreas.

Quadro 1. Grupos de pesquisa na Plataforma Lattes segundo o setor de aplicação (N = 15.158)

Saúde Humana	→	33,1%
Educação	→	30,7%
Administração pública, defesa e seguridade social	→	3,5%
Neurociências	→	1,3%

Quadro 2. Classificação dos grupos de pesquisa na Plataforma Lattes, por volume de produção, conforme a sub-área(N = 15158)

Sub-área	%
1. Medicina	6,1
2. Educação	5,9
3. Química	4,5
4. Agronomia	4,4
5. Física	3,6

Quadro 3. Classificação dos grupos de pesquisa relacionados à Gerontologia na Plataforma por volume de produção, conforme a sub-área (76 postos)

8. Psicologia	2,6%
9. Saúde Coletiva	2,6%
21. Genética	1,6 %
26. Enfermagem	1,5%
32. Educação Física	1,3%
49. Serviço Social	0,7%
52. Nutrição	0,7 %
57. Fonoaudiologia	0,4 %
59. Fisioterapia e T.Ocup.	0,4 %

A despeito dessa movimentação, as agências de fomento ainda não reconhecem a especificidade da gerontologia. Essa ocorrência resulta em dificuldades e prejuízos na captação de

recursos. Os pesquisadores precisam procurar verbas em seus campos disciplinares, mas neles a velhice comparece como uma das últimas prioridades. Redunda igualmente em falta de reco-

nhecimento acadêmico e na dificuldade de interação com os pares que não reconhecem nem a especificidade e nem a legitimidade da área.

Sendo a gerontologia uma área ainda emergente no País, existem poucos veículos credenciados para abrigar a produção intelectual, diferentemente do que acontece em outras áreas do conhecimento, longamente estabelecidas. A área ainda não possui uma rubrica específica na Plataforma Lattes ou na CAPES e, assim, todos os pesquisadores e grupos de pesquisa têm sua produção científica indexada nas áreas de formação de base dos profissionais, como por exemplo medicina, enfermagem e psicologia. Isto faz com que a produção se dilua.

O aparecimento de periódicos é apontado por especialistas como um indicador importante do grau de desenvolvimento de um determinado campo. Em 1946, foi criado o primeiro periódico norte-americano em gerontologia. Comparativamente, outras áreas multidisciplinares começaram a deslançar bem antes. Nos campos da estatística, da bioquímica, dos estudos sobre o ambiente e dos estudos sobre a família, nos Estados Unidos, os primeiros periódicos vieram a luz respectivamente em 1835, 1905, 1910 e 1920. O crescimento do número de periódicos em bioquímica e em ecologia foi grande entre 1950 e 1970, enquanto os da gerontologia cresciam lentamente. A estatística alcançou picos de desenvolvimento em 1930 e entre 1960 e 1970, e depois se estabilizou. No campo de estudos sobre a família, até 1950 houve um lento crescimento, análogo ao da gerontologia. Depois disso, até 1970,

ambos os campos avançaram rapidamente e de modo parecido. A seguir, só a gerontologia avançou, praticamente alcançando o número de periódicos existentes em bioquímica e estatística, campos muito mais antigos e consolidados há longo tempo. No ano de 2000, nos Estados Unidos, existiam 35 periódicos científicos em gerontologia, 37 em estatística e 38 em bioquímica (BASS; FERRARO, 2000).

Nesse país, existem cerca de 1.000 programas de Gerontologia, localizados em 500 instituições de ensino superior. Dentre eles, cerca de 150 são de pós-graduação, a maior parte conducente a títulos profissionais, a minoria aos títulos de mestre e doutor. Segundo a AGHE – Association for Gerontology in Higher Education, entre 1976 e 1992, os cursos de doutorado em gerontologia cresceram de cinco para 32, em meio ao enfrentamento de muitos desafios devidos ao fato de seus professores serem provenientes de vários departamentos, tendo por isso que atender a diferentes demandas acadêmicas e administrativas. Além disso, os professores são confrontados com problemas decorrentes da tentativa de transcender os limites de sua formação profissional, tendo em vista os desígnios do novo campo.

Desde 1946, quando começou a ser construída a tradição acadêmica norte-americana em gerontologia, três gerações de gerontólogos se sucederam. A primeira contribuiu para legitimar o estudo da velhice dentro de suas respectivas disciplinas e profissões. Educaram e serviram de mentores para uma segunda leva de gerontólogos, sobre cujos ombros repousou a respon-

sabilidade pelo desenvolvimento da área. A exemplo dos que os precederam, esta segunda geração de líderes adotou uma posição de *dupla cidadania*, atuando em gerontologia e mantendo sua afiliação disciplinar e profissional de origem. Como consequência, os sub-campos da gerontologia se fortaleceram e novos investigadores foram atraídos. Atualmente, uma terceira geração de gerontólogos ainda luta por reconhecimento e distinção acadêmica mas, ao mesmo tempo, seus membros permanecem ligados às suas disciplinas e profissões de origem (BASS; FERRARO, 2000).

É interessante conhecer essas experiências, pois elas oferecem pontos de referência para a compreensão do processo que estamos vivendo no Brasil. A construção de um novo campo de ensino e de pesquisa é um empreendimento gradual. Levou 50 anos nos Estados Unidos, que, diferentemente do Brasil, já tinha políticas de pesquisa sólidas e recursos abundantes quando do início da consolidação da gerontologia. Naquele país, esses eventos se refletiram na constituição de grupos de pesquisa formados por acadêmicos de várias origens disciplinares e profissionais, na paulatina criação de cursos de pós-graduação e na progressiva criação de periódicos especializados.

No Brasil, em pouco mais de 40 anos, ocorreu uma nítida evolução sócio-demográfica, política, acadêmica e profissional no campo da velhice, a qual hoje se expressa numa demanda específica, qual seja, a da formação de especialistas de nível superior e de pesquisadores para atuar em gerontologia. O SESC e a Universidade tiveram e têm

papel central na institucionalização da gerontologia e na formação de recursos humanos para atender o idoso nas áreas de saúde e social.

DESAFIOS DA PROFISSIONALIZAÇÃO EM GERONTOLOGIA NO BRASIL

Há um terceiro ator importante ao desenvolvimento das profissões dentro da gerontologia no Brasil, cuja atuação é independente da dos cursos profissionalizantes oferecidos pelas universidades. É a SBGG, sociedade que se define como profissional e científica e que tem papel central em relação à profissionalização. Seus estatutos, que existem em conformidade com as regras da Associação Médica Brasileira, estabelecem os requisitos para o exercício da geriatria. Periodicamente, médicos podem se submeter a provas de conhecimentos e de títulos, visando à obtenção do credenciamento conferido pela AMB, por meio da SBGG.

O cadastro da SBGG, contendo os nomes dos médicos portadores de título de Especialista em Geriatria, conta com 460 titulados. No *site* do Conselho Federal de Medicina, existem 513 registros de portadores do título, cuja obtenção depende de aprovação em concurso feito pela SBGG e que consta de avaliação de currículo, prova escrita e prova oral, depois de no mínimo dois anos de formatura e, desde 2002, mediante a apresentação de certificado de residência médica obtido em curso credenciado pelo MEC (resolução nº 1/2002 da Comissão Nacional de Residência Médica). A discrepância e a possível inexatidão dos dados deve-se a dois motivos: a perda do cadastro dos titulados pela

SBGG antes de 1990 e o fato da Associação Médica Brasileira não obrigar os geriatras titulados pela SBGG a serem sócios dessa Sociedade (informação verbal).¹⁵

Por analogia com a geriatria, e evidenciando pretensões à legitimidade dentro da SBGG, no ano de 1986 o Departamento de Gerontologia Social da SBGG começou a credenciar gerontólogos sociais, mediante concurso interno de provas e títulos. Durante uma década, predominou uma política em que a titulação acadêmica ou a atuação em pesquisa acadêmica, sozinhas, não contavam para a titulação. Era necessário, também e principalmente, apresentar provas de engajamento no trabalho e na linguagem da gerontologia social. As análises de *curriculum vitae*, de desempenho em prova escrita e principalmente em entrevista privilegiavam a atuação nesse campo. Mesmo candidatos que atuavam no campo da saúde, do cuidado e da reabilitação deviam apresentar um discurso apropriado, pautado pelos princípios de uma gerontologia social polarizada por questões ideológicas.

Aos poucos, a chegada de representantes das novas gerações, formados por departamentos acadêmicos variados, mas principalmente provenientes da psicologia, da enfermagem, da fisioterapia e do serviço social e, depois, também da educação física, da fonoaudiologia, da terapia ocupacional, da odontologia, das ciências sociais e da pedagogia, foi provocando mudanças nesse cenário. Anos de tensão entre os que se auto-descreviam como legítimos gerontólogos

sociais, porque afinados com algo identificado como a luta em favor dos idosos ou com a solução da questão social do idoso brasileiro, paulatinamente deram lugar à valorização da prática profissional em outras áreas e, lentamente, à valorização da pesquisa. Foram reconhecidas outras formas de atender à velhice e outros discursos, além dos previstos pela gerontologia social predominante entre os anos 1960 e 1980.

A partir de 1998, o Departamento de Gerontologia Social da SBGG passou a admitir duas modalidades de inscrição para o seu título de especialista. A primeira é aberta a profissionais com títulos de pós-graduação obtidos em cursos *lato sensu*¹⁶ reconhecidos pelo MEC, que atuem na assistência, no ensino ou na pesquisa em gerontologia, que tenham pelo menos quatro anos de experiência, que sejam sócios da SBGG e que estejam quites com as contribuições aos seus respectivos Conselhos Profissionais. A segunda modalidade prevê a inscrição de candidatos que cumpram estes três últimos requisitos, que sejam portadores de título de Mestre ou Doutor, com tese ou dissertação que tenham como foco o idoso, em programa reconhecido pelo MEC. Na primeira modalidade, os candidatos são submetidos a análise de documentos, prova escrita e entrevista; na segunda, a análise de memorial e a entrevista.

Esta decisão resolveu um impasse na comunidade dos não-médicos dentro da SBGG e também significou um avanço no que tange ao reconhecimento da pesquisa científica e do ensino na

¹⁵ Conforme Elisa Franco de Assis Costa, comunicação pessoal em 09 novembro 2004.

¹⁶ Especialização, Aprimoramento, Aperfeiçoamento e Extensão.

Universidade. Desde 2000, a SBGG titula especialistas em gerontologia e não mais em gerontologia social, o que reflete importante mudança ideológica na Sociedade. No momento existem 123 gerontólogos titulados registrados no site da SBGG,¹⁷ dentre os quais 83 obtiveram o título entre 2000 e 2004. Antes deste período, as informações não são completamente confiáveis, pois não existem registros oficiais completos disponíveis na SBGG (informação verbal).¹⁸

As políticas de concessão dos títulos de Especialista em Geriatria e de Especialista em Gerontologia foram e ainda são fonte de tensão no seio da SBGG. Isso é, no mínimo, indicativo da importância de sua obtenção diante dos pares que, dessa forma, buscam se reconhecer e estabelecer distância dos que não são portadores das mesmas credenciais. São indicativas, também, de que há um investimento crescente dos praticantes na criação da profissão. Para tanto, é fundamental a existência de critérios para discriminar entre os que fazem e os que não fazem parte dela. Por intermédio da SBGG, os praticantes estabelecem as regras para a admissão dos postulantes.

Um segundo requisito importante à institucionalização da profissão é que a população reconheça e acolha o trabalho dos especialistas como relevante para acudir suas necessidades. Isso é mais palpável para os médicos, face à cultura secular de valorização do saber e do fazer dos médicos. Mesmo que o mercado lhes seja ainda relativa-

mente restrito, considerando-se o percentual de idosos sobre os segmentos mais novos e o pequeno poder aquisitivo da grande maioria dos idosos, os médicos podem se estabelecer profissionalmente como especialistas.

No entanto, não se pode dizer o mesmo do título de gerontólogo, atribuído a uma ampla variedade de profissionais – na verdade a todos os não-médicos. Ele não tem o mesmo reconhecimento que tem o título de geriatra, já que a população ainda não reconhece a relevância da atuação da maioria das profissões diferentes da Geriatria ou de outras especialidades médicas que atendem prioritariamente os idosos. A população não tem conhecimento desse título a ponto de discriminar como mais competentes e desejáveis os profissionais que o detêm. A Universidade não o reconhece como item para acesso e valorização da produção na carreira acadêmica. As instituições públicas não-governamentais e privadas ainda não o exigem de forma sistemática dos seus candidatos a emprego ou a postos em diferentes carreiras.

Tampouco o título de gerontólogo tem o reconhecimento de profissões estabelecidas, tais como a psicologia, a enfermagem, a fisioterapia, a terapia ocupacional ou a educação física. Finalmente, o título não legitima nem estabelece uma profissão de gerontólogo que se reporte a um código de ética que valorize, sancione e legitime as ações dos seus membros. Trata-se, portanto, de título simbólico, de trânsito exclusivo dentro da SBGG.

¹⁷ Disponível em: < http://www.sbgg.org.br/profissional/concursos/edital_geron.htm >. Acesso em: 28 mar. 2005.

¹⁸ Conforme comunicação pessoal da atual Segunda Vice Presidente, que responde pelo campo da Gerontologia, Teresa Lofredo Bilton, em 28 de março de 2005.

Na verdade, o estabelecimento de uma profissão é um processo mais complexo, que decorre de três elementos: a) Uma especialização de serviços, permitindo a crescente satisfação da clientela; b) A criação de associações profissionais com a principal função de marcar a diferença entre as pessoas qualificadas e as não qualificadas e de fixar códigos de ética para os qualificados; c) O estabelecimento de uma formação específica baseada num corpo sistemático de teorias, que permita a aquisição de uma cultura profissional (FREIDSON, 1998).

Organizações profissionais caracterizam-se pela existência de um senso de identidade ligando seus membros, um coletivo de pessoas que, uma vez dentro da profissão, têm-na como algo permanente; compartilham uma linguagem comum, apenas parcialmente compreendida pelos de fora, e exercem forte poder de controle sobre os membros. A continuidade das organizações profissionais é garantida pela socialização, pelo recrutamento e pelo treinamento dos seus membros, que individualmente desfrutam de autonomia em relação a outras profissões.

A organização de grupos profissionais repousa sobre as seguintes bases: a) Escolas e instituições de formação superior para ensinar o corpo de conhecimentos e para socializar os profissionais; b) Associações profissionais para promover os valores de orientação para a sociedade, a autonomia e a autoridade profissionais; c) Um sistema de credenciamento que proteja a autoridade e o prestígio profissionais e lhes assegure controle social; d) A sociedade, que confere poder às comunidades pro-

fissionais na medida em que elas respondem às suas necessidades.

Talvez a força da idéia de criar uma profissão ou ao menos um título profissional em gerontologia, que discrimine entre membros e não-membros, resida na promessa implícita de criação de uma nova categoria profissional diferenciada, independente, competente e necessária para resolver um problema relevante da sociedade e, além disso tudo, independente do poder do modelo médico que domina a gerontologia. Existe uma tensão latente entre médicos e não-médicos que trabalham com idosos. Essa tensão, que se expressa em críticas recíprocas, em discriminação de parte a parte, em dissidências e em movimentos de atração e repulsão, tem relação com a busca de status e de poder social, político, econômico e profissional por parte dos não-médicos. É a atração exercida pelo poder e pelo prestígio, reais ou presumidos, do médico. Da parte dos médicos, a tensão talvez indique falta de adequada compreensão da velhice como fenômeno de muitas faces e do trabalho multiprofissional como o mais vantajoso para a clientela idosa. Talvez indique também uma disposição arraigada para a hegemonia nesse campo.

A existência de um campo profissional único para os gerontólogos *versus* a criação de especialidades dentro das profissões já existentes, a exemplo da geriatria, é a questão de fundo que preocupa os praticantes e os candidatos a praticantes da gerontologia. Num país em que ainda se cultiva a ideologia do título acadêmico como condição suficiente para ascensão social e como condição necessária para a competência profissional, essas preocupa-

ções parecem justificadas mas são, ao menos em parte, equivocadas.

O Artigo 22º do Estatuto do Idoso alimenta os desejos de uma parcela dos gerontólogos ao sugerir que a criação de alternativas de formação pode ocorrer por decreto ou por mera força de vontade. Dispõe sobre a responsabilidade do poder público em promover a inclusão de conteúdos sobre envelhecimento, respeito e valorização do idoso, em todos os níveis de ensino, de modo a eliminar preconceitos e a aumentar os conhecimentos sobre o tema. Essa idéia é equivocada. Nas democracias, os currículos acadêmicos não se organizam por imposição legal, mas por demandas sociais provindas de vários setores da sociedade, incluindo os conselhos profissionais e as organizações industriais, comerciais e de prestação de serviços. Engana-se, portanto, quem pensa que o Estatuto do Idoso propiciará por decreto o avanço da gerontologia na Universidade ou a promoção de um novo ou de novos campos profissionais.

Esses conflitos e tensões estão bem representados no debate suscitado pela criação do primeiro curso de graduação pela USP Leste¹⁹, na cidade de São Paulo, no ano de 2004. Habitantes da região onde se instalou o novo *campus* reclamaram nos jornais da criação de um curso “que ainda não tem mercado” e afirmaram que preferiam ver criados cursos tradicionais. Alguns profissionais expressaram preocupação com a adequação do currículo, outros com o risco de aviltamento de profissões tradicionalmente ligadas ao cuidado, outros ainda com o futuro de uma

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento populacional ocorreu num contexto de forte tradição de pesquisa, em que se privilegiava esse empreendimento como forma de resolver os problemas humanos.

profissão ainda inexistente. Enquanto uma parcela de analistas critica o caráter generalista do novo projeto, outra critica seu caráter demasiadamente específico, ou então chama a atenção para o caráter precoce da formação.

O que será que se expressa por meio dessa polêmica instalada na Universidade, na SBGG e nas associações profissionais? É a questão da profissionalização do gerontólogo, tendo como pano de fundo a disputa entre as várias modalidades profissionais que disputam o campo, entre as quais sobressai a medicina. Os embates dão-se de forma peculiar às nossas instituições, o que resulta em algo diferente do observado em outros países.

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento populacional ocorreu num contexto de forte tradição de pesquisa, em que se privilegiava esse empreendimento como forma de resolver os problemas humanos. O fato sócio-demográfico foi o elemento propulsor do desenvolvimento da pesquisa e do ensino universitário sobre a velhice e o envelhecimento, do estabelecimento de especialidades para o trato com as questões da velhice e da constituição da gerontologia como campo multidisciplinar e multiprofissional. Nesses países, a gerontologia não se instituciona-

¹⁹ Disponível em: < www.uspleste.usp.br/geronto.html >

lizou como disciplina unificada e nem como profissão unificada. O que prepondera é o investimento feito por cientistas e por profissionais que se ocupam em atender problemas de saúde, cuidado, ajuda, reabilitação, educação e atenção social, cada um em sua área.

Em todo o mundo, entre os profissionais que se dedicam à velhice, destacam-se os médicos, tanto em virtude da vigência da noção de que velhice é sinônimo de doença, como também porque secularmente os médicos prestam serviços vitais à população. Em situações bem específicas e de alto nível de investimento, observa-se produtivo diálogo interdisciplinar e interprofissional, mas sem perda das identidades disciplinares e profissionais.

CONCLUSÕES

O que essas realidades externas têm a nos ensinar é tema que, de imediato, fica aberto à reflexão. Olhar para a trajetória percorrida permite perceber que estamos num processo de lenta e gradual construção. No momento, a criação de novas alternativas educacionais, como os cursos de graduação, e a formação de mestres e doutores, pode servir para criar pressões novas, quer no âmbito do estabelecimento da profissão de gerontólogo, quer no do estabelecimento de especialidades profissionais ligadas à gerontologia, em campos tradicionais tais como enfermagem, administração, psicologia, odontologia e fisioterapia, dentre outros.

No médio prazo, cumpre à Universidade e às associações profissionais inquirir ativamente a realidade tentando identificar áreas de atuação correspon-

denes a problemas palpáveis da população e que se encontram a descoberto. Cumpre também inquirir campos profissionais específicos procurando discriminar o que eles têm para oferecer aos idosos. Essas discriminações poderão render programas educacionais orientados à realidade e, nesse sentido, contribuir genuinamente para a geração de novos espaços profissionais. Ao mesmo tempo, o progresso social refletido em avanços nas políticas de saúde e de educação e nas condições de renda da população, ao longo de toda a vida, deverão criar condições para que os cidadãos identifiquem novas necessidades de assistência, valorizem os serviços especializados oferecidos e acolham os trabalhos das novas gerações de profissionais do envelhecimento.

A segmentação ou o surgimento de novas profissões é um processo dinâmico e gradual. As iniciativas que vimos presenciando em direção ao delineamento de programas de pós-graduação e de graduação são um sinal da vitalidade desse processo e prenúncio de mudanças relevantes, cuja operacionalidade depende também da criatividade e da competência dos profissionais que estão se formando nas várias modalidades de cursos. Do entrelaçamento dos esforços individuais e institucionais deverá surgir lentamente, e em meio a muitos debates e tensões, uma solução sob medida para as necessidades das partes envolvidas. Quer compreendamos a profissão do gerontólogo como um campo unificado, quer a compreendamos como uma constelação de especialidades, a constituição da gerontologia como profissão, no Brasil, está ainda em seus primórdios.

Referências Bibliográficas

- ACHENBAUM, W. A. *Crossing frontiers: gerontology emerges as a science*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
- BASS, S. A. ; FERRARO, K. F. Gerontology education in transition: considering disciplinary and paradigmatic evolution. *The Gerontologist*, v. 40, n. 1, p. 97-106, 2000.
- BIRREN, J. E. Theories of aging: personal perspective. In: BENGSTON, V. L. ; WARNER SCHAIE, K. (Eds.). *Handbook of theories of aging*. Nova York: Springer, 1999. p. 459-471.
- CACHINONI, M. *Quem educa os idosos: um estudo sobre professores de universidades da terceira idade*. Campinas: Átomo e Alínea, 2002.
- CHARCOT, J.M. *Clinical lectures on the diseases of old age*. Tradução Leigh Hunt. Nova York: William Hood, 1867/1881. p. 4-26
- FREIDSON, E. *O renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política*. São Paulo: EDUSP, 1998.
- GOLDSTEIN, L. L. A produção científica brasileira na área de Gerontologia: 1975-1999. *Revista Eletrônica de Gerontologia*, Campinas, v. 1, n. 1, out. 1999.
- HALL, J.S. *Senescence: the last half of life*. Nova York: Appleton, 1922.
- LEHR, U. *Psicologia de la senectud: proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Tradução do original em alemão por Alfredo Guera Mirales . Barcelona: Herder, 1988.
- LOPES, A. *Os desafios da Gerontologia no Brasil*. Campinas: Átomo e Alínea, 2000.
- METCHNIKOFF, E. *The prolongation of life: optimistic studies*. Nova York: Putnam, 1908.
- NASCHER, I. L. Treatment of disease in senility. *Medical Record of New York*, v. 76, 1909.
- NERI, A.L. Análise de conteúdo de amostra de dissertações e teses em Psicologia e Ciências Sociais produzidas no Brasil no período 1975 – 1996. *Texto e Contexto – Enfermagem*, v.. 6, n. 2, p. 69-105, 1997.
- ROWE, J. W. ; KAHN, R. L. *Successful aging*. Nova York: Pantheon Books, 1998.
- SCHAIE, K. W. *Intellectual development in adulthood: the seattle longitudinal study*. Nova York: Cambridge University Press, 1996.
- SCHAIE, K. W. ; HOFER, S. M. Longitudinal research in aging research. In: BIRREN, J. E. ; SCHAIE, K. W. (Eds.). *Handbook of psychology of aging*. 4. ed. San Diego-CA: Academic Press, 2001.p. 53-77.
- STRAWBRIDGE, W. J.; WALLHAGEN, M. J. ; COHEN, R. D. *Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn*. *The Gerontologist*, v. 42, n. 6, p. 727-733, 2002.



Fisioterapia Preventiva Sobre Bola Suíça



Resumo

Este relato mostra a atuação da Fisioterapia Preventiva sobre Bola Suíça na terceira idade através de atividade em grupos, no SESC Água Verde na cidade de Curitiba (PR). Além da reeducação postural, a atividade visa educar para permitir que as atividades da vida diária sejam executadas com dinamismo, sendo destinada a pessoas que desejam aliviar problemas ortopédicos vertebrais, e prevenir seu agravamento ou recaídas.

A bola pode ser um agente facilitador na realização de um trabalho direcionado à conscientização postural, além de oferecer benefícios físicos, psicológicos e sociais. Apesar dos benefícios da fisioterapia preventiva sobre bola suíça não serem o alvo deste artigo, os relatos dos participantes revelam que essa atividade melhora as dores na coluna, estimula a socialização, melhora a flexibilidade, a mobilidade e a agilidade na realização das atividades da vida diária.

A atividade com bola suíça pode ser realizada em diferentes posições, sendo assim uma atividade estimulante, diversificada e lúdica, que leva a maior assiduidade ano-a-ano. A prática citada procura estimular discussões e promover novas alternativas de trabalho preventivo para melhoria da saúde da comunidade.

Palavras chave: bola suíça, postura, idosos.

Abstract

This report shows the results of Preventive Physiotherapy with Swiss Ball for the old age at group activities at SESC Água Verde, in Curitiba (PR). Designed for people who wish to reduce their orthopedic vertebral problems and prevent aggravation or relapses of their symptoms, this activity aims to postural re-education to allow daily activities to be performed dynamically. The Swiss Ball Preventative Physiotherapy group has been working on the association between the Swiss Ball, old-aged people and group activity.

The Swiss Ball can improve postural awareness and bring up physical, psychological and social benefits. Although Swiss Ball Preventative Physiotherapy benefits have not been the objective of this article, the subjects reported that the activity was able to appease back pains, stimulate social life and improve flexibility, mobility and agility to perform everyday life activities.

The Swiss Ball activity can be performed in different positions, therefore it's stimulant, diversified and fun, allowing greater persistency year to year. The said activity aims to stimulate discussions and promote new alternatives in preventive work for improvement of the community health.

Keywords: swiss ball, posture, old age.

LUCIANE MARIA GANDOLFI

Fisioterapeuta Pós-graduada em Fisioterapia e Gerontologia pela PUC-PR.

Especialista em Fisiologia do exercício e treinamento resistido, na saúde, na doença e no envelhecimento, pela Faculdade de Medicina de São Paulo.

Instrutora das atividades: Fisioterapia Preventiva e Fisioterapia Preventiva Sobre Bola Suíça no SESC Água Verde – Curitiba (PR)

lucianegandolfi@ybconsult.com.br

MÁRCIA CRISTINE SKORA

Fisioterapeuta pós-graduada em Fisioterapia em Gerontologia pela PUC-PR. Instrutora das atividades: Fisioterapia Preventiva e Fisioterapia Preventiva Sobre Bola Suíça no SESC Água Verde – Curitiba (PR).

marciaskora@onda.com.br

INTRODUÇÃO

As modificações da postura ereta em pé estão entre as que ocorrem no sistema osteomuscular em consequência do envelhecimento. As alterações devidas à idade incluem o aumento da curvatura cifótica da coluna torácica, a diminuição da lordose lombar, o aumento do ângulo de flexão do joelho, o deslocamento da articulação coxofemoral para trás e a inclinação do corpo para a frente, acima dos quadris. Essas alterações começam a aparecer a partir dos 40 anos de idade e sua combinação contribui para a redução da estatura e para a posição inclinada que caracteriza as pessoas idosas.

Apesar da regularidade com que as mudanças acima descritas são referidas na literatura, não é possível definir o que poderíamos chamar de postura típica, dada a enorme variabilidade que se observa na posição bípede dos indivíduos idosos (PICKLES, 1998).

Segundo Momesso (1997, p.17), a postura correta é caracterizada por um equilíbrio dinâmico dos vários segmentos corporais nos planos sagital, longitudinal e axial, nas suas mais variadas posições, caracterizando-se por um máximo de eficiência fisiológica e requerendo um mínimo de esforço e tensão. A postura incorreta ou defeituosa ocorre quando é ineficiente ao propósito a que se destina ou quando um grande esforço é requerido para mantê-la. O desequilíbrio dos segmentos corporais na posição ereta, nos planos sagital, longitudinal e axial, pode levar à necessidade de um trabalho muscular adicional para manter o equilíbrio.

De acordo com Matheney, não existe uma postura que seja a melhor para todos os indivíduos. Cada pessoa deve tirar o melhor partido do corpo que tem. A melhor posição é aquela em que os segmentos corporais estão equilibrados na posição de menor esforço e máxima sustentação. Essa é uma questão individual (MATHENEY apud MOMESSO, 1997)

Muitas alterações posturais resultam dos efeitos acumulados de má postura, vida estressante, mau posicionamento no trabalho, maus hábitos ao dormir e vida sedentária, podendo acarretar dores musculares em diversos segmentos do corpo e limitações articulares.

Diante do exposto, pode-se concluir que os cuidados com a postura devem ser realizados de forma preventiva. Segundo Pereira, o encaminhamento preventivo melhora a capacidade funcional, diminui a prescrição de medicamentos e melhora a qualidade de vida do indivíduo idoso. Educação para a saúde, orientações posturais, exercícios físicos globais e específicos, realizados em grupo ou não, são medidas primárias da fisioterapia na abordagem do envelhecimento motor.

A fisioterapia preventiva sobre bola suíça se baseia no método desenvolvido pelo fisioterapeuta francês André Petit, especializado em prevenção de problemas vertebrais e fundador da primeira escola do Dos, criada na França em 1982, e no Método Brügger, desenvolvido pelo Dr. Alois Brügger no seu instituto de pesquisa na Suíça.

As práticas preventivas devem ocupar um lugar de destaque entre ido-

tos cuja condição patológica geral tenha diminuído de forma significativa suas possibilidades de mobilização e independência. Visando a prevenção gerontológica e postural, a atividade de fisioterapia com Bola Suíça tem como objetivo: diminuir a dor, melhorar a flexibilidade e a força muscular, melhorar a mobilidade da coluna, conscientizar para uma postura correta, melhorar o equilíbrio e educar para permitir que as atividades da vida diária sejam executadas com dinamicidade.

Uma atitude humana e gerontológica por parte de profissionais capacitados certamente contribui para um envelhecimento com qualidade. Assim, a preocupação deste programa é oferecer a essa clientela um trabalho postural através de exercícios específicos, respeitando suas limitações e ao mesmo tempo estimulando suas capacidades físicas e sua autoconfiança, melhorando assim sua qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A BOLA SUÍÇA

Os exercícios realizados com a Bola Suíça melhoram a postura, a saúde da coluna, a flexibilidade e a força. O controle muscular e a consciência postural se traduzem na maneira do indivíduo realizar as atividades da vida diária. Como a bola é uma superfície de apoio móvel, opor a gravidade do corpo contra ela requer equilíbrio e a força de alguns músculos que são pouco utilizados, resultando esse pouco uso em lesões comuns de joelho, tornozelo ombro e coluna.

A atividade com bola trabalha a propriocepção, a consciência de como o corpo se movimenta no espaço, recu-

perando habilidades motoras e aumentando a percepção sensorial. É uma atividade que aumenta a segurança na prática de exercícios, o que é muito importante à medida que envelhecemos, já que o indivíduo com alteração de equilíbrio teme e evita as atividades que o exigem, criando um ciclo vicioso em que o medo leva a uma vida sedentária (CRAIG, 2003).

Quem senta sobre a bola faz automaticamente a anteroversão do quadril erguendo a coluna, ou seja, senta-se corretamente. A bola amortece o peso corporal. Nesta posição, o corpo está sempre fazendo pequenos movimentos, trabalhando alternadamente a contração e o relaxamento dos músculos paravertebrais, responsáveis pela sustentação da coluna vertebral.

Qualquer atividade evolui melhor quando o indivíduo se sente motivado e a bola é um instrumento muito valioso neste aspecto. Quase todos nós brincamos com bola durante a infância e mesmo depois de adultos. Essa memória, juntamente com a textura e forma da bola, a torna um instrumento útil para induzir reação e movimento (STEFFENHAGEN, 2003).

DICAS E PRECAUÇÕES PARA O INÍCIO DA ATIVIDADE COM BOLA EM GRUPO

- Ao sentar sobre a bola, o indivíduo deve estar seguro e recebendo suporte adequado.
- A bola deve estar sobre uma superfície limpa e segura.
- O indivíduo deve ser independente na marcha e estar em plena posse de suas faculdades mentais.



A atividade consiste em exercícios para mobilidade articular, fortalecimento e alongamento muscular e neuromuscular.

- O tamanho da bola deve ser adequado a cada um.
- O indivíduo deve estar descalço ou usando sapatilha anti-derrapante.
- Deve começar a atividade gradualmente, até sentir-se à vontade na bola.
- Caso a atividade provoque dor, deve ser interrompida e reavaliada posteriormente.
- O profissional deve estar consciente das doenças prévias e tratamentos paralelos.

FISIOTERAPIA SOBRE BOLA SUÍÇA

A atividade é realizada dentro de uma programação desenvolvida por dois profissionais fisioterapeutas. São dois grupos de 15 participantes, sendo que um dos grupos é destinado apenas a pessoas acima de 40 anos. As sessões são de 60 minutos, duas vezes por semana. Além da Bola Suíça, o programa de exercícios utiliza diferentes recursos materiais: bastão, haltere de meio quilo, faixa elástica e cadeira

A atividade consiste em exercícios para mobilidade articular, fortalecimento e alongamento muscular e neuromuscular. A mobilidade da coluna vertebral é realizada nos três planos (flexão e extensão, inclinação e translação lateral e ereção vertebral), através de uma atividade dinâmica sobre a Bola Suíça, que respeita a amplitude de movimento articular da coluna vertebral. São usados ritmos musicais progressivos, que estimulam a vigilância dos músculos automáticos (estabilizadores) profundos e fortalecem os músculos superficiais. A coor-

denação motora é realizada em três dimensões: dos três segmentos vertebrais (cervical, dorsal e lombar), das duas cinturas (pélvica e escapular) e dos membros.

No primeiro contato com a Bola Suíça, o idoso tem um comportamento de insegurança e ansiedade frente à atividade. Por isso, é necessária a presença de um profissional ao seu lado, para que a atividade seja executada com segurança.

Nesse contexto, as aulas são divididas em 4 partes: 1. Treino da postura; 2. Ritmos progressivos e música coreografada; 3. Exercícios localizados; 4. Relaxamento.

• Treino da postura

O treino da postura é feito no início da atividade e deve ser mantido durante a realização dos exercícios. Esse treino consiste em sentar na bola, pôr os pés no chão de forma que a perna e a coxa formem um ângulo de mais ou menos 100 graus, com os joelhos a dois palmos de distância um do outro. O quadril é a peça principal na correção postural: deve-se sentar sobre o tuber isquiático (os ossos do bumbum) com uma leve anteroversão do quadril (ou seja, o quadril para a frente). O tronco é erguido, fazendo uma lordose desde o sacro até a quinta vértebra torácica. As escápulas ficam unidas de modo a se apoiarem nas costelas. Os braços ficam ao longo do corpo com uma leve rotação externa. O pescoço fica alongado de modo que a cabeça seja a continuação da coluna cervical.

Na postura correta, há uma distribuição uniforme das pressões sobre

os discos. Os ligamentos e os músculos trabalham harmoniosamente. Assim, prevenimos um desgaste prematuro de todas as estruturas de sustentação (STEFFENHAGEN, 2003).

• **Ritmos progressivos**

Na posição sentada sobre a bola, são realizados exercícios com ritmos progressivos, de 40, 60, 80, 100 e 120 batidas por minuto, durante cerca de 20 minutos, e uma música coreografada. Desta forma, são realizados movimentos de todos segmentos (membros superiores, inferiores, quadril e coluna).

• **Exercícios localizados**

Os exercícios sobre a bola devem ser executados na postura correta. Todos os exercícios são adaptados de acordo com a necessidade dos idosos participantes do grupo.

Quando o posicionamento é em decúbito ventral sobre a bola, deve-se iniciar de forma progressiva até que o indivíduo sinta segurança.

Na posição de decúbito dorsal, o indivíduo progride da posição sentada e inclina o tronco para trás contra a bola, até deitar sobre ela. Esta posição é temida pelos participantes que estão iniciando a atividade e, por isso, a supervisão é necessária até que o indivíduo sinta-se capaz de executá-la sem auxílio.

No solo, os exercícios são feitos em decúbito dorsal com as pernas apoiadas sobre a bola. Nesta posição, a coluna lombar fica apoiada no solo.

As atividades em dupla podem ser realizadas em todas as posições citadas acima.

Os materiais são usados nas diferentes posições, de acordo com o objetivo de cada aula.

• **Relaxamento**

É feito no solo, em decúbito ventral ou dorsal sobre a bola, com música relaxante para voltar à calma.

Além das atividades citadas acima, os participantes recebem orientações posturais que propõem bons hábitos de saúde. Segundo Andrade, as orientações são as seguintes:

- Procure manter seu peso ideal, pois a sobrecarga de peso na coluna favorece o seu desgaste e conseqüentemente o aparecimento de dores.

- Ao levantar peso, CUIDADO: dobrar as costas exige dos músculos um grande esforço para se endireitarem. Portanto, as vértebras correm o risco de ficar desprotegidas. Para levantar peso, fique o mais perto possível do objeto, afastando os pés e flexionando as pernas. Para se levantar, mantenha o tronco reto, os pés junto ao corpo e o abdômen contraído.

- Para se inclinar, dobre um joelho e estique a outra perna para trás (apoiando-se com uma das mãos, se possível). Isso vai aproximá-lo do chão e evitará a sobrecarga dos músculos das costas.

- Para se vestir, não tente se equilibrar numa perna. É melhor sentar com as costas bem apoiadas numa cadeira.

- Ao trabalhar abaixado, não se curve. Se executar a tarefa ajoelhado, os músculos das costas trabalharão menos. Ao passar aspirador de pó, use a haste longa para não se curvar, assim como ao varrer ou passar pano no chão.



- Para subir escadas, incline-se ligeiramente para a frente. Assim, estará distribuindo melhor o peso do corpo, sem sobrecarregar as costas.

- Quando for sair da cama, não se levante bruscamente: dê tempo aos seus músculos para se reativarem. Deitado de lado na beira da cama, erga-se apoiando-se sobre o cotovelo e depois sobre a mão. Desloque as pernas para fora da cama e sente-se.

- Para descansar depois de fazer muito esforço com as costas, deite-se num colchão firme e ponha almofadas sob as coxas. A coluna vertebral repousará na horizontal.

- Ao sentar-se, CUIDADO: assentos baixos e moles prejudicam as vértebras. Os músculos repousam melhor num assento mais alto e firme. As costas devem ficar retas e apoiadas, formando um ângulo de mais ou menos 90 graus com o quadril (coxa). Os pés devem ficar apoiados no chão. Alterne as posições em pé, sentado e andando.

- Para transportar peso sem sobrecarregar os músculos que equilibram as costas, divida o volume em dois (um em cada mão); evite excesso de peso;

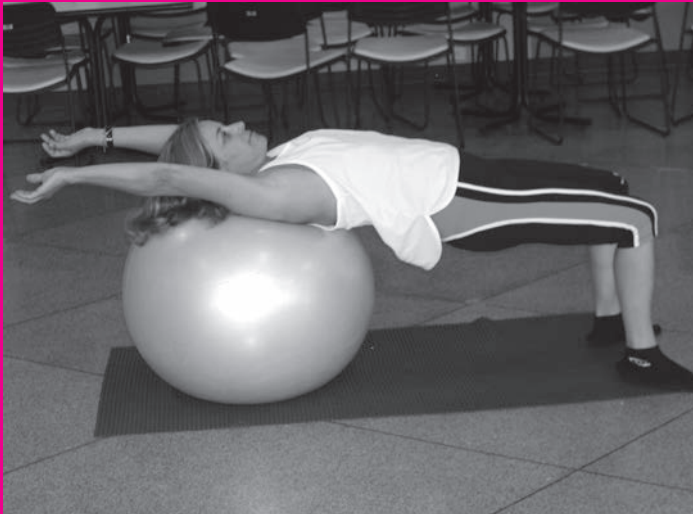
use sapatos confortáveis e com salto baixo; não se curve nem se incline para um dos lados.

- Ao dormir, CUIDADO com colchões moles. Parecem agradáveis, mas prejudicam a coluna (provocam desalinhamento), impedindo-a de repousar reta. Estrados de madeira, colchão e travesseiros firmes são indispensáveis (evite dormir de barriga para baixo). Durma de lado com um travesseiro da altura dos ombros e outro pequeno entre os joelhos. Não apóie o pescoço num travesseiro duro ou alto, para que ele possa repousar no eixo da coluna. Para assistir à televisão ou para ler, não fique deitado.

- Ao dirigir veículos, não brinque de piloto de corrida. Dirija com os braços flexionados, sem ficar colado ao volante. Afaste o assento, mas endireite o encosto. Uma almofada firme evita que você se afunde no assento e diminui o esforço das costas.

- Para entrar ou sair de veículos, não torça a coluna. Ajude seus músculos procurando apoio e gire o quadril e as pernas para fora ao mesmo tempo.

- Para trabalhar em pé numa ban-



cada, mesa, pia ou máquina, apóie um dos pés sobre um caixote com cerca de 15 a 20 centímetros de altura. Alterne o apoio dos pés. A altura da bancada, mesa, pia ou máquina deve ser proporcional à sua altura para que você não trabalhe curvado.

CUIDADOS E PRECAUÇÕES

- A bola é contra indicada para gestantes até o quarto mês e para quem sofre de labirintite. Após uma refeição muito pesada, não se deve usar a bola. E os exercícios em decúbito ventral são contra-indicados para indivíduos com refluxo gastro-esofágico (STEFFENHAGEN, 2003).

- A dor causada por um exercício indica que ele está sendo realizado incorretamente ou que não é indicado naquele momento, mesmo que realizado corretamente (CARRIÈRE, 1999).

- Depois de uma cirurgia, alguns exercícios podem ser contra-indicados, dependendo de como são feitos (CARRIÈRE, 1999).

- A diminuição no equilíbrio do indivíduo precisa ser levada em conta por questão de segurança, mas em geral não é uma contra-indicação (CARRIÈRE, 1999).

- No caso de osteoporose em estágio avançado, deve-se prevenir as quedas (CARRIÈRE, 1999).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se observar que 100 % dos participantes freqüentadores do grupo de fisioterapia preventiva sobre Bola Suíça apresentam queixas relacionadas à coluna vertebral.

Desta forma, uma atitude postural saudável e uma abordagem preventiva são essenciais, através de bons hábitos posturais e de atividades específicas com profissionais habilitados.

O sucesso de um programa de atividade com a população idosa está diretamente relacionado à forma como o programa é conduzido. O profissional deve levar em consideração os aspectos individuais de cada participante, respeitar seus limites, conduzir as atividades com prazer, descontração e alegria, estimular a participação do grupo com sugestões e desafios, mas com muita seriedade e responsabilidade profissional.

Na prática da Fisioterapia Preventiva sobre Bola Suíça deve-se considerar alguns aspectos:

- Estabelecer um programa de atividade variável, exequível e sistematizado.

- Desenvolver atividades que correspondam aos desejos e necessidades dos idosos.

- Facilitar a socialização dos idosos através de atividades em grupo.

- Avaliar continuamente o programa e os participantes, realizando ajustes sempre que necessário.

A questão do idoso no Brasil deve merecer cada vez mais a atenção dos órgãos públicos, dos formuladores de políticas sociais e da sociedade em geral, dado o volume crescente de idosos, do ritmo desse crescimento e de suas características demográficas, econômicas e sociais, visto que o processo de envelhecimento representa novas demandas por serviços, benefícios e

atenções, que se constituem em desafios para governantes e sociedade, do presente e do futuro.

As atividades direcionadas à população idosa devem priorizar alguns fatores:

- Promover ações que resultem em melhora do estado de saúde e satisfação com a própria vida.

- Promover ações que permitam a participação do idoso na sociedade.

- Mudar conceitos, estereótipos e opiniões negativas com relação ao idoso.

- Promover ações que visem a longevidade com qualidade de vida.

- Valorizar o idoso quanto às suas expectativas e metas de vida.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, Patrícia Horta ; GONÇALVES, Ângelo Roberto. *Como cuidar da sua coluna?* São Paulo: Paulus, 2004. p. 34-40.

CARRIÈRE, Beate. *Bola suíça - teoria, exercícios básicos e aplicação clínica.* São Paulo: Manole, 1999. p. 357- 376.

CRAIG, Collen. *Pilates com bola.* São Paulo: Phorte, 2003. p. 10-17.

MOMESSO, Renato Basílio. *Proteja sua coluna.* São Paulo: Ícone, 1997. p. 17-20.

OLIVER, Jean. *Cuidado com as costas - um guia para terapeutas.* São Paulo: Manole, 1999.

PETIT, André. *Método Gym Ballon Mail:* curso. São Pedro, [5-6 de abril, 2003].

PEREIRA, Leani S. M. et al. *Fisioterapia.* In: FREITAS, Elizabete V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* São Paulo: Guanabara Koogan, 2002. p. 846.

PICKLES, Barrie et al. *Fisioterapia na terceira idade.* São Paulo: Santos, 1998.

STEFFENHAGEN, Maritza Klein. *Correção postural sobre a bola:* curso. 2002.

_____. *Manual da coluna.* Curitiba: Estética Artes Gráficas, 2003. p. 121-138.

VERDERI, Érica. *Programa de educação postural.* São Paulo: Phorte, 2001. p. 89-118.



Velhice e Assistência Social no Brasil



Resumo

Este artigo tem por objetivo reconstruir a trajetória da Assistência à pessoa idosa no Brasil, destacando o Programa de Apoio ao Idoso, a Lei Orgânica da Assistência Social e a Política Nacional do Idoso. A análise dessas políticas é fundamental, pois não há dúvidas de que os idosos obtiveram expressivos direitos, desde a Constituição de 1988 – embora ainda seja pouco o que vem sendo efetivamente realizado. É um fato preocupante, já que o Brasil tem a perspectiva de ser o 6o país mais envelhecido do mundo até 2025, de acordo com projeções da Organização das Nações Unidas (ONU).

A ampliação das ações de apoio ao segmento idoso, garantida na Política Nacional do Idoso, não está acontecendo devido a um complexo de variáveis que se entrelaçam, entre elas os reduzidos recursos financeiros. O único programa efetivamente implementado na maioria dos municípios é o Programa de Apoio ao Idoso, mas com renda per capita mínima por idoso assistido e sem aumentar essa meta há anos; com um número reduzido de profissionais, em geral sem conhecimento na área de Gerontologia e Geriatria; sem um planejamento participativo e transparente de todas as suas ações e seus respectivos orçamentos; sem estrutura condizente para o desenvolvimento de um programa de qualidade, capaz de proporcionar a efetivação de um processo de construção da cidadania. Assim, podemos afirmar que, apesar de todos os avanços legais conquistados, atendemos apenas a uma pequena parcela da população idosa e, dela, apenas os que têm autonomia física e mental para ir e vir, já que as ações de apoio propostas pela Política Nacional do Idoso ainda são apenas um ideal.

Palavras chave: envelhecimento. Programa de Apoio a Pessoa Idosa. Lei Orgânica de Assistência Social. Política Nacional do Idoso.

Abstract

The objective of this article is to trace the trajectory of the attendance for the elderly in Brazil, emphasizing the Program of Support to the Elderly, the Organic Law of the Social Assistance and the National Politics of the Aged One. The analysis of these policies is fundamental because there is no doubt that since the 1988's Brazilian Constitution the aged ones have gotten significant rights. However, little has been effectively carried through, a preoccupying fact because, according with the United Nations (UN), we already have perspectives of being the 6th country with most aged people of the world in 2025.

The improvement of the support actions to the aged segment guaranteed in the National Politics of the Aged One isn't happening because of a complex set of variables, besides meager financial resources. The program that effectively has been implemented in the majority of the cities is the Program of Aged Support, but with minimum per capita for senior citizens attended and without increasing its goal for years, for several reasons: the small number of professionals, which in their majority do not have knowledge in Gerontology and Geriatrician; the lack of planning for the actions and for the respective financial resources in a participatory and transparent form; the absence of a harmonic structure with the development of the program with the quality and conditions capable to provide the effective process to consolidate old aged people's citizenship. Thus we can affirm that, although all legal advances, we still take care of a small part of elderly people, and between these, only the ones that possess mental and physical autonomy, since the Aged National Politics' support proposals actions are not a real fact yet.

Keywords: aging. Program of Support to the Elderly. Organic Law of the Social Assistance. National Politics to the Aged One.

JANAÍNA CARVALHO DA SILVA

*Assistente Social.
Mestre em Política Social
pela UnB.
Docente da Universidade
Federal de Mato Grosso.
Coordenadora do Núcleo
de Organização e
Estudos da Terceira
Idade NOETI.*

O envelhecimento demográfico, questão social de grande relevância na transição do século, não pode ser concebido unicamente como um resultado mecânico de modificações demográficas, já que uma população com um grande número de velhos, como a do Brasil, já é por si só um problema social.

É recente a discussão sobre o envelhecimento, assim como a conquista de direitos específicos para os idosos, já que há menos de quatro décadas éramos considerados um país de jovens. Assim, a construção de conhecimento e a garantia de proteção social e de inclusão da pessoa idosa, vem ocorrendo há poucas décadas. No Brasil, os idosos que não conquistaram seus direitos pelo mérito estabelecido pela sociedade, ou seja, através de um trabalho formal que lhes garanta o benefício da Previdência, passaram a depender das políticas públicas, principalmente as de assistência social. Mas foi só a partir da década de 1970, com o redimensionamento desse setor, que o Estado passou a incorporar algumas ações além dos muros dos asilos, visando integrar os idosos na família e na sociedade.

Segundo Haddad (1986), as iniciativas do Estado, através da Previdência Social e posteriormente da Assistência, objetivavam diminuir a pressão dos trabalhadores, gerada pela falta de política previdenciária, especialmente para as camadas mais pobres. A partir de 1974, emergiu no cenário brasileiro o Benefício da Renda Mensal Vitalícia (extinto em 1/01/96 pela Lei n.º 8.742/93, deixou de ser responsabilidade do INSS e foi transferido para a área da Assistência) e o Programa de Assistência ao Idoso (PAI), que será o foco da discussão neste artigo.

O Programa de Assistência ao Idoso (PAI) era no início vinculado ao INPS e resultou na formação de Grupos de Convivência direcionados aos idosos segurados pela Previdência Social. Esse programa do Ministério da Previdência e Assistência Social, voltado para as pessoas idosas, tinha o intuito de criar condições para a sua promoção social. Embora com poucos recursos financeiros, o Estado se propunha a resgatar a dignidade desse segmento social através de atividades de lazer, socialização, projetos artísticos e culturais. O programa visava a promoção humana através de um conjunto de ações que desencadeassem um processo de desenvolvimento humano e social, criando as condições necessárias para a satisfação econômica e cultural dessa população.

O PAI consistia inicialmente na organização e implementação de grupos de convivência - para idosos previdenciários e dependentes asilados - nos postos de atendimento do extinto INPS através da Superintendência do Bem-Estar. Tais grupos funcionaram durante dois anos por todo o Brasil. Os eixos prioritários desse programa assistencial eram: promoção do trabalho em comum nos “Grupos de Promoção”; desenvolvimento da convivência através de atividades sociais, recreativas e culturais; mobilização da família e da comunidade através de reuniões, seminários e campanhas, entre outras atividades.

Os critérios para a execução do programa foram elaborados pelo Ministério do Trabalho, através da Secretaria de Previdência Social, e direcionados através de portarias às agências do INPS em todos os Estados,

onde eram estabelecidas as atividades a ser realizadas. Por intermédio de convênios firmados a partir dos critérios estabelecidos, o programa foi implantado através de instituições públicas, filantrópicas e privadas sem fins lucrativos, sendo repassado a cada instituição conveniada com um *per capita* diferenciado, de acordo com a modalidade de atendimento: externo (grupos de convivência) e interno (asilos).

A inclusão dos idosos nas instituições dependia também de um laudo médico e de uma análise do Serviço Social, em que avaliava-se o estado físico e mental, a falta de recursos do idoso ou de sua família e as circunstâncias de seu abandono por parte da família.

Os estudos realizados revelam que, na sua implementação, o PAI foi acompanhado de criteriosa triagem da vida dos idosos, já que historicamente o principal responsável pela assistência aos idosos é a família. Conforme os critérios de acesso ao programa, além da condição de pobreza, os idosos tinham que estar aptos para ir e vir, sendo excluídos os que não tinham condições de locomoção, temporária ou permanente, por questões de saúde física ou mental.

Em 1977, com a reforma da Previdência e a criação do SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, o programa passou para a Fundação Legião Brasileira de Assistência - LBA, que a partir de 1979 se tornou responsável pelo atendimento ao idoso em todo o território nacional. Com uma nova orientação governamental, o programa passou a atender ido-

A inclusão dos idosos nas instituições dependia também de um laudo médico e de uma análise do Serviço Social, em que avaliava-se o estado físico e mental, a falta de recursos do idoso ou de sua família e as circunstâncias de seu abandono por parte da família.

sos com renda de até dois salários mínimos e os excluídos da Previdência Social. A Fundação Legião Brasileira de Assistência assumiu a responsabilidade pela sua implementação, firmando convênios com ONG's, Estados e Municípios, para atendimento à pessoa idosa.

Assim, a LBA assumiu a tarefa de prestar assistência à pessoa idosa, de uma forma global e com o objetivo de promover a *“integração do idoso, principalmente no que diz respeito à melhoria das condições de vida, ao fortalecimento dos laços de família e à formação de uma atitude positiva em relação à velhice”* (BRASIL, 1979). Os idosos carentes continuaram a ser atendidos através dos asilos e os Grupos de Convivência, espaços públicos de educação informal destinados à permanência diurna dos idosos, que ofereciam atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania.

Apesar de propor um atendimento integral ao idoso que se enquadrasse nos critérios estabelecidos, as ações do programa se restringiam às práticas fo-



O Estado foi pressionado a assumir uma postura em relação à velhice na medida em que os programas para a Terceira Idade já se constituem numa realidade nas organizações capitalistas, fazendo parte inclusive do rol de preocupações da ONU.

calizadas, com participação isolada de algumas áreas das demais políticas sociais. Assim, acabou restringindo sua intervenção a práticas imediatas e muitas vezes distantes das reais necessidades dos usuários. Ainda assim, possibilitou a formação dos grupos de idosos, com o objetivo de elevar a sua participação no convívio social e prevenir as dificuldades decorrentes do envelhecimento. Mas contribuiu muito mais para a integração do que para a emancipação dos idosos na relação família-comunidade.

Para Haddad (1986, p. 83), *o Estado foi pressionado a assumir uma postura em relação à velhice na medida em que os programas para a Terceira Idade já se constituem numa realidade nas organizações capitalistas, fazendo parte inclusive do rol de preocupações da ONU*. Contudo, os programas destinados aos idosos não se diferenciavam dos programas destinados aos demais segmentos da população, restringindo suas ações a uma prática imediata e clientelista, distante da rea-

lidade do público assistido, com ações focalizadas e nunca avaliadas em função dos poucos recursos destinados ao programa, segundo entrevista feita com uma assistente social do Ministério da Previdência e Assistência Social.

A partir de 1982, ampliaram-se consideravelmente os objetivos do programa no tocante à intervenção voltada aos idosos, definidos na Portaria 2.864/82. Na prática, entretanto, não houve grandes mudanças no direcionamento das atividades, pois a LBA deu continuidade aos trabalhos desenvolvidos pelo INPS com poucas alterações, ou seja, aumentou as metas e destinou suas ações aos mais carentes, baseando-se numa política descontínua e numa prática voluntarista.

A intervenção da LBA, como gestora do programa durante mais de uma década, baseava-se na nomeação de um coordenador para orientar e supervisionar as entidades executoras dos programas de assistência ao idoso. A ausência de documentação relativa às despesas efetuadas e de avaliação dos

resultados em termos de eficiência, eficácia e efetividade, impede uma visão mais clara do programa. Não fosse isso, estaria comprovado que os próprios objetivos do Programa não foram alcançados em muitos Estados, em decorrência dos poucos recursos e da não participação das outras esferas do governo.

Os resultados no que se refere ao desenvolvimento biopsicossocial e, portanto, à melhoria da qualidade de vida, não foram alcançados porque prevaleceu a vertente integrativa, que favoreceu a dependência dos usuários. Não restam dúvidas de que a LBA refletia a concepção do Estado ao lidar com a pobreza através da prática filantrópica, situando a população pobre numa instância de exclusão, sem possibilidade alguma de maior participação pública ou de poder decisório no plano socioeconômico e político.

É importante destacar que a ampliação das metas de trabalho com os idosos, ocorre num contexto de acirramento da crise econômica brasileira, e em resposta às cobranças internacionais de 1982, com a aplicação do Plano de Ação Internacional que resultou da Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento promovida pela ONU, em Viena, Áustria. Nessa ocasião, produziu-se uma série de recomendações para a melhoria das condições de vida dos idosos e o Brasil, como signatário desta Carta, comprometeu-se a criar e a implementar uma política pública de atendimento à pessoa idosa.

No entanto, percebe-se claramente que as ações destinadas aos idosos ficaram limitadas ao programa PAI, que proporcionou apenas uma certa convi-

vência ao idoso, uma vez que a geração de renda era esporádica e o desenvolvimento biopsicossocial não se concretizou como objetivo, inviabilizado pela falta de uma equipe multidisciplinar e de capacitação de recursos humanos, além de outras implicações de ordem política.

Para a Associação Nacional de Gerontologia - ANG (1990), apesar do compromisso firmado pelo governo no Plano de Ação Internacional em Viena, a década de 1980 foi marcada por denúncias, num momento em que a velhice ficou caracterizada como sinônimo de pobreza material e depauperação física e mental, e as instituições assistencialistas eram o único espaço para uma grande parcela da população idosa.

A assistência visava simplesmente prover bens e serviços com a preocupação de aliviar a situação de pobreza, sem alterar no entanto a estratificação social, já que se baseava na idéia de que a pobreza resulta de características individuais. Por outro lado, os fundamentos da assistência e da pobreza repousavam mais num dever ético-religioso do que no reconhecimento de direitos dos assistidos. A instituição responsável pelo programa passou por modificações ao longo dos anos, refletindo alterações formais entre a oligarquia conservadora e o tardio capitalismo tecno-industrial.

Atuando nesse contexto de contradições, tendo de um lado aspectos econômicos e políticos que inviabilizavam alterações qualitativas na sua filosofia (pois esta emanava do Estado) e, de outro, o reflexo dos movimentos organizados, a LBA procurou mediar as

Inserida na Seguridade Social, a Assistência Social foi reconhecida como política pública e de direito, objetivando a universalização dos benefícios. Ela imprime uma agenda que visa fortalecer a cidadania e a inclusão social.

relações com um discurso de participação e engajamento, pelo menos em alguns Estados. Isso não impediu, contudo, que as influências políticas interferissem decisivamente nas decisões institucionais.

Foi só a partir de meados da década de 1980 que começou a tomar ímpeto o movimento da sociedade civil com novos atores em cena, entre eles professores universitários, trabalhadores sociais, associações, idosos politicamente organizados e alguns parlamentares comprometidos com questões sociais, exigindo a valorização e o respeito à pessoa idosa. Nessa década, a assistência social como direito social começou a ser discutida em termos de garantia dos direitos sociais juntamente com os direitos políticos e civis, de forma que os interesses dos velhos fossem respeitados. Vislumbrou-se, então, a constituição da cidadania através de ações concretas de atendimento em espaços públicos que garantissem novos conhecimentos, oportunidades, valorização de ideais individuais e coletivos, com perspectiva de engajamento da população idosa.

As discussões e reivindicações de intelectuais e de movimentos organizados, no sentido de garantir os direitos sociais previstos na Constituição de 1988, culminaram na LOAS (Lei Or-

gânica de Assistência Social) e na efetivação da Política Nacional do Idoso, ideal de mais de 20 anos de luta. Em janeiro de 2004, foi reafirmada a conquista desses direitos através do Estatuto do Idoso.

AVANÇOS CONQUISTADOS PELOS IDOSOS COM A CONSTITUIÇÃO DE 1988

Na área da assistência à pessoa idosa, os direitos assegurados na Constituição de 1988 foram regulamentados através da Lei Orgânica de Assistência Social (Lei nº 8.742 de 07.12.93) e, posteriormente, da Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842), conforme abordaremos abaixo.

· Lei Orgânica da Assistência Social

Inserida na Seguridade Social, a Assistência Social foi reconhecida como política pública e de direito, objetivando a universalização dos benefícios. Ela imprime uma agenda que visa fortalecer a cidadania e a inclusão social. No entanto, apesar do seu objetivo, a política voltada para a implementação de benefícios pouco vem contribuindo para a construção da cidadania, pois aqueles que se encontram abaixo da linha de pobreza têm tantas necessidades básicas não atendidas que um salário-mínimo não basta para lhes garantir uma vida digna.

A afirmação acima pode ser comprovada no Art. 20 da LOAS, que regulamenta o Benefício de Prestação Continuada. Inicialmente, esse benefício incluía idosos a partir de 70 anos, mas previa a diminuição dessa idade mínima no decorrer de quatro anos, ou seja, após dois anos essa idade seria reduzida para 67 e depois para 65, aí

permanecendo. Infelizmente, no governo de Fernando Henrique Cardoso, a Medida Provisória transformada na Lei nº 9.720/98 estabeleceu que a idade mínima seria 67 anos. A inclusão do idoso a partir de 65 anos de idade veio ocorrer somente com a aprovação do Estatuto do Idoso, em janeiro de 2004.

A inclusão no benefício do idoso com 65 anos ou mais, sem condição de prover seu próprio sustento ou de tê-lo provido por seus familiares, não pode ser concebida como ideal. Esse segmento apresenta muitas vulnerabilidades biopsicossociais já na meia-idade, impedindo-os de competir no mercado de trabalho pela falta de qualificação e/ou pela estigmatização cultural (esta impede que mesmo idosos qualificados profissionalmente consigam trabalho).

O Estatuto do Idoso reviu também, na referida lei, o artigo que impedia uma família de receber mais de um benefício mesmo tendo vários membros que respondessem aos critérios, já que um benefício é entendido como salário pelos cálculos efetuados sobre a renda *per capita*.

Outras questões podem ser levantadas com relação ao benefício eventual de natalidade e funeral (art. 22). O termo “poderá” em vez de “deverá” sugere a não-obrigatoriedade de cumprimento do direito, que ainda não está regulamentado. Paradoxalmente, os milhões de famílias que sobrevivem com um salário-mínimo, o que não garante os mínimos sociais expressos como direito, não têm acesso ao benefício funeral e/ou natalidade.

O grau de seletividade existente na LOAS faz com que muitos idosos não sejam incluídos nos benefícios, seja

por estarem fora do patamar de pobreza ou da faixa etária estipulados pelos critérios da lei, por não terem acesso aos documentos exigidos ou por não se encontrarem na condição de “incapazes” para o trabalho. Ou seja, para ter acesso ao benefício, a pessoa precisa estar numa condição vegetativa enquanto ser humano, embora haja várias formas de deficiências que não permitem a inserção nas relações de trabalho.

Portanto, na ausência dos *universais*, a normatização da lei deixa claro quais são as pessoas que devem ser atendidas. São critérios que caracterizam uma estratificação social, já que favorecem a estigmatização dos que buscam tal assistência como verdadeiros pauperizados.

Neste sentido, apesar dos inegáveis avanços institucionais, a política de Assistência Social, além de não responder ao princípio de universalização, na medida em que não constitui um espaço público igualitário e de atenção social, pouco significou em matéria de distribuição de poder, controle democrático, extensão da cidadania e inclusão social (PEREIRA, 1998).

Com muita propriedade, vários autores se reportam à política de Assistência Social como fonte de avanços em diversos aspectos, dentre eles as prerrogativas de participação, o controle social e a descentralização, possibilitando o acesso das representações aos espaços públicos. Entretanto, tais espaços ainda não são usados para a reflexão e a construção de estratégias que permitam consolidar e ampliar a cidadania e, conseqüentemente, a universalização de direitos. Ajudam a corroborar essa assertiva, além da seletividade que obsta o acesso ao Benefício

de Prestação Continuada, a não-regulamentação das demais provisões sociais contidas na LOAS – demonstrando também o seu não-cumprimento pelo próprio aparelho do Estado (PEREIRA, 1998).

Dessa forma, a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) não tem conseguido levar a cidadania para as pessoas que a buscam. Ao contrário, como Faleiros (1991) analisa, a assistência no Brasil rotula o cidadão de incapaz e anormal, já que “os capazes” asseguram a própria sobrevivência.

• Política Nacional do Idoso

Só em 3/6/96 foi regulamentada a Lei 8.842/94, que instituiu a Política Nacional do Idoso, através do Decreto 1.948/96, definindo a competência do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Conselho Nacional de Seguridade Social e ampliando significativamente os direitos dos idosos, já que, desde a LOAS as prerrogativas de atenção a esse segmento haviam sido garantidas de forma restrita.

Teoricamente, a lei atende à moderna concepção de política de Assistência Social como política de direito, o que implica não apenas a garantia de uma renda, mas também vínculos relacionais e de pertencimento que assegurem mínimos de proteção social, visando a participação, a emancipação e a construção da cidadania dos idosos. Para alcançar os objetivos atinentes, foi proposto um plano interministerial de ação conjunta das áreas de Trabalho, Educação, Assistência e Previdência, Justiça, Saúde, Cultura, Esporte e Lazer, Habitação e Urbanismo, denominado Plano Integrado de Ação Governamental (1997).

A política em tela representou um esforço do Estado brasileiro para reconhecer, em forma de lei, as principais preocupações e exigências da sociedade civil em relação à problemática do idoso, que já se manifestava desde a década de 1970. Representou também o reconhecimento da necessidade de implantação de inúmeras Ações de Apoio ao segmento idoso, já que eram exíguos os projetos dirigidos a este segmento, como vimos anteriormente (o programa PAI). Por outro lado, a política vislumbra a construção de um novo conceito social para a velhice.

As ações previstas no Plano acima mencionado, foram delineadas a partir de princípios segundo os quais os Ministérios envolvidos devem direcionar as ações a ser executadas nos municípios, em parceria com a sociedade civil. Embora possam participar definindo as prioridades, a maioria dos idosos não possui conhecimentos para tal, prevalecendo assim as propostas governamentais. Por outro lado, o Estado passa a idéia de que está motivado a cumprir suas obrigações diante das questões sociais. No entanto, responde dubiamente aos interesses de determinados segmentos e, ao mesmo tempo, atribui tal responsabilidade à família, à sociedade e ao próprio indivíduo.

Dessa maneira, embora a população idosa tenha formal e legalmente assegurada a atenção às suas demandas, na prática, as ações institucionais mostram-se tímidas, limitando-se a experiências isoladas. Muitas vezes, não correspondem ao que está previsto na política, sem falar na incorporação de ações inovadoras dirigidas a esse segmento populacional que se amplia a cada ano. Os Fóruns nacionais e regionais

para discussão da problemática do segmento idoso têm reafirmado a necessidade de reimplantação da Política Nacional do Idoso no século atual, exigindo a organização dos idosos e a garantia de recursos econômicos. A implementação desta política nos Estados revela apenas ações isoladas e incipientes sobre a realidade da pessoa idosa no país.

Em síntese, embora a LOAS, a Política Nacional do Idoso, e o Estatuto do Idoso tenham a pretensão de viabilizar uma nova caminhada histórica fundamentada no direito e na cidadania, sua efetivação deve ser concretizada em espaços tanto da sociedade civil quanto do Estado, inclusive com uma redefinição de critérios e ações mais incisivas. Caso contrário, a assistência se perpetuará nos mesmos patamares que a história já demonstrou (BOTH, 2000).

Assim, parece não ser possível pensar a política de Assistência Social e a Política Nacional do Idoso de maneira isolada, como historicamente tem ocorrido na ação assistencial em nosso país, mas como políticas implementadas através de procedimentos que contemplem a interação das outras políticas públicas envolvidas. Isso exige clareza de objetivos e de finalidade, na redefinição da universalização e dos critérios, o que, por sua vez, minimiza o risco de reduzir o direito e a cidadania do idoso a seus aspectos meramente formais e legais.

CONCLUSÃO

A análise da trajetória das políticas destinadas à pessoa idosa revela que, apesar do segmento ter conquistado uma política específica que garante seu desenvolvimento biopsicossocial, a implementação dessa política ainda é um ideal. A ampliação das ações de



apoio ao segmento idoso, garantida na Política Nacional do Idoso, não vem acontecendo, esbarrando num amplo complexo de variáveis que se entrelaçam (entre elas os reduzidos recursos financeiros), embora as pesquisas demonstrem o aumento do envelhecimento demográfico no país. O programa efetivo, implementado na maioria dos municípios, é o PAI - Programa de Apoio a Pessoa Idosa, mas com renda *per capita* mínima por idoso assistido e sem aumento dessa meta há anos; com gerenciamento técnico-administrativo incipiente; falta de capacitação de recursos humanos; inexistência de um planejamento das ações e dos respectivos orçamentos de forma participativa e transparente; ausência de uma estrutura condizente com o desenvolvimento do programa, com qualidade e condições capazes de proporcionar a efetivação de um processo de construção da cidadania. Assim, podemos afirmar que, apesar de todos os avanços legais conquistados, ainda atendemos apenas a uma pequena parcela da população idosa e, desta parcela, só os que têm autonomia física e mental para ir e vir, já que as demais ações propostas continuam sendo apenas um ideal.

Referências Bibliográficas

- Associação Nacional de Gerontologia. *A situação do Idoso no Brasil*. Brasília: MPAS, 1990.
- BARROS, Raul. *Uma caracterização das condições de pobreza e de desigualdade no Brasil*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.
- BOTH, Agostinho. *Identidade existencial na velhice: mediações do Estado e da Sociedade*. Passo Fundo: UPF, 2000.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, de 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 08 dez. 1993.
- BRASIL. Lei n. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 05 jan. 1994.
- _____. *Plano de ação integrada para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso*. Brasília: Secretaria de Assistência Social, 1997.
- BRASIL. Portaria MPAS n. 25, de 09 de novembro de 1979. *Diário das Leis*, São Paulo, 21 nov. 1979, p. 3527-9.
- BRASIL. Portaria MPAS n. 2864, de 05 de maio de 1982. *Diário das Leis*, São Paulo, 12 de maio 1982, p. 4-9.
- FALEIROS, Vicente de Paula. *A política social do estado capitalista: as funções da previdência e da assistência social*. São Paulo: Cortez, 1991.
- HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. M. *O direito à velhice: os aposentados e a previdência social*. São Paulo: Cortez, 1993 (Questões de Nossa Época).
- _____. *A ideologia da velhice*. São Paulo: Cortez, 1986.
- MAGALHÃES, Dirceu Nogueira. *A invenção social da velhice*. Rio de Janeiro: Papagaio, 1989.
- MARTINEZ, Wladimir Novaes. *Direito dos idosos*. São Paulo: LTr, 1997.
- PEREIRA, Potyara Amazoneida. Centralização e exclusão social: duplo entrave à política de assistência social. *Ser Social*, Brasília, n. 3, jul./dez. 1998.
- RAICHELIS, Raquel. *Esfera pública e conselhos de assistência social: caminhos de construção democrática*. São Paulo: Cortez, 1998.
- SALGADO, Marcelo Antônio. Envelhecimento populacional: desafio do próximo milênio. *A Terceira Idade*, São Paulo, v. 10, n. 14, p. 31-37, ago. 1998.
- SILVA, Janaina Carvalho da. *A contribuição do Programa Conviver para a Construção da Cidadania da População Idosa em Cuiabá de 1994 a 1998*. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2001.
- SPOSATI, Aldaíza et al. *Mínimos sociais: questões, conceitos e opções estratégicas*. Brasília: MPAS/SAS; São Paulo: Fundap, 1999.
- YASBEK, Maria Carmelita. *Classes subalternas e assistência social*. São Paulo: Cortez, 1996.

Envelhecimento e Desenvolvimento: Uma Perspectiva Psicossocial.



Resumo

A presente investigação objetivou apreender as representações sociais (RS) do envelhecimento entre idosos de Grupos de Convivência e Instituições de Longa Permanência (ILPI's), tendo em vista o aumento significativo dessa faixa etária na população brasileira como um todo e, sobretudo, contribuir para uma melhor compreensão e elucidação dos aspectos psicossociais, sob o prisma do aporte teórico das representações sociais (RS). A amostra foi não-probabilística, intencional e acidental, constituída de 100 idosos de ambos os sexos (85% feminino e 15% masculino), participantes dos grupos de convivência (50) mantidos pelo Programa É Pra Viver da Prefeitura Municipal de João Pessoa (PB). O outro grupo (50) é formado por idosos que residem em Instituições de Longa Permanência de caráter filantrópico. Como instrumento para coleta de dados, foi usada uma entrevista semi-estruturada, com uma questão norteadora: Para o (a) senhor (a), o que é envelhecimento? Posteriormente, foi usado para análise dos dados o software ALCESTE através da Análise Hierárquica Descendente. Os dados obtidos revelaram a importância constitucional que os grupos de convivência têm para essa população, caracterizando-se como um espaço por excelência, onde as práticas sociais desenvolvidas contribuem para que os idosos exerçam seu papel de cidadãos. Entre os idosos das ILPI's, verifica-se a ausência dos familiares, bem como o desejo de vivenciar a velhice no próprio âmbito sócio-familiar. Salienta-se a pertinência de contemplar as representações relacionadas à inserção dos idosos no contexto familiar; uma vez que o conhecimento de pertença/afiliação, compartilhado por este grupo, orienta seus comportamentos e a comunicação intragrupo.

Palavras chave: envelhecimento. instituições geriátricas. representações sociais.

Abstract

The objective of the present research is to apprehend social representations (RS) about growing old among old-aged people from living groups and elderly from Long Permanency Institutions (ILPI'S), considering the significant increasing of Brazilian population on such age, and, above all, to contribute for a better comprehension and elucidation of its psychosocial aspects, according to a theoretician approach of social representations. The sample was non-probabilistic, intentional and accidental, composed by 100 old-aged people from both sexes (85% female and 15% male), participants of living groups (50). These ones are sponsored by João Pessoa city municipal program "É Pra Viver" (It's For Living). The other ones are old-aged people who live at Long Permanency Institutions, both oriented by philanthropic basis. As an instrument to gather data for this research, it has been employed the technique of semi-structured interview with an orientation question: What does it mean growing old for yourself? Later, to analyse data, it has been used the ALCESTE software through Descendant Hierarchical Analysis. The data obtained revealed the constitutional importance that such living groups have for this kind of population, forming a ideal place where developed social practices are contributing to the elderly to make use of their citizens rules. On elderly from ILPI's, it's possible to verify the absence of relatives, as well as the longing for having the chance to grow old in their own social and familiar environment. The research points out the pertinence of contemplating representations related to elderly insertion into the familiar context, because such knowledge, shared by this group of belonging/affiliation, provides guiding lines for their behavior and communication inside the group.

Keywords: growing old. geriatric institutions. social representations.

LUDGLEYDSON FERNANDES DE ARAÚJO

Psicólogo, Mestre em Psicologia Social, Especialista em Gerontologia, Pesquisador do Núcleo de Pesquisa: "Aspectos Psicossociais de Prevenção e Saúde Coletiva" - Universidade Federal da Paraíba.
E-mail: ludgleydson@yahoo.com.br

INAYARA OLIVEIRA DE SANTANA

Psicóloga, Mestranda em Psicologia Social do Núcleo de Pesquisa: "Aspectos Psicossociais de Prevenção e Saúde Coletiva" - Universidade Federal da Paraíba

MARIA DA PENHA DE LIMA COUTINHO

Professora com Pós-Doutorado em Psicologia pela Universidade Aberta de Lisboa, Portugal - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa "Aspectos Psicossociais de Prevenção e Saúde Coletiva" - Universidade Federal da Paraíba.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, tem aumentado significativamente, na realidade brasileira e mundial, o número de pesquisas e intervenções contemplando o processo de envelhecimento. A Psicologia Social, de modo particular, tem contribuído para o desenvolvimento de mecanismos de proteção psicossocial na velhice.

Denota-se, com os avanços dos estudos em Psicologia do Envelhecimento, a busca da velhice bem-sucedida. Para isso, aliam-se a experiência de vida que os idosos possuem e os fatores da personalidade no desenvolvimento de mecanismos que contribuam para uma boa saúde física e mental, autonomia e envolvimento ativo com a vida pessoal, a família, os amigos, o ócio, o tempo livre e as relações interpessoais (NERI, 2004).

Nessa perspectiva, urge a necessidade da família e da sociedade civil se organizarem para, conjuntamente com o Estado, elaborar e implementar políticas sociais que venham a garantir o atendimento sócio-sanitário demandado pelos idosos. Sabe-se que essa população demanda atenção integral à saúde e serviços psicossociais que garantam melhores condições de vida e longevidade.

De acordo com a PNAD – Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (IBGE, 2003), a população com 60 anos ou mais representa 9,6% da população total. O número cada vez maior de idosos na população brasileira é algo presente nas projeções demográficas, devendo-se, sobretudo,

aos avanços sócio-sanitários e ao aumento da longevidade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2005), o Brasil ocupará o sexto lugar na lista dos países com maior número de pessoas idosas até 2025. Assim, é urgente a necessidade de investigações que contribuam para melhoria e/ou manutenção da saúde e qualidade de vida nessa faixa etária, considerando que as mudanças na pirâmide etária provocadas por um tal crescimento avançam em progressão geométrica, ao passo que a preparação para essa metamorfose se dá em progressão aritmética.

Para tanto, dada a complexidade de qualquer estudo voltado para o ser humano em processo de envelhecimento e dada a amplitude do conjunto de variáveis e fatores envolvidos, este estudo pretende compreender as representações sociais da velhice em grupos de idosos inseridos na realidade paraibana (pessoense), em diferentes instituições geriátricas.

À luz dessa teoria, o estudo das representações sociais do envelhecimento, no contexto dos Grupos de Convivência (GC) e das Instituições de Longa Permanência (ILP), passa necessariamente pela apreensão de um conhecimento compartilhado, viabilizado na interação entre o saber do senso comum e o saber científico. Assim sendo, o presente capítulo tem como objetivo apresentar as representações sociais do processo de envelhecimento apreendidas pelos idosos no contexto de ILPI e GC da cidade de João Pessoa (PB), Brasil.

MÉTODO

PARTICIPANTES

A amostra foi constituída por 50 idosos (sendo 25 de grupos de convivência e 25 de Instituições de Longa Permanência) distribuídos de forma não-probabilística, acidental e intencional. A idade dos idosos variou entre 60 e 95 anos ($X=82$, $DP=3,75$), sendo 40% do sexo masculino e 60% do feminino. É válido salientar que os idosos dos grupos de convivência fazem parte do Programa de Atenção ao Idoso da Prefeitura Municipal da cidade de João Pessoa (PB). O outro grupo pesquisado foi formado por idosos de Instituições de Longa Permanência, em sua maioria de caráter filantrópico. Cabe mencionar que essa escolha foi feita com o intuito de comparar as representações acerca da velhice em grupos de convivência e em Instituições de Longa Permanência. Os participantes tinham, como pré-requisito, que pertencer a grupos de idosos e ter 60 anos ou mais, atendendo aos critérios da ONU, já mencionados. Os participantes tiveram total liberdade para decidir se desejavam ou não participar da presente pesquisa.

INSTRUMENTO

O roteiro de entrevista usado com os dois grupos de idosos contemplou, na primeira parte, dados sócio-demográficos (sexo, idade, escolaridade, tempo de residência na instituição, estado civil, dentre outros) e, na segunda parte, a questão norteadora: “Para o (a) senhor(a), o que é envelhecimento?”

Vale salientar que a questão norteadora foi elaborada com base no atual estado da arte, bem como nos objetivos da presente pesquisa.

PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Inicialmente, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos do CCS (Centro de Ciências da Saúde) da UFPB, com o intuito de averiguar os parâmetros éticos, tendo por base a resolução nº 196/96. O parecer recebido foi de aprovação para realização da pesquisa, uma vez que sua operacionalização, de acordo com o parecerista, não traria nenhum dano à saúde física e/ou psíquica dos participantes. Posteriormente, foi pedida a autorização das coordenações dos grupos de convivência e das instituições de longa permanência, objetivando a realização da pesquisa, bem como dos idosos participantes dos grupos pesquisados.

COLETA DE DADOS DA ENTREVISTA

Para definir o número de entrevistas a serem realizadas entre os participantes desta pesquisa, usou-se o critério estabelecido por Camargo (2005), que estabelece a partir de 20 unidades de contexto inicial (u.c.i), ou entrevistas de cada grupo, quando se trata de um estudo comparativo para ser analisado no programa de dados textuais Alceste.

As entrevistas foram realizadas de forma individual, em salas que não estivessem sendo usadas para atividades das instituições geriátricas, com o in-



**“Sabe-se que essa população
demanda atenção integral à
saúde e serviços psicossociais
que garantam melhores
condições de vida e
longevidade.”**

tuito de preservar a qualidade do material gravado e de manter indeterminado o tempo de aplicação, permitindo que o entrevistado verbalizasse pelo tempo necessário. Inicialmente, o pesquisador entrou em contato com os idosos para explicitar o objetivo da pesquisa e apresentar o termo de consentimento livre esclarecido (já que a entrevista seria gravada), que garante também a preservação da identidade e o anonimato dos participantes.

PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados apreendidos foi usado o *software* Alceste (Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto) em sua versão 4.5, desenvolvido na França por M. Reinert (1990). O referido programa permite uma análise lexical quantitativa, que considera a palavra como unidade, e oferece também a sua contextualização no *corpus* ou entrevista.

É válido ressaltar que o *software* Alceste tem contribuído de forma significativa para os estudos das RS na realidade brasileira, já que possibilita a interpretação de um volume considerável de dados textuais, bem como a triangulação de dados qualitativos e quantitativos.

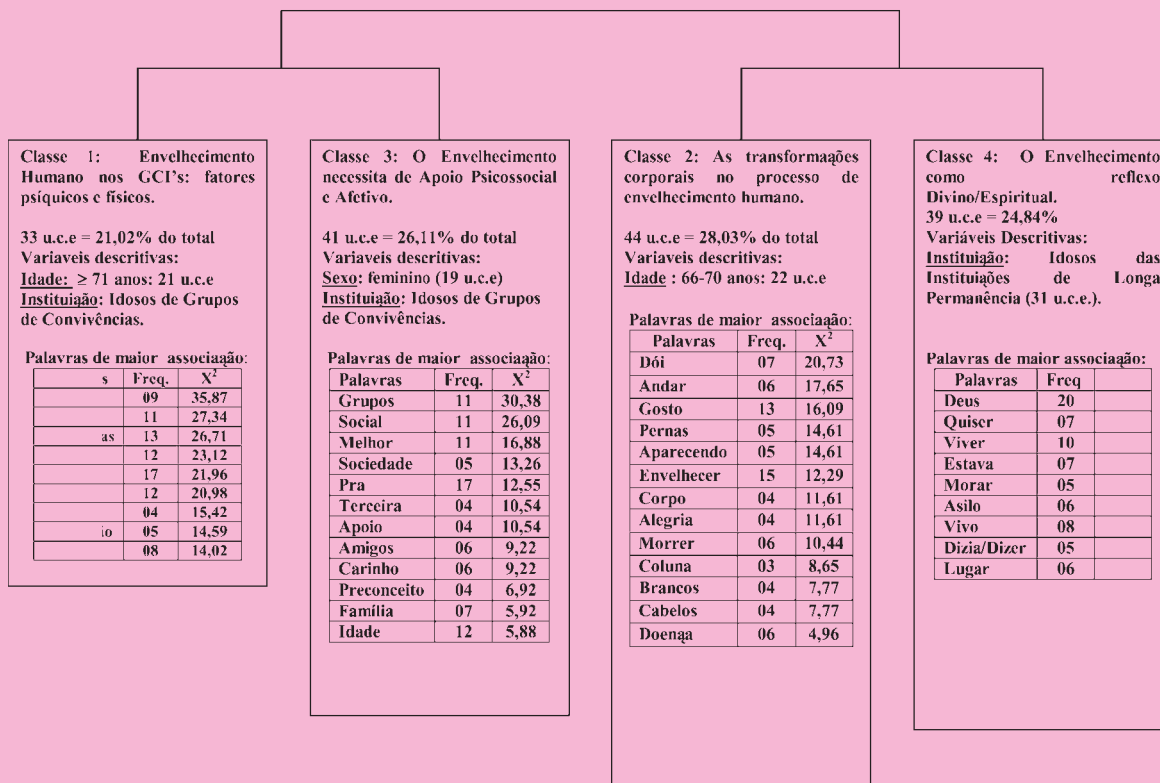
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta análise, foram usadas 50 unidades de contexto inicial (u.c.i.), ou seja, entrevistas que compõem o *corpus* da análise. Vale mencionar que esse *corpus* foi dividido em 314 unidades de contexto elementar (u.c.e.), apreendido em 1.895 palavras, formas ou vocábulos distintos. Foram suprimidos da análise todos os vocábulos ou expressões com escore inferior a 4. Ressalta-se que as palavras do dendograma com frequência igual a 4 estão inclusas por serem típicas desta classe, com 100% de ocorrência neste *cluster* e um coeficiente X^2 significativo.

Com a redução dos vocábulos às respectivas raízes lexicais, foram obtidas 433 palavras analisáveis e 24 palavras-instrumentos (no total de 457 palavras). As 433 palavras analisáveis ocorreram 9.137 vezes. Na etapa da Análise Hierárquica Descendente, foram obtidas 157 u.c.e. das 314 selecionadas no *corpus* analisado. Para análise, foram consideradas 50% do total de u.c.e., suprimindo-se a outra metade das u.c.e.

No Dendrograma 1, pode-se verificar a distribuição das quatro classes referentes às RS do Envelhecimento nos grupos de idosos das ILP e GC.

DENODOGRAMA 1: Distribuição das classes nas representações sociais do Envelhecimento – Grupo de Idosos das ILPI's e GCI's (n = 50).



De acordo com o Dendrograma 1, houve uma repartição das u.c.e. do corpus em dois agrupamentos, sendo o primeiro cluster formado pelas classes 1 e 3, e o segundo pelas classes 2 e 4. A seguir, serão discutidas as classes obtidas entre os idosos acerca do seu envelhecimento.

O número de u.c.e. pertencente a essa classe foi 33 (21,03%). Infere-se que ela não tem poder explicativo majoritário referente ao envelhecimento humano nos GC's. Essa classe foi formada por idosos com 71 anos ou mais, tendo como grupo de pertença os GC's.

No que concerne às palavras de maior associação nessa classe, aparecem os vocábulos *mental, algumas/alguns, problemas, boa, coisas, mente, esquece/esquecimento, fila, depressão, fica, então, cabeça, fisi-*

ca, verificáveis nas falas dos atores sociais desta pesquisa:

Mas a gente percebe que tem alguns idosos que o raciocínio fica devagar [...], mas eu não sinto nada disso, porque quando você leva uma vida ativa [...], agora se você fica num canto, sem fazer nada, sem ter uma atividade [...], então aquilo lhe chega [...]. Mas não vou me entregar por causa disso, levo minha vida normal [...], não vou criar problemas por causa disso, então levo a minha vida normal [...], mesmo sabendo destas limitações físicas [...], então o envelhecimento físico aparece mas é só a gente saber conviver com ele [...]. Se a pessoa tem uma cabeça boa tudo bem [...], mas se você tem depressão, osteoporose, neurótico, porque tem gente que fica assim mesmo doente [...]

(Entrevista 15, Idoso de GCI).

Segundo Belloch e Paredes (1996), com o processo de envelhecimento normal é experimentada uma perda da memória, não apenas com relação à capacidade de recordar pessoas que fazem parte do entorno social do idoso - familiares, amigos, cônjuges - como também com relação ao processo de reter informações que, com o avanço da idade, fica mais lento do que era na juventude. Isso acarreta problemas em situações e processos que exigem um processamento rápido das informações.

Os autores acrescentam que é necessário levar em conta, na avaliação da capacidade mnemônica do idoso, elementos relacionados à motivação, à personalidade, à influência do ambiente, à presença de algum transtorno mental e ao estado anímico – que podem interferir na capacidade da memória do idoso. Mudanças do tipo afetivo e/ou emocional também contribuem para o surgimento de patologias e perdas cognitivas.

Neste sentido, Jodelet (2001) argumenta que as RS são formadas tendo como princípio básico a diferenciação da prática e a condição dos grupos relativamente a este objeto. Assim, as RS ancoradas na questão mnemônica, verificadas nos idosos pesquisados, provavelmente se devem ao fato de muitos deles terem problemas relacionados à memória em sua prática cotidiana.

A sintomatologia depressiva - mencionada entre os idosos pesquisados – é de difícil diagnóstico na velhice, o que representa uma ameaça constante à investigação epidemiológica, já que a maioria dos sintomas depressivos experimentados pelos

gerontes são atribuídos ao próprio processo de envelhecimento, à enfermidade ou a desajustes do sistema nervoso central (BUENDÍA; RIQUELME, 1996).

Os transtornos depressivos em idosos podem ser resultantes de patologias orgânicas, como também de problemas físicos secundários. É válido ressaltar que a depressão pode coexistir com patologias físicas, e que ambas as condições devem encontrar um diagnóstico e um tratamento adequado (EVANS; COPELAND; DEWEY, 1991).

É importante também avaliar como o idoso percebe o funcionamento de sua memória, já que muitas vezes ele não se dá conta das próprias dificuldades mnemônicas. Quando o diagnóstico é depressão, o idoso pode acreditar que tem algum problema na memória, sem que nas avaliações psicométricas haja uma validação destes sintomas (VIEIRA, 2004).

Teixeira (1999) verifica também, em pesquisa sobre as RS da velhice, que a estabilidade psíquica é muito importante entre os idosos, de modo que a necessidade de saúde dessas pessoas é estar em equilíbrio psíquico consigo mesmas, independente das doenças físicas.

Denota-se que, nesta classe, os idosos objetivaram suas representações do processo de envelhecimento em elementos psíquicos e físicos, como a diminuição do funcionamento da memória e o surgimento de estados depressivos, que prejudicam o bem-estar biopsicossocial na velhice.

Classe 2: As Transformações Corporais no Processo de Envelhecimento Humano.

Esta classe foi formada por 44 u.c.e., o que representa 28,03% do total. Observou-se que esta classe é majoritária no Dendrograma 1, com poder preditivo bastante significativo acerca das RS do Envelhecimento Humano. Houve uma participação considerável nesta classe de idosos (19 u.c.e) provenientes de Grupos de Convivências.

Conforme o Dendrograma 1, algumas das palavras de maior associação com a classe estão relacionadas a elementos concernentes às transformações corporais do envelhecimento: *dói, andar, gosto, pernas, aparecendo, envelhecimento/envelhecer, corpo, alegria, morrer, coluna, brancos, cabelos, doença, físico.*

No discurso dos idosos, verifica-se que as representações sociais acerca do envelhecimento são ancoradas nos aspectos psicossociais:

O envelhecimento físico, é realmente a gente ver mesmo [...], a gente ver que as forças vão, não está como era antes, as forças estão menos [...], a gente quer andar às vezes dói as pernas, às vezes sente dor; é a velhice que está chegando [...]. Agora, eu como bem, danço, aqui no asilo quando tem festa eu gosto muito de dança [...], o diretor daqui disse que eu pareço uma carrapeta para dançar [...], sou alegre assim, na velhice a gente não pode se abater; tem que ter toda alegria da vida [...]. O envelhecimento é uma coisa comum, todos temos que envelhecer [...], eu acho assim que aqui na terra temos uma missão que é fazer o bem às pessoas [...], por isso sou uma pessoa idosa que procura ficar

sempre em atividade fazendo o bem às pessoas que precisam de mim [...], porque as doenças que aparecem a gente vai tirando de letra [...]

(Entrevista 25, Idoso de ILP).

Pode-se verificar nesta classe que as representações sociais do envelhecimento foram ancorados na esfera física, sendo as mudanças relacionadas ao âmbito fisiológico percebidas com mais nitidez entre os idosos, já que sinais como rugas e cabelos brancos, menos agilidade e reflexos mais lentos, são apontados pelas outras pessoas como marca biológicas da chegada da velhice.

Assim, na velhice e durante o processo de envelhecimento, as transformações corporais representam uma série de símbolos e de significados para as pessoas idosas (LIMA, 1997), posto que o corpo tem um significado psicossocial não apenas para o indivíduo idoso, mas também para os que fazem parte da sua *coorte* ou geração.

Durante a coleta de dados desta pesquisa, notou-se entre os idosos uma alusão relativa à não aceitação das mudanças corporais/biológicas que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento, com representações negativas acerca desse processo, relacionadas às perdas de beleza corporal, de vigor físico e do corpo jovial.

As perdas são tratadas frequentemente como problemas de saúde, de modo que a aparência corporal e seu significado sentimental, que aparece nestas representações, são mais expressos pelos outros do que pelos próprios velhos (BRITTO DA MOTTA,

2002). Vale salientar que o viés cultural é um coadjuvante importante no processo de simbolização e de representação do corpo e de suas transformações na velhice.

Denota-se que tais representações têm como escopo o padrão de beleza veiculado na mídia e na vida cotidiana, tanto que foi observada nos GC's a presença de representantes de vendas de cosméticos, moderadores do apetite e suplementos alimentares que prometem o revujenescimento e a manutenção da estética corporal. Isso indica, por sua vez, que a indústria dos produtos de beleza já atentou para um mercado promissor, que as pessoas idosas representam. Entretanto, sabe-se que a velhice ainda é algo inexorável na espécie humana.

Classe 3: O Envelhecimento Humano precisa de Apoio Psicossocial e Afetivo.

Do total de u.c.e. selecionadas para a análise, essa classe abrangeu 41 u.c.e., que representam 26,11%. Ressalta-se que esta classe, se comparada com a anterior, tem menos poder explicativo neste Dendrograma 1. As variáveis descritivas que tipificam essa classe são formadas por idosas das duas instituições geriátricas (19 u.c.e).

Os conteúdos dessa RS concernem a elementos relacionados ao envelhecimento institucionalizado, ou seja, são idosas que vivem em confinamento psicossocial e afetivo. No Dendrograma 1, percebe-se que as palavras de maior associação com esta classe são: *grupos, social, melhor, sociedade, terceira, apoio, amigos, levar, carinho, preconceito, família, idade.*

Tem que mostrar que tem conhecimento [...], que você lê, que tem uma certa cultura, porque o preconceito é grande [...], mesmo dentro do grupo da melhor idade, junto com os idosos, por isso que nas reuniões sempre procuram levar mensagens que nós somos iguais [...], somos gente, sobretudo na família, eu acho isso muito importante para o idoso [...]. Parece que é mais um trambolho dentro de casa [...]. Eu acho que é uma necessidade para aqueles que gostam [...], para aqueles que tem a família que apóiam [...]. Foi uma bênção quem criou estes clubes da melhor idade [...], foi uma bênção, porque tanto tem no SESC [...] como tem na Prefeitura, no Estado [...]. Então, você sabe, o apoio da família é fundamental na velhice [...], nós aqui mesmo temos colegas que a família não dá nenhum apoio [...], então isso abala o idoso, que merece muita confiança para viver melhor [...].

(Entrevista 37 com Idoso de GC)

Verifica-se, nesta classe, que foi representada, pelos atores sociais desta pesquisa, uma correlação positiva entre o processo de envelhecimento e a necessidade de atenção psicossocial e afetiva, tendo em vista que a velhice demanda atenção especial dos familiares e cuidadores, no sentido de propiciar aos idosos condições adequadas para ser bem sucedida.

O apoio social e afetivo é importante para a pessoa idosa, no sentido de preservar a estrutura psíquica hígida, para que sirva como mecanismo de defesa contra os eventos trau-



máticos e estressantes da vida cotidiana. De forma semelhante à presente pesquisa, Araújo e Carvalho (2004) verificaram que, segundo idosos de GC's, o suporte familiar e afetivo possibilita a construção de uma rede de apoio social à velhice.

Segundo Neri (2001), com o envelhecimento há uma diminuição da rede de suporte social, sendo fundamental a sua manutenção, já que favorece o bem-estar psicológico e social dos idosos. Na velhice avançada, o bem-estar subjetivo pode ficar comprometido devido ao decréscimo da rede de suporte social.

Faz-se necessário analisar a ideologia, os preconceitos e os estereótipos construídos socialmente em torno da

velhice e das pessoas idosas, representados em atitudes expressas na falta de compromisso e de atenção sócio-afetiva aos problemas experienciados realmente nesta última etapa da vida (ARAÚJO, 2004); (ARAÚJO, COUTINHO & CARVALHO, 2005).

Na velhice, o apoio social da família, dos amigos e da sociedade em geral é uma ferramenta poderosa que auxilia a cura do idoso doente, como também previne patologias em idosos saudáveis. Assim, no caso de uma pessoa idosa com saúde, os benefícios aparecem a partir do apoio recebido nas relações sociais (TEIXEIRA, 1999).

Ademais, denota-se nas RS aprendidas entre os idosos de ambos os grupos pesquisados, que o apoio

psicossocial é desejado e importante nesta fase da vida. Os laços familiares e de amizade, estruturas que compõem o fortalecimento do suporte social percebido, têm diminuído consideravelmente neste século que se inicia, já que a família e as relações afetivas passam por uma “crise” de valores e de identidade nas relações interpessoais.

Classe 4: A Institucionalização do Envelhecimento Humano como Reflexo de Algo Divino/Espiritual.

Essa classe abrangeu 39 u.c.e., o que representa 24,84% do total. Foi formada por idosos de Instituições de Longa Permanência, com 31 u.c.e.

Os conteúdos relacionados a esta classe são concernentes à velhice como consequência de uma vontade/força maior, ou seja, o envelhecimento humano ocorre devido ao desejo de um ser supremo. As palavras de maior associação foram *Deus, quiser, viver, estava, morar, asilo, vivo, cuidar, dizia/dizer, puder*, conforme assinala o trecho da entrevista a seguir:

Eu não gosto muito da minha velhice [...], porque a bem dizer eu sou desamparada [...], porque eu vivo aqui nessa casa e tirando isso, mas graças a Deus que ainda tenho esse lugar para ficar aqui no asilo [...], porque se não eu estava na rua [...], mas sou uma pessoa feliz, tenho meus amigos aqui no asilo [...], tenho meu lugar para dormir, repousar e comer, graças a Deus eu não tenho o que reclamar [...], e nem mal dizer de minha velhice [...], porque se a gente tem calma, a gente pode viver com Deus a velhice [...]. Graças a ele estamos aqui todos vivos para contar a

historia [...]. Eu hoje vivo aqui no asilo mas não é por vontade própria, por mim eu estava na minha casinha, ai eu tenho desgosto por isso [...], mas Deus é grande e ele é tudo para mim [...], eu entrego a Deus meus pecados [...], a Jesus que ele me proteja para viver o resto dos meus dias [...], agora minha vida é rezar para tirar meus pecados [...].

(Entrevista 22 com Idoso de ILP).

Denota-se nas RS dos idosos que o processo de institucionalização da velhice é atribuído a algo divino/espiritual, ou seja, a sua inserção numa Instituição de Longa Permanência depende da vontade de Deus, da participação de uma força suprema. Por outro lado, percebe-se também que o asilo é a única alternativa para a maioria destes idosos, já que não teriam outro lugar para viver sua velhice.

Em pesquisa realizada por Freire Jr. e Tavares (2005) com idosos de ILP, também foi verificado o viés religioso/espiritual no enfrentamento das mudanças intrínsecas à velhice, servindo como facilitador na aceitação das perdas e funcionando como fator de proteção nas situações difíceis, inerentes às instituições geriátricas.

Assim, durante a coleta de dados, notou-se que, a despeito do desejo de ter o próprio lar, já que a maioria já teve o seu “cantinho”, o asilo significa um lugar seguro, com alimentação e condições humanas de sobrevivência para esses velhos.

Evidencia-se nas RS desses atores sociais que a institucionalização da velhice passou por uma estratégia de *naturalização*, que supostamente passa despercebida pelos velhos, pois no

fundo é uma forma de perpetuar situações de dominação e de acobertamento da realidade (GUARESCHI, 2004). Este autor acrescenta que os atores sociais não se dão conta da distinção entre os construtos “determinação” e “possibilidade”, haja vista que *“a natureza é determinada, não há como mudá-la; já a cultura é algo construído, sendo fruto da vontade e de interesses das pessoas”* (p. 80).

Desta forma, essa naturalização se apoia na retórica de que a institucionalização da velhice é fruto da ação divina/espiritual, tornando-se algo determinado por um ser supremo, de quem não se conhece, até que se prove o contrário, as pretensões políticas, econômicas e ideológicas. Tal fato impede que as pessoas idosas reivindiquem a formulação/implementação de políticas públicas para a velhice, que lhes ofereçam condições melhores de sobrevivência.

Na caracterização dos idosos pesquisados, verifica-se que a maioria dos dois grupos tem orientação religiosa católica, sendo por vezes mencionada, como uma das atividades desenvolvidas pelos idosos, a participação nas missas e em grupos de oração. Isso pode ser um indicador do fato dos idosos mencionarem em suas RS o viés religioso.

Nas relações interpessoais da vida cotidiana, as representações sociais são fundamentais, uma vez que *“são baseadas no tronco das teorias e ideologias que se transformam em realidades compartilhadas, relacionadas com as interações entre pessoas”* (MOSCOVICI, 2003, p. 48). Neste sentido, as RS compartilhadas pelos ido-

sos pesquisados, acerca do envelhecimento nas ILP como algo divino, refletem-se nos componentes ideológicos da velhice na sociedade contemporânea.

Para os velhos que vivem uma situação de exclusão sócio-afetiva e familiar nas ILP, o processo de naturalização da realidade instituída simplifica seu entendimento, ocasionando menos eventos traumáticos e estressantes. Assim, é preciso trazer à tona o fato da realidade psicossocial da velhice ser construída nas relações intergrupais e intragrúps, dependendo suas transformações da vontade, do compromisso e da participação equitativa dos seus atores sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalhou versou sobre as representações sociais do envelhecimento, através de uma comparação entre idosos participantes de instituições de longa permanência e de grupos de convivência. Além disso, procurou compreender as instituições geriátricas em que estão inseridos os atores sociais desta pesquisa. Os dados apreendidos entre os idosos possibilitaram representações consensuais e particularidades, de acordo com sua inserção psicoafetiva e socio-cultural.

Verificou-se que os dois grupos vivenciam o processo de envelhecimento em pólos antagônicos: num deles, os idosos de grupos de convivências participam de atividades que envolvem aspectos sócio-recreativos e de elucidaciones concernentes à promoção em saúde; no outro pólo, os idosos de

instituições de longa permanência vivenciam o processo de envelhecimento num total confinamento sócio-afetivo devido à institucionalização da velhice.

Denota-se, por outro lado, a importância constitucional que os grupos de convivência têm para esses velhos, caracterizando-se como um espaço por excelência onde se desenvolvem práticas sociais que contribuem para que os idosos exerçam seus papéis de cidadãos. São espaços onde usam suas potencialidades e onde há sempre alguém que os escute, propiciando a efetivação de laços de amizade e momentos de lazer, contribuindo também para o restabelecimento da auto-imagem positiva, já que, em geral, o contexto familiar não favorece a utilização

das potencialidades dos idosos.

Espera-se que esta pesquisa forneça subsídios para a elaboração/implementação de políticas públicas para a velhice no âmbito das instituições geriátricas, com o escopo de possibilitar aos idosos estratégias de enfrentamento para um envelhecimento bem sucedido.

Em síntese, as representações sociais do envelhecimento, que transitam em ambas as instituições para velhos, são permeadas por fatores relacionados à visão sócio-cultural e ideológica da velhice e do processo de envelhecimento na sociedade atual, cujas crenças, atitudes e símbolos contribuem de forma preponderante para a elaboração do campo representacional desse construto psicossocial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBARRACÍN, D. ; MUCHINIK, E.G. Redes de apoyo social y envejecimiento humano. In: BUENDÍA, J. (Org.). *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI, 1996. p. 373- 398.

ARAÚJO, L. F. *Velhice e instituições geriátricas: um estudo das representações sociais*. Monografia (Especialização em Gerontologia) - Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisas da Terceira Idade – NIETI, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.

ARAÚJO, L. F.; CARVALHO, V.A.M. Velhices: estudo comparativo das representações sociais entre idosos de grupos de convivências. *Textos sobre Envelhecimento*, v. 6, n. 1, p. 10-22, 2004.

ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; CARVALHO, V. A M. Representações so-

ciais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 4, p. 12-23, 2005.

BELLOCH, A.; PAREDES, T. Envejecimiento y memoria. In: BUENDÍA, J. (Org.). *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI, 1996. p. 203-217.

BRITTO DA MOTTA, A. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR, C. E. A. (Orgs.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002 .p. 37-50.

BUENDÍA, J.; RIQUELME A. Envejecimiento y depresión. In: BUENDÍA, J. (Org.). *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI, 1996. p. 219-233.

- CAMARGO, B. V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A.S.P.; JESUÍNO, J.C.; CAMARGO, B.V. (Orgs.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. Lisboa, 2005.
- EVANS, M. E.; COPELAND, J. R.; DEWEY, M. E. Depression in the elderly in the community: effect of physical illness and selected social factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 6, p. 787-795, 1991.
- FREIRE JR., C.; TAVARES, M.F.L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, p. 147-158, 2005.
- GUARESCHI, P. *Psicologia social crítica: como prática de libertação*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.
- IBGE. PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro, 2003. 1 CD-ROM.
- JODELET, D. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.
- LIMA, D.A.Q. *Além do apenas velho: aspectos sócio-culturais da velhice*. Dissertação (Mestrado). Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1997.
- MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- NERI, A.L. *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea, 2001.
- NERI, A.L. *Envelhecer com dignidade*. *Jornal da UNICAMP*, v. 247, n.18, p.12, 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: OPAS/OMS, 2005.
- REINERT, M. ALCESTE: une methologie d'analyse des données textuelles et une application. *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, Paris, v. 28, p. 24-54, 1990.
- TEIXEIRA, M.C.T.V. *Velhice: perdas ou ganhos*. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.
- VIEIRA, E. B. *Instituições geriátricas: avanço ou retrocesso*. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

Entrevista



Marco Tullio de Assis Figueiredo

Nosso entrevistado se auto define como um ótimo contador de casos “à la Mazaropi” e realmente o é. Bem-humorado, fala tranqüila, mineiro nascido em Belo Horizonte, ele é o Professor Dr. Marco Tullio de Assis Figueiredo, chefe do Ambulatório de Cuidados Paliativos e professor da Disciplina Eletiva de Cuidados Paliativos da Unifesp, responsável pela criação do Curso de Tanatologia que acontece na Escola Paulista de Medicina desde 1997.

Nesta entrevista, Prof. Tullio aborda temas polêmicos como a eutanásia, faz considerações sobre o preparo e formação dos profissionais da área da saúde no Brasil e fala um pouco de sua história de vida. Aos 80 anos de idade traça planos para o futuro, cita o Eclesiastes e a filosofia budista ao falar sobre a morte, tema que considera estigmatizado na cultura ocidental, para ele “...é esse o conhecimento filosófico da vida, viver e morrer é uma continuidade”.



REVISTA – *Como e por que o Senhor acabou seguindo a carreira médica? Que fatores o levaram a optar pela medicina? Aconteceu algum fato específico, inusitado?*

MARCO TULLIO – Aos oito anos de idade, eu morava em Poços de Caldas e fui convidado a passar uns dias numa fazenda de café. Havia a casa do fazendeiro e aquela colônia de casinhas idênticas enfileiradas, com um campinho de futebol em frente. Naquela época, na região de Poços de Caldas, os colonos eram na maioria descendentes de italianos. Eu me lembro que os molequinhos que brincavam comigo falavam tudo cantado: “Ô, Tuuulliiioo, vamo jogá booolaaa”. Era engraçado e eu voltei falando cantado para casa. Um dia, observei um círculo de urubus voando e, menino de cidade, perguntei a uns dos amiguinhos o que era aquilo. Ele disse: “Ah, urubu tá voando porque tem carniça”. “O que é carniça?” “Ah, é um bicho morto”. Eu fiquei curioso, abandonei o grupo e comecei a seguir o vôo dos urubus, andei um bocadinho, subi um morro, descí outro, um pasto e me deparei com uma carniça, uma carcaça de boi com vários urubus pousados, bicando. Tinha aquele cheiro agriçoso da decomposição, achei

esquisito e fiquei ali horas observando. De lá em diante, toda vez que ia a fazendas e via urubus circulando, sempre tinha que determinar que animal estava morto. Uma vez, em 1938, eu devia estar entre 12 e 13 anos, tive que fazer uma composição de Português no colégio e o título era mais ou menos o seguinte: o que eu quero ser quando crescer. Naquela época, entre as famílias de classe média, as opções universitárias eram as de odontologia, medicina, engenharia e advocacia. Engenharia eu não queria porque era muito ruim de aritmética, como sou até hoje, embora meu pai fosse engenheiro, formado pela Escola de Minas e Engenharia Civil de Ouro Preto, que era duríssima. Como naqueles anos eu era o orador oficial do Colégio Marista de Poços de Caldas, fazia discurso nas datas cívicas: Dia da Bandeira, da República, da Independência etc. Minha mãe achou que eu tinha tendência para advocacia, oratória, e me mandou numas férias a Belo Horizonte. Lá, ela tinha um irmão advogado e eu o acompanhei em seu trabalho. Fiquei acompanhando aquelas demandas, principalmente de fora de Belo Horizonte, demandas de terras, um calor danado, aquela atmosfera chata pra chuchu, um advogado falando, o outro contestando, eu acabava dormindo. Mas na família existiam dois médicos, um médico jovem, um tio, ortopedista, e o outro um velho clínico geral, cirurgião geral, daqueles que fazem tudo. Então, numa das férias, eu os acompanhei e gostei, assisti a uma operação de apendicite lá no hospital da Santa Casa de Belo Horizonte. Os consultórios eram na casa da minha avó, dava para eu ouvir alguma coisa e

entender um pouco do assunto. Minha mãe então começou a me dar livros - só recentemente me desfiz deles - de vidas de médicos, pesquisadores, grandes figuras da medicina, de descobertas disso e daquilo. Ela foi me criando naquela atmosfera. Mas o livro que me marcou foi um livro chamado *O Médico na Grandeza e na Miséria da Vida Humana*, escrito pelo Dr. Sebastião Barroso, que era um clínico geral que fez parte da equipe de sanitaristas do Oswaldo Cruz na campanha contra a malária no Rio de Janeiro. Aos 17 anos, entrei na Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, hoje Universidade Federal do Rio de Janeiro. Naquela época, ficava na Praia Vermelha, no pé do morro de onde sai o bondinho para ir à Urca e ao Pão de Açúcar. Envolvido na leitura de biografias e feitos de médicos, vi meu nome na lista de aprovados em fevereiro e, no dia seguinte, fui levado por um amigo do meu pai, que era médico, para um hospital no Rio de Janeiro. Naquela época, os hospitais particulares eram poucos, eram até chamados de casas de saúde, e os hospitais para treinamento dos estudantes de medicina eram os hospitais filantrópicos, como Santa Casa, Ordem Terceira disso e daquilo outro. Fui levado para o Hospital São Francisco de Assis, tão pobre quanto o santo que lhe deu o nome. Esse hospital tinha uma característica: ficava na zona do baixo meretrício do Rio de Janeiro, na época talvez a maior da América Latina, chamada Zona do Mangue. O serviço era um serviço unificado de obstetrícia e ginecologia, com enfermaria de ginecologia, ambulatório de maternidade e obstetrícia e maternidade.

Eram quatro equipes de médicos e acadêmicos de medicina, em geral estudantes do quarto, quinto e sexto ano. Faziam seu treinamento porque não havia residência: quem quisesse ser médico tinha que frequentar hospital, principalmente nos três últimos anos. Senão, o aluno podia passar os seis anos de medicina com notas máximas e se formar sem saber o que era um estetoscópio ou um termômetro. Eu me lembro até hoje que, aos 17 anos, entrei pela mão um amigo de meu pai, fui apresentado ao chefe da equipe de ginecologia, Dr. J. Pizarro. Ele me recebeu e disse assim: “Dona Irene, por favor”. Dona Irene era chefe de enfermagem. Não era uma enfermeira de nível universitário porque naquela época o Brasil só tinha uma escola de enfermagem, a Ana Nery, no Botafogo, no Morro da Viúva. Havia pessoas práticas de enfermagem. Veio, então, aquela senhora quarentona, uma mulata clara, bonita, aquela “mãezona”, com o cabelo repartido no meio, um coque, sorrindo enquanto vinha até mim. Simpatizei logo de cara. O Dr. Pizarro disse: “Irene, pega esse menino aqui e só me devolve daqui a seis meses”. Então, durante seis meses, de segunda a sexta de manhã, sábados e domingos alternados, eu ficava colado na barra das saias das enfermeiras. Aprendi a dar banho nas pacientes, a fazer curativo ginecológico, curativo de mama, naquela época tinha muita mastite purulenta, que destruía a mama. Câncer, ninguém sabia, embora tivesse uma fotografia de um cancerologista (estou falando de 1943) na parede da enfermaria, Angel Rolfo, com os dizeres: “Fumo dá câncer”. Se algum assistente do chefe, o Dr. Arman-

do Aguinaga, fosse pego fumando, perdia o cargo e ninguém lhe dava um tostão. Então, esse aprendizado foi muito bom porque aprendi a ouvir as pacientes, fazer os curativos, dar injeção na veia. Era cada agulha que era um cano, doía mesmo, hoje a gente nem sente a picadinha de mosquito. Depois passei para a maternidade, onde a maioria das clientes eram prostitutas. Então tinha muito aborto, aborto infectado. Não tinha penicilina, antibiótico veio no fim do meu curso. Mas à tarde a gente cruzava a rua para ir a um boteco, tomar uma “Grapette”, um guaraná, um sanduíche de mortadela, e ali a frequência era toda de prostitutas, donas de pensão e cafetões. Foi uma experiência muito rica porque eu vinha de educação marista, de internato: a única mulher santa era a mãe da gente, o resto era perdida. Então comecei a perceber que tinha pessoas ali de uma moral muito mais elevada do que a da dita elite. Eram mulheres que se prostituíam porque tinham que manter a mãe idosa num asilo ou educar a filha no Sacré Coeur de Marie de Copacabana, falando francês. Foi bom porque pensei: “não quero julgar ninguém, cada um tem seu destino e sabe de sua vida”. Foi uma lição muito boa. Bem, se eu for falar tudo, meu filho, nós ficaremos aqui o dia inteiro.

REVISTA – *Numa recente entrevista para a Revista Brasileira de Câncer, você afirma que o médico é o pior tipo de paciente. Por que?*

MARCO TULLIO – A primeira aula de um estudante de medicina ou de enfermagem, a primeiríssima aula, deveria ser sobre a morte. Porque são profissionais

que irão conviver no dia-a-dia com a morte. Mas, quanto mais a medicina avançou nesses últimos 50, 60 anos, do ponto de vista científico, mais ela se distanciou do ser humano. O médico não estende mais a mão ao doente, não pergunta seu nome. Ainda mais com esse negócio de socialização da medicina, seja SUS, seja convênio, é um tal de preencher e carimbar documentos que não há tempo para conversar e ouvir a história do paciente. O médico se desvinculou do ser humano, ele hoje adora a ciência médica, os novos métodos de diagnóstico, as novas descobertas, as novas terapêuticas, e o ser humano que se dane. Infelizmente, essa é a verdade. Ele não convive com a morte. Os médicos antigos não aprendiam sobre a morte na faculdade, mas aprendiam na prática porque os pacientes morriam muito rapidamente e ainda jovens, por causa das doenças infecciosas. E como havia aquele convívio de visita domiciliar, eles se integravam ao ambiente familiar e social. Então, através dessa integração, passavam a entender as coisas e não tinham tanto medo da morte como os médicos atuais.

REVISTA – *Então, os estudantes de medicina no Brasil não têm em seus cursos oportunidade de refletir sobre a morte e tampouco de aprender a lidar com ela? Como é que se explica essa situação e o que na sua opinião deve ser feito para reverter esse quadro?*

MARCO TULLIO – Eu comecei a organizar cursos sobre paciente terminal para os estudantes de primeiro, segundo e terceiro ano, no Centro Acadêmico da Escola Paulista de Medicina. Esses estudantes estão ainda cursando as maté-

rias básicas e, portanto, ainda não tiveram contato com o ser humano doente, seja na enfermaria, seja no ambulatório. O que conhecem de doenças são aquelas que ocorreram no seu ambiente familiar ou social. Esses alunos representaram um terreno fértil para se tentar (e é o que eu venho fazendo há 12 anos e agora estou começando a obter resultados) introduzir uma nova cultura de humanização na graduação de medicina. Porque depois, nos anos de clínica, quando começam a entrar em contato com o ser humano doente, serão doutrinados por métodos científicos, em que o ser humano não é o principal. Eu comecei esses cursos, que sempre tiveram a aprovação dos alunos, em 1994. Em 1997, eles vieram me procurar com a seguinte pergunta: “Professor, nesses cursos fala-se muito de morte. O senhor pode nos ensinar o que é a morte?” Fiquei surpreso. Achava que iam passar uns dez anos de curso antes que me perguntassem, mas já no terceiro ano... Montamos um curso de tanatologia, o estudo da morte, que acontece no primeiro ou segundo sábado do mês de junho, um dia inteirinho. Eu levo pessoas habilitadas. Um médico fala sobre a biologia da morte, como é que o corpo morre. Um psicólogo fala sobre a psicologia da morte. Felizmente, no Brasil, temos psicólogos muito bons. Depois se fala sobre a religião ou a espiritualidade da morte e eu termino falando sobre eutanásia. Esse curso, bem como o de cuidados com o paciente terminal, é aberto a todos os universitários e a toda a comunidade. Tenho o seguinte pensamento: nascer, crescer, sofrer e morrer não são uma exclusividade dos profis-

sionais de saúde, mas um assunto da comunidade. É um direito do cidadão ter uma morte digna, embora o artigo 196 da Constituição Federal, dita “cidadã”, seja omissivo nesse ponto. Ele diz: “É direito do cidadão e dever do Estado promover a reabilitação e atendimento às doenças”. Ponto final, não fala sobre a morte. O nascimento é contemplado, mas a fase seguinte da vida, não. Isso é muito importante porque, durante a gravidez, a paciente é assistida plenamente, pelo menos no plano ideal. No momento do parto, a passagem da criança pelo canal uterino é solitária: é uma coisa que só ela pode fazer, ninguém pode acompanhá-la mais. Na morte, precisamos dar essa assistência com o mesmo carinho, o mesmo desvelo que se dá à mãe durante a gravidez, já que a passagem final também é solitária. Obstetrícia e fase final são iguais. Isso é o que tem que ser feito, mas infelizmente não é.

REVISTA – *Como é que se deu sua especialização na área de cuidados paliativos e esse seu envolvimento com pacientes terminais?*

MARCO TULLIO – Durante meus seis anos de estudante, aprendi ginecologia e obstetrícia, clínica médica, cardiologia e pronto-socorro. Nunca quis fazer cirurgia. Em 1947, fui aos Estados Unidos durante as férias e tive ocasião de assistir, no Hospital Monte Sinai, uma sessão anatomoclínica, em que o patologista discutiu com os médicos a evolução da doença que ele constatou através da autópsia de um caso de cirrose hepática. Vi que o oftalmologista e outros médicos discutiam com o patologista as lâminas microscópicas. Fiquei



impressionado com aquilo e voltei ao Brasil querendo ser um gastroenterologista. Queria inclusive fazer especialização nos Estados Unidos, o que me obrigaria a fazer pelo menos um ano de anatomia patológica para entender bem a estrutura do órgão alterada pela doença. De fato: eu me formei em 1948, casei-me e fui aos Estados Unidos, onde fiz um ano de internato geral numa cidade da zona rural e fiquei três anos na Universidade da Pensilvânia, uma das três melhores escolas médicas, na época e ainda hoje, dos Estados Unidos. Fiz um ano de patologia, mas me encantei tanto com aquele negócio de microscopia e de trabalhar com necropsia que cancelei a residência de dois anos em gastroenterologia. O que aconteceu? Hoje eu percebo que fugi do ser humano, descobri que não queria acompanhar o sofrimento dele, como tinha aprendido na medicina antiga nos anos de escola. Trabalhei em tuberculose muitos anos e quase 40 anos em câncer. O ponto de virada se deu em 1992. Eu já tinha saído do Hospital do Câncer, estava trabalhando na Fundação Oncocentro de São Paulo, que é ligada à Secretaria da Saúde e que era destinada à divulgação de medidas de prevenção de câncer de mama e de útero, de educação em geral, como estimular o Papanicolau e a prótese mamária. Na época, o presidente era o Antônio Franco Montoro, um cancerologista, um mastologista ainda muito ativo na época. Ele viajava muito para o Exterior e, no Instituto de Tumores, em Milão, entrou em contato pela primeira vez com os cuidados aos pacientes terminais de câncer. O chefe na época (e acho que até hoje) era o Prof. Vitório

Ventafrida. Ele voltou entusiasmado, achando que a Oncocentro devia formar uma linha de ensino e divulgação desses cuidados. Tinha um colega, um cancerologista comissionado lá na fundação, que se entusiasmou muito pelo assunto e ia por conta própria para a Itália, para a Inglaterra, para a Índia, que também estava começando a fazer isso. Em maio de 1992, eu estava dirigindo o Laboratório de Pesquisas de Câncer. Nesse ano, houve um congresso de câncer na cidade de Florianópolis e fui convidado para fazer duas palestras sobre dois tipos de câncer ósseo, freqüentes na infância e na adolescência. Eu tinha uma experiência muito grande, o material do hospital A. C. Camargo era riquíssimo e eu gostei do assunto, estudei bastante. Mas o programa incluía outros eventos e uma segunda jornada, ou primeira jornada, latino-americana de cuidados paliativos. A primeira palestrante era uma enfermeira, hoje muito amiga minha, que falou sobre avaliação de dor na infância. Fiquei fascinado com a preocupação humanitária de todas aquelas pessoas - assistentes sociais, voluntários, enfermeiras, médicos - e fiz um relatório extenso para o presidente, o Dr. Montoro. Aquilo não pôde ser desenvolvido na Fundação por várias razões, mas fiquei conhecendo os brasileiros e os estrangeiros que trabalhavam nessa área, mantive contato uns dois anos com eles e fui percebendo o desânimo desses colegas, causado pela hostilidade, dissimulada ou aberta, dos próprios médicos. “Humanismo não é ciência”, diziam. Sabedor disso, pensei: ainda sou professor, agora de pós-graduação na Escola Paulista de Medicina, tra-

balho muito com médicos jovens e tenho contato com alguns estudantes. Essa atitude dos nossos colegas (depois constatei) não é só brasileira, é no mundo inteiro - o ocidental, não o oriental. É uma atitude preconceituosa e preconceito é ignorância. E para ignorância só tem um remédio: educar. Então, como estava em contato com os meninos, propus a eles cursos multiprofissionais: todos dariam aula e eu estudaria para dar aula também, tentaria fazer um projeto a médio e longo prazo. Provavelmente, nenhum desses alunos vai seguir essa linha porque isso nem é especialidade ainda, não tem campo para remuneração. Mas serão indivíduos mais voltados para o ser humano, serão melhores profissionais, qualquer que seja a especialidade que venham a fazer e, tenho certeza, serão melhores seres humanos do que pensavam que seriam: a grande qualidade da filosofia de cuidar do ser humano é nos fazer perceber que podemos ser bons sem exigir recompensa. Você pode se doar e, de fato, a gente se doa sem perceber. Enfim: começou assim e hoje é o meu sentido de vida.

REVISTA – *Quais são as principais dificuldades pessoais e profissionais para lidar com pacientes sem possibilidade de cura e já próximos da morte? O que pega, o que dificulta? O que o profissional tem que ultrapassar, o que ele tem que vencer para conseguir dar um atendimento adequado?*

MARCO TULLIO – A maior dificuldade é o preconceito da área da saúde, principalmente medicina e enfermagem, onde não se admite a morte, não se sabe o que é morte e processo de morrer. Por

não admitirem, toda aquela coisa maravilhosa que aprenderam sobre medicar o doente, tratar o doente na fase curativa, vira uma desilusão muito grande quando enfrentam a morte do paciente, já que tudo que aprenderam não bastou para manter aquele ser humano vivo. Ora, é da *Bíblia*, do *Eclesiastes*, capítulo 2, versículos 2 e 3: “tudo debaixo do céu tem uma razão de ser e tem um tempo, há tempo de nascer e há tempo de morrer”. A filosofia budista é clara: se a morte é inevitável, porque nos preocuparmos com ela, passar uma vida nos martirizando porque um dia vamos morrer? Ela vem. É esse conhecimento filosófico da vida - viver e morrer é uma continuidade - que falta no ensino da saúde. Portanto, sempre será uma derrota. No tempo antigo, no meu tempo, a medicina era voltada para o ser humano porque não tínhamos remédio nenhum, não tínhamos antibiótico, não curávamos nada, como ainda hoje continuamos a não curar muita coisa. Nessa época, o médico estava tratando de um paciente e de repente esse paciente entrava em processo de morte. Então, o médico avisava a família, que chamava os parentes e amigos: a morte tinha um ritual que era seguido. Os médicos diziam: “O paciente está desenganado”. Ora, quando você desengana, ele morre? Enquanto você enganou, ele ficou vivo? Essa é uma expressão curiosa... É esse despreparo no início da formação dos profissionais da saúde que ainda hoje causa uma angústia tremenda. E bate-mos também em um outro ponto: cuidar de quem está morrendo é muito mais barato do que tentar curar. Hoje, no mundo inteiro, o tremendo progres-

so da ciência médica está inviabilizando cada vez mais a assistência à população. Nos Estados Unidos, há 40 milhões de pessoas sem nenhuma cobertura médica, nem do governo, nem privada.

REVISTA – *No livro “Por um fio”, o médico Dráuzio Varella diz que, após conviver com a morte, com pacientes terminais, descobriu que, ao contrário do que aprendeu, a missão do médico é aliviar o sofrimento e não salvar vidas. O senhor concorda com essa idéia?*

MARCO TULLIO – Concordo. Salvar vidas tem um limite. É, por exemplo, a obstinação terapêutica a que vários centros de UTI no mundo inteiro se dedicavam. Hoje já está começando uma tendência à humanização do tratamento em UTI. O médico não sabe em que momento tem que parar de investir no sentido da cura. Por maior que seja a longevidade do ser humano (hoje já se pensa que, daqui a 20, 30 anos, será de 140 anos de idade), a morte chega. Podemos corrigir uma série de coisas da natureza humana, mas a morte chega por desgaste do material, por cansaço do material. Então, o que está difícil para os médicos entenderem é que há um momento em que a gente tem que parar. Eles me perguntam sempre: “Mas quando vou parar a quimioterapia?” “Quando o seu doente não estiver respondendo a mais nada: essa é a maneira mais simples.” “Mas saíram novos medicamentos, que agredem a célula cancerosa e não a vizinha, que está boa.” “Sim, mas a que custo e vai chegar aqui quando?” Temos que começar a pensar também em custo-benefício: a medicina está tão cara que daqui a pouco só os bilionários que saem na

Forbes vão poder pagar. Vale a pena? A vida vale tanto assim? Acho que a solução para o valor da vida é: temos que ser educados para saber, desde a infância, que vamos morrer um dia e que a morte tem que ser digna. A morte vem. Por que lutar contra ela?

REVISTA – *Alguns autores, como Philippe Ariès e Elizabeth Klüber-Ross, dizem que, nas últimas décadas, como fenômeno histórico recente, instalou-se uma atitude de negação da morte. É como se ela virasse um tabu e a nossa própria morte, a nossa finitude, fosse banida da nossa consciência e do nosso cotidiano, como se fosse proibido falar nela. Na sua opinião, professor, por que se desenvolveu essa atitude de negação, de onde vem isso? Segundo os estudiosos, a morte sempre foi temida, sempre foi vista como algo assustador, mas parece que era encarada de frente e hoje parece que as pessoas evitam tocar nesse assunto. Por que será que a nossa sociedade desenvolveu essa defesa, essa negação com relação à morte?*

MARCO TULLIO – Isso é um paradoxo, porque nunca a sociedade humana esteve tão exposta à morte como hoje. Você vê as guerras no momento em que elas estão acontecendo, vê genocídios, morticínios, coisas horrosas. Só que não conhecemos aquele ser humano, pelo contrário, a gente até gosta de ver. Os jogos eletrônicos de computador, quanto mais violentos, mais barulhentos, mais tiros, melhor. Mas essa é uma morte muito afastada, é a morte do outro. Já a nossa morte nós ignoramos, temos medo. Em geral, o jovem não teme a morte. Aos 17 anos, eu queria ser piloto de caça, queria ir aos Estados Uni-

dos aprender a pilotar, queria ser reprovado no exame de medicina porque meu pai dizia que eu só poderia ir se fosse bombardeado no exame de medicina. Até reagi com um certo esnobismo quando vi meu nome aprovado: “Que diabo, tenho que ficar aqui!” Porque me entusiasmava com aquelas histórias de guerra, aquelas reportagens e tudo mais. Depois passei a ter medo. Mas hoje, como estou mais próximo dela, vejo que é um passo da vida que pode ser até esperado. Estou tranqüilo. Então, acho que as facilidades e o materialismo em que vivemos hoje nos afastaram do misticismo da morte. Há um exemplo muito curioso: eu estava dando atenção a um paciente com a barriga distendida, todo icterico, com um câncer de vias biliares. Estava no quarto conversando com os familiares, explicando todos os procedimentos e que a pessoa já estava... quando vai morrer, só Deus sabe... mas estava mais pra lá do que pra cá. A enfermeira explicou aos familiares que era preciso comprar um creme hidratante para fazer massagem nas pernas porque elas estavam muito edemaciadas, começando a transudar a plasma: aquilo ia infeccionar e precisava massagear três vezes por dia. Estava presente a netinha do paciente, uma criança de três anos: faço questão que as crianças permaneçam porque desde pequenininhas elas têm que saber que a vida tem perdas e ganhos. E elas aceitam isso com naturalidade. Pus o estetoscópio no ouvidinho dela: “O que você está ouvindo?” E ela: “Tum-tá, tum-tá”. É assim que a gente aprende, é tum e tá. Aí eu pus no coraçãozinho dela: “E agora?”. “Tum, tum, tum, tum, tum”. Bem, ficou por isso. Na semana seguinte, voltei para

uma nova sessão, entrei no quarto e vi a Julinha num tamborete, trepadinha, lambuzada de creme Nívea, fazendo massagem na perna do avozinho, como se ele fosse uma boneca. Essa menina, quando for moça, vai ter uma lembrança muito boa do avô: brincou com o avô doente, com naturalidade. Isso é o que precisa.

REVISTA – *Com o aumento da longevidade, é comum o ser humano ultrapassar os 80 e chegar aos 90. As estatísticas mostram que o número de centenários tem aumentado muito no Brasil e em todo o mundo. Mas, com a idade avançada, vão se instalando as limitações físicas, cognitivas, os quadros de dependência por vezes acentuados. Numa sociedade complexa como a nossa, além da família, quem deve amparar esses longevos? Como é que esse cuidado pode e deve ser feito? Qual é o papel da família, o papel da sociedade, o papel do Estado?*

MARCO TULLIO – Acho que, em primeiro lugar, quem deve cuidar do idoso é a família. Infelizmente, ela está despreparada e não tem mais a tradição de 50 anos atrás, época em que os pais idosos passavam a viver com os filhos e eram por eles cuidados. Ninguém pensava em ser mandado para um asilo, não passava pela cabeça de ninguém. Mas hoje, no mundo ocidental, a família está muito envolvida com muitas coisas e tem que trabalhar: trabalha o pai, trabalha a mãe, trabalham os filhos. Deixar um idoso em casa sozinho ou nas mãos de uma doméstica pode representar um grande perigo para ele. No caso das pessoas que não têm família, a responsabilidade deve ser da comunidade.

de. Quando digo comunidade, eu me refiro ao poder municipal, estadual ou federal, mas também a obras filantrópicas. Não sou especialista em geriatria mas, como a maioria de nossos pacientes de câncer é de idosos, nas visitas domiciliares sentimos o despreparo do familiar para cuidar do seu doente: no caso, do idoso. Às vezes, o idoso não tem doença nenhuma mas é uma máquina velha, está gasto, uma hora vai morrer como um passarinho: está tomando café e pronto, parou o relóginho dele. Às vezes é surdo, tem problemas de deambulação, psicomotores, de isolamento, por já não ouvir muito e por ser de uma geração muito antiga. As conversas à mesa passam por cima dele: vovô não está ouvindo mais, não fala mais, está mudo. Levá-lo ao médico? Não, ele deve ser absorvido na vida familiar. Eu acho que não há, no mercado, um número suficiente de profissionais para esse trabalho. Às vezes são dois idosos que moram sozinhos, é difícil um cuidar do outro. Por isso tive a idéia de fazer um projeto-piloto de formação de babás de idosos. Ora, se os casais jovens casam, têm filho e pegam uma pessoa qualquer, despreparada, para cuidar de um recém-nascido ou de criança de poucos meses, eles são irresponsáveis. O meu pensamento seria preparar um curso de qualificação que ensinasse, primeiro, o que não deve ser feito com o idoso, que é tão importante como o que deve ser feito, os cuidados básicos de alimentação, de vestuário, de banho e de tomada dos remédios de acordo com as prescrições deixadas pelo médico ou pelo geriatra. Mas não separar o idoso do convívio familiar. Tenho a impressão de que essa catego-

ria profissional enfrentaria uma certa resistência, acredito que contornável, por parte do COREN, Conselho de Enfermagem. Essas pessoas não serão enfermeiras, vão fazer coisas simples e serão remuneradas por isso, mas não com salário de enfermeira ou de auxiliar de enfermagem porque a classe média não agüenta pagar tudo isso. É um problema, mas como todo problema tem uma solução, cabe à gente tentar. Jogar essa carga só em cima do governo não dá certo: sabemos que em qualquer país do mundo isso acaba degenerando. Não temos uma cultura solidária assim tão apurada como tem a Inglaterra e os países escandinavos.

REVISTA – *Basicamente, o que um cuidador de idosos deve saber? Quais devem ser os conteúdos de um curso com essa finalidade?*

MARCO TULLIO – Deve saber interagir com o paciente, dentro das possibilidades da cognição deste. Não transformá-lo num móvel velho encostado num quarto da casa, mas tratá-lo como alguém que ainda tem uma memória boa. Ele tem que integrar o idoso.

REVISTA – *E o estresse do cuidador? Muitas pessoas ficam desgastadas...*

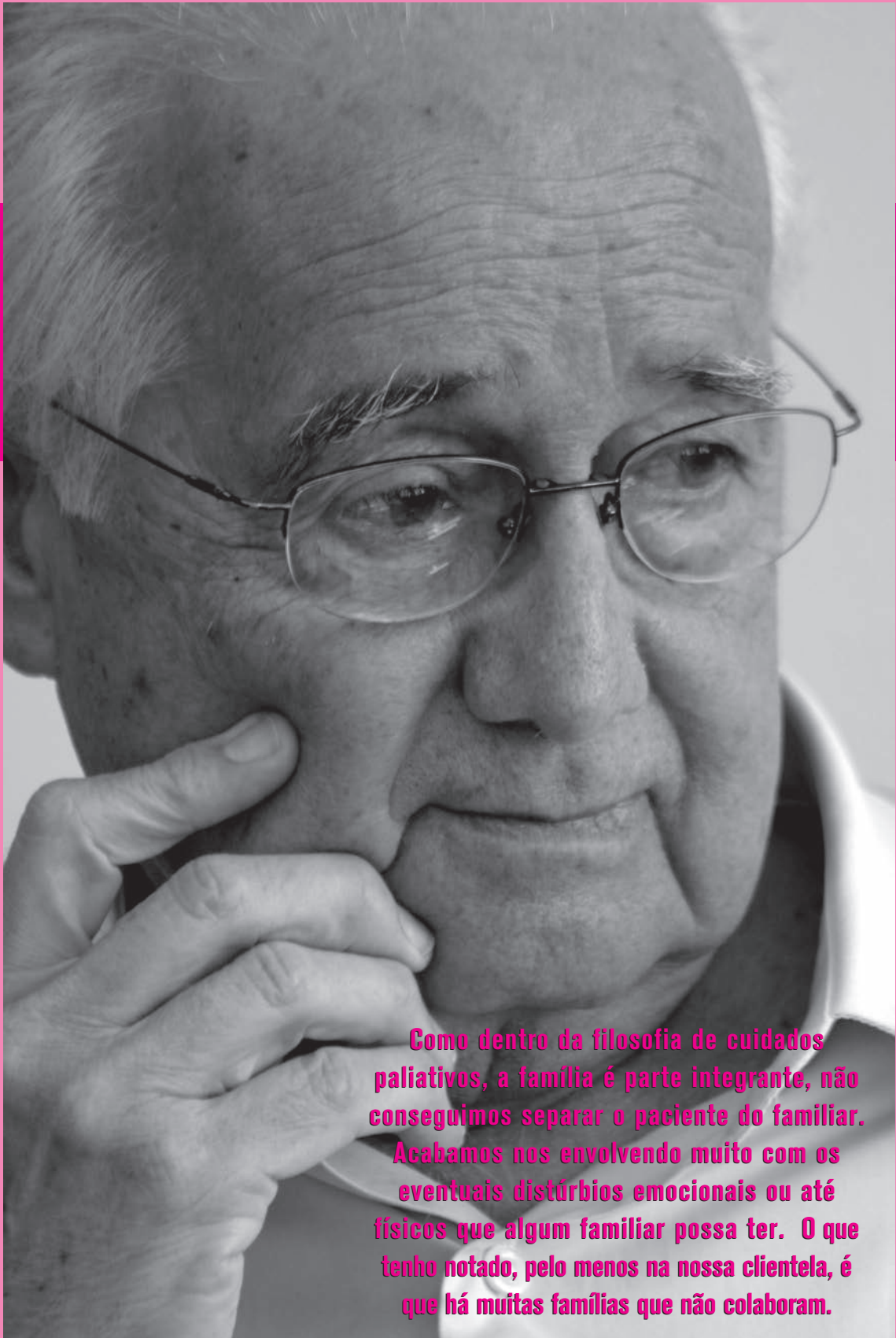
MARCO TULLIO – O estresse é caracterizado pelo desinteresse com os cuidados paliativos: o cuidador não presta mais atenção nas funções dele, começa a se desligar. Como dentro da filosofia de cuidados paliativos, a família é parte integrante, não conseguimos separar o paciente do familiar. Acabamos nos envolvendo muito com os eventuais distúrbios emocionais ou até

físicos que algum familiar possa ter. O que tenho notado, pelo menos na nossa clientela, é que há muitas famílias que não colaboram. Ao contrário, até atrapalham. A família é um problema. Se pudéssemos separá-la, o paciente iria bem. Por exemplo, no nosso grupo tem um psiquiatra, o Dr. João Paulo Solano, que sempre gostou de estudar o luto. Ele já tem um ambulatório de luto há três anos, onde atende os familiares que estão em fase do que ele chama de luto antecipatório, ou seja, o paciente ainda está vivo mas a perda já está realizada. Eles fazem reuniões e ele dá esse apoio. Há também atendimento para os lutos já efetuados, quando o paciente já faleceu. O resultado tem sido muito bom, são reuniões de apoio psicoterápico. Alguém que está mais depressivo é medicado também. É a complementação do nosso trabalho. A gente diz: “Vocês têm os nossos telefones, se acontecer alguma coisa, nos chamem, vocês ainda são parte do nosso trabalho.” Outro dia, o filho de um paciente que morreu há dois anos, e que o Dr. João Paulo atendeu, me telefonou dizendo que a mãe tinha falecido naquela noite e perguntou o que fazer. Então, eu disse para pegar os documentos de identidade e levar à delegacia para registrar o boletim de óbito em casa. Expliquei que a delegacia mandaria um carro para pegar o corpo da mãe e levar para a Faculdade de Medicina de São Paulo, para o Serviço de Verificação de Óbito, que tem plantão 24 horas com cinco patologistas, um serviço limpo. Se quiser cremar, o atestado de óbito tem que ser assinado por dois médicos. Se precisar formolizar, porque vai

ser enterrado depois de 24 horas, lá eles fazem isso. Tudo isso sem cobrar um tostão. Se for ser enterrado no estrangeiro, tem que ter caixão de zinco lacrado. Se a pessoa for estrangeira, tem que ter a presença do cônsul. É complicado. Embalsamamento é um processo mais demorado, mas também não é cobrado nada. O atestado de livre trânsito é emitido de graça para viajar de trem, de avião, de navio. Eu disse a ele: “Se tiver algum problema, me telefone, eu converso com o funcionário encarregado, com o diretor, essa coisa toda...”

REVISTA – *Sobre a questão da dor, uma recente matéria divulgada pela imprensa informa que a falta de informação e o preconceito fazem com que o Brasil não trate a dor tão bem quanto deveria. Menciona também a pouca utilização da morfina em nosso país, em comparação com outros países. E acrescenta que só existe sofrimento demais porque existe medicina paliativa de menos. Que medidas deveriam ser implementadas para mudar esse quadro?*

MARCO TULLIO – Voltamos à velha questão: educação. A maioria dos países dificulta muito o uso de morfina por uma questão de ignorância legislativa. Estou falando em medicina ocidental. O preconceito existe porque os médicos não aprendem que existe uma droga tão fantástica que era rotulada de “a droga de Deus”, ou seja, a morfina. Até 1996, os livros de farmacologia só falavam dos efeitos danosos da morfina, que levavam até ao coma. Só que isso se passava em macacos de laboratório porque não se usava no ser humano. Qualquer remédio tomado em excesso



Como dentro da filosofia de cuidados paliativos, a família é parte integrante, não conseguimos separar o paciente do familiar. Acabamos nos envolvendo muito com os eventuais distúrbios emocionais ou até físicos que algum familiar possa ter. O que tenho notado, pelo menos na nossa clientela, é que há muitas famílias que não colaboram.

mata, até uma simples aspirina. Sobre a morfina não se ensina nada. Li um livro publicado em 1995, chamado *Terapêutica Clínica no Idoso*, porque pensei “já estou idoso, deixa ver o que posso tomar e o que não posso”. O capítulo de analgésicos é fantástico mas, quando entra em morfina, diz apenas que a morfina só pode ser usada em casos especiais. Só que não diz quais casos especiais! E dali em diante só fala de tudo o que ela, levada ao excesso, causa de mal, inclusive a morte do animal de experimentação. Isso apavora, nenhum médico vai receitar. A partir de 1997, os livros conhecidos de farmacologia, internacionais e nacionais, dizem: os médicos de cuidados paliativos usam livremente a morfina, sem restrição de dose, e os resultados são esses, esses e esses. Nós começamos a desmistificar o assunto, mas ainda estamos longe. Por falta de pressão dos médicos, os poderes legislativos restringem a morfina. Nos países onde a morfina passou a ser progressivamente mais usada e, portanto, mais solicitada, havendo maior número de receitas corretas, a legislação foi abrandada. Foi assim na Inglaterra, na Dinamarca. A Dinamarca é a campeã de uso de morfina por habitante. Aqui tudo é difícil. A ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, só permite a venda de opióides em algumas poucas farmácias. As próprias farmácias não querem tê-los, com medo de serem assaltadas. Há a noção, errônea, de que a morfina leva à drogadição. Mentira. Ela não leva à dependência psicológica, leva à tolerância, ou seja, começo a dar uma dose pequena, a dor continua, aí vou aumentando porque a tolerância vai aumen-

tando. Mas isso não é ensinado nas escolas. Esse é o grande erro. É tudo preconceito, fruto da ignorância.

REVISTA – *O esclarecimento deveria vir da própria classe médica.*

MARCO TULLIO – Mas não vem. Uma das maiores autoridades em drogas entorpecentes e psicofarmacológicas do mundo, que é membro integrante da Comissão Internacional de Controle de Entorpecentes, o órgão oficial da Organização Mundial da Saúde, foi um dos primeiros convidados a dar aula nos nossos cursos. Eu uma vez lhe perguntei: “Quantas horas você tem na graduação da Escola Paulista de Medicina para falar sobre esse assunto?”. Ele disse: “Eu tenho uma hora para falar sobre entorpecentes e psicofármacos.” Falei: “Então você não ensina nada.” E ele disse: “Claro que não ensino, não posso.” É isso aí. Se o médico precisar receitar morfina, nas farmácias autorizadas no Estado de São Paulo, que são muito poucas, só encontrará morfina em comprimidos. Se ele precisar de ampola, é proibido vender ampola, ampola só no hospital.

REVISTA – *A eficácia do comprimido é menor?*

MARCO TULLIO – É menor porque o tempo de absorção por via digestiva é mais prolongado. A ampola você dá na veia ou subcutânea. Eu mesmo fui à Vigilância Sanitária, em São Paulo, saber qual portaria diz que as farmácias autorizadas não podem vender ampolas. Estabeleceu-se uma confusão entre os funcionários. Ninguém sabia. Não existe, na minha opinião, foi uma medida arbitrária de alguém.

REVISTA – *E do ponto de vista técnico, a morfina funciona? É o que há de melhor em termos de alívio da dor, inclusive da dor do câncer?*

MARCO TULLIO – O estudo da dor é um estudo complicado. Há vários tipos de dor: a dor física, a dor emocional, a dor num ambiente hospitalar e tudo o mais. Mas a morfina só vai aliviar a dor física e, mesmo assim, a que chamamos de dor somática, que acontece nas partes moles, ossos e órgãos. Se compromete o nervo, temos a dor neuropática, que precisa de outros medicamentos. Há também as dores mistas e as dores viscerais, que geralmente são cólicas. Mas a medicina dispõe de medicamentos para todos esses tipos de dores.

REVISTA – *Na sua opinião, quando se fala em morte digna, está se falando em morte sem dor? Há movimentos sociais, principalmente na Europa, em prol de um maior acesso a remédios que aliviam a dor.*

MARCO TULLIO – Eu acho que o termo “dor” está generalizado. Quando se fala em dor, a gente pensa em medicamento analgésico. Para nós, a dor é global. Eu gostaria de ouvir falar em sofrimento. Na dignidade da morte está em questão o sofrimento, porque envolve dor, depressão, ansiedade, perda de significado da vida, sofrimento espiritual, sofrimento social. Por isso temos uma equipe multiprofissional e a visita domiciliar é o mais importante: vemos o ser humano no local onde ele passa o maior número de horas. No ambiente dele, temos um maior número de informações. Por exemplo, ele gosta daquele gatinho, leva o gatinho para o hospital ou para casa. Se está indo em-

bora, aquilo traz conforto para ele. Ou é um cachorrinho. Cachorro é companhia boa porque nunca protesta. Você pode até xingar que ele sempre abana o rabo. São pequenas coisas que a medicina esqueceu. Na realidade, a raiz do problema é ignorância e preconceito.

REVISTA – *Como o senhor tem vivido o seu próprio envelhecimento e como tem refletido e pensado em função de tanta experiência profissional e pessoal com o envelhecimento, com a morte, com a fragilização, com a doença? Depois de tantos anos com toda essa experiência acumulada, como é que o senhor está lidando com a sua própria finitude?*

MARCO TULLIO – Na verdade, estou tranquilo. No momento, estou preocupado com a minha debilidade física. Com a velhice, eu aumentei de peso, mas perdi massa muscular. Antigamente, quando a gente morava em casa, eram 23 degraus do térreo para o andar superior. Quando chegava ao penúltimo degrau, eu caía. Naquele ritmo de subir a perna, eu ia me cansando e já não elevava o pé na altura do degrau: o pé esbarrava e eu “pranchava”. Comecei a perceber que tropeçava muito, principalmente nas calçadas, e que objetos mais pesados me escapavam da mão. Para carregar uma criança de um ano no colo, eu tinha que me amparar. A massa física acabou. Eu sou um indivíduo absolutamente sedentário e me rejubilei quando li no jornal que cientistas ingleses tinham determinado que o sedentarismo é genético. Minha mãe morreu com 98 anos e não sabia nem qual era o caminho da cozinha. Eu tenho essa desculpa. Só que atualmente isso está me prejudicando: começo a

caminhar um pouquinho e me canso. Mas já fiz um exame e vou passar por testes de avaliação na fisioterapia. Espero fazer uns seis meses de um programa especial, orientado por médicos especialistas em medicina esportiva para me recondicionar. Já fui a essa academia, tem uma porção de senhoras e senhores, encontrei um velho amigo do Hospital do Câncer, velhinho. Estamos aí. Agora, a cabeça, é esquecimento a toda hora. Já estou com oitenta anos.

REVISTA – *Recentemente, o senhor viveu a perda da sua esposa. Como foi essa experiência para uma pessoa acostumada a conviver com o falecimento de outras pessoas?*

MARCO TULLIO– Minha esposa não gostava de falar sobre morte e não apreciava esse meu trabalho. Em casa, eu estava proibido de falar em morte. Mas, infelizmente, ela passou a apresentar uma manifestação tardia de um tumor intracraniano que os neurologistas, pelas características radiológicas e clínicas, acharam que era um tumor benigno que estava ali há dez ou vinte anos, crescendo lentamente. Ela perdeu o olfato e começaram uma série de manifestações: desequilíbrio, quedas, esquecimento, de vez em quando algumas alucinações visuais. Mas rapidamente voltava. Depois incontinência urinária incontornável. Emagreceu muito, ficava horas parada olhando para o teto. Isso me atingiu muito, fiquei com medo que ela estivesse entrando numa demência senil. Ela faria 75 anos dez dias depois do falecimento. Eu a levei a um amigo, um geriatra muito competente, que a examinou, fez uma série de testes. Ela desenvolveu muita empatia com esse médico. Ele lhe disse: “Olha, dona Marle-

ne, agora temos que examinar dentro da sua cabeça. Pode ser algum problema central e vamos saber se é ou não extirpável, se é corrigível cirurgicamente.” Ela disse: “Atualmente, a qualidade de minha vida está péssima. E se eu não fizer nada?” Ele disse: “Vai piorar.” E ela: “Pode operar, faça o exame, o que for necessário.” De fato, o neurocirurgião conversou conosco uma hora e meia: ela tinha que fazer duas intervenções. Uma, que foi feita num sábado, foi uma arteriografia do tumor. Havia a suspeita de que o tumor era muito vascularizado. Então, precisava saber qual era a artéria nutriente desse tumor e realizar a embolização dessa artéria, causar um infarto no tumor para depois aspirá-lo o máximo possível. Ela já tinha perdido totalmente o olfato e a tomografia mostrou que o tumor estava crescendo em cima da placa olfatória, debaixo dos lóbulos frontais, empurrando. Os lóbulos frontais já não tinham as circunvoluções e é dali que vêm as reações emocionais e tudo o mais. Mas identificaram a artéria que nutria o tumor e, para infelicidade dela, era a mesma artéria que nutria o nervo ótico. Ela ficaria cega na sala de cirurgia. Então o médico voltou a conversar conosco: “Vamos ter que fazer a cirurgia, a recuperação é demorada, pode sangrar muito.” Três dias depois, ela foi para a mesa cirúrgica, entrou às duas da tarde e saiu às duas da manhã, 12 horas. O tumor deu uma hemorragia tremenda e ela desenvolveu um risco típico de pessoas que tomam muito sangue, como ela tomou: punha sangue de um lado e saía do outro. O pulmão teve uma reação semelhante à rejeição de órgãos, ficou inundado de sangue. Foi quando ela teve pa-

rada respiratória. Mas estava muito calma. Vieram os filhos, os netos todos, o nosso neto mais velho, que mora já há três anos em Cingapura, telefonou de lá, na véspera. Ela estava entrando no chuveiro, embrulhada na toalha, com a enfermeira, mas ficou uma hora com ele ao telefone. Foi uma morte tranqüila. Eu não falei nada, ela tinha autonomia, correu o risco. Ela sabia. Uma irmã dela, que está passando uns dias comigo, me disse: “Engraçado, a Marlene sempre teve pavor da morte e, entretanto, estava numa tranqüilidade só.” Ela escolheu. É o que eu digo: nunca podemos antever a reação das pessoas: não posso achar o que ele acha, não posso sentir a dor dele, como ele também não pode sentir a minha. Se dou um diagnóstico de uma moléstia fatal, os filhos dizem: “Não, não diga a verdade porque papai vai se suicidar.” Mas você não é ele. Eu vejo pela minha senhora, que tinha pavor de morte. Mas enfrentou porque a qualidade de vida dela é o que a estava matando. Ela reagiu. Quando todo mundo achava que ia entrar em depressão, em parafuso, ela não entrou. Foram 56 anos de convívio...

REVISTA – *O senhor acha que certas pessoas muito longevas, em determinado momento, mesmo não estando doentes ou sofrendo, chegam a desejar morrer?*

MARCO TULLIO – Minha mãe faleceu com 98 anos. Nessa época, mamãe já não queria mais viver. Ela enterrou o marido, enterrou uma filha, enterrou um filho, enterrou 11 irmãos, enterrou todas as amigas. Não tinha mais ninguém, a não ser a empregada. E morava sozinha, não queria morar com ninguém. Estava cansada, os dentes, por qualquer

pãozinho um pouquinho mais duro, quebravam. Já estava com muita osteoporose, colocá-la no carro para ir ao dentista era um sacrifício. Estava morando em Uberlândia num apartamentinho junto com uma neta, que montou o apartamentinho e deixou uma empregada antiga lá, cuidando dela. Um dia, a neta ligou: “Vovó teve febre.” Telefonei para o geriatra e ele disse: “Dona Efigênia teve uma febre e desidratou, teve uma pequena infecção pulmonar, acho que vou interná-la.” “Não interna minha mãe, trata em casa. Não dá antibiótico, com 98 anos ela não vai reagir, deixa ela assim. A vida dela está acabando, deixa ela em paz.” Ele não deve ter gostado. Mas, no dia seguinte, ela disse à empregada: “Estou com frio, me abraça.” A empregada abraçou e *piiiii*, acabou a cordinha dela. Vai pôr em UTI? Ela sobreviveu de câncer de rim aos 80 anos. Fui eu que diagnostiquei esse câncer. Ela morava no Rio e me disse: “Meu filho, hoje eu sentei no vaso e urinei sangue.” Eu falei: “Vem pra cá.” Eu sempre penso em câncer em primeiro lugar. Já no caso da minha esposa eu não pensei. Diagnostiquei o câncer de pulmão do meu pai, diagnostiquei a leucemia de uma irmã e diagnostiquei meu próprio câncer de próstata. O da minha mãe era um câncer de rim enorme. Ela foi operada, tirou o rim, tirou a supra-renal, já tinha embolização renal aos 80 anos. Aos 91, um câncer de mama que ulcerou o bico do seio. Eu fui para o Rio: “Tira só o câncer, não faça mais nada, é tecido muito frágil, se tirar mais não vai fechar, não vai cicatrizar.” Nos dois cânceres violentos, ela não teve nada.

REVISTA – *E sobreviveu mais seis anos?*

MARCO TULLIO – Sobreviveu mais seis anos. Então, acho que precisamos desmistificar um pouquinho a palavra morte com dor. O médico entende do físico, 50% dos pacientes de câncer morrem com dor, ou sem dor mas com sofrimento. Sofrimento até pelo abandono da família. Isso é o que o cuidado paliativo evita. Outros morrem na cirurgia e sem esse sofrimento.

REVISTA – *Nesse contexto, professor, como é que fica a questão da UTI, como ela deve ser entendida, vista e enquadrada?*

MARCO TULLIO – A UTI tem que ser vista e enquadrada como tudo em medicina. Quando um processo mórbido qualquer tem uma boa indicação, está indicado para esse tipo de terapêutica, ele é bem-sucedido. Quando a indicação não é boa, dá errado. Inclusive o nosso: não podemos fazer cuidado paliativo a três por dois, vai ser exagero. Na nossa equipe, o único elemento pago pelo hospital é o enfermeiro, que é ótimo. Quando ele entra em férias, eu quase mando fechar o ambulatório. Médico sem enfermeiro não faz nada. É como montar num cavalo em pêlo. O Sílvio é formado, está fazendo mestrado agora, trabalhou dez anos na UTI do Hospital São Paulo. E é plantonista três vezes por semana na UTI central do Einstein, plantões de 12 horas. Quando ele chega cansado, eu já sei: deu plantão. Na UTI, temos que combater a seguinte filosofia: *o paciente não pode morrer no meu plantão*. Está morrendo, mas vamos segurar um pouco porque faltam dez minutos para passar para o outro plantão. Passou,

agora ele pode morrer. Essa é a filosofia, escrita inclusive em tese de mestrado. Estou coordenando uma seção de um livro enorme, que vai sair em três volumes, sobre cuidado paliativo. Atualmente, o horrível é o antagonismo que há entre o paliativista e o curativista. Não pode, tem que ser um relacionamento simbiótico. Tanto que nós, paliativistas, estamos começando a ver se os médicos aceitam, principalmente na área de câncer, que a gente trabalhe com eles desde o diagnóstico. O câncer é curável, mas deixa a gente ir dando um apoio psicológico, espiritual, social, físico, se houver necessidade. Assim, daqui a 15 ou 20 anos, quando a moléstia se tornar definitiva, a passagem de um tratamento para outro fica mais fácil. O que acontece hoje em dia? Lá no hospital, os oncologistas chegam à conclusão de que não tem jeito, é metástase para tudo quanto é lado, não querem mais mexer no paciente. Aí mandam para nós sem dizer a ele por que. Ele chega lá achando que temos uma droga nova. Quando vê que não temos droga nenhuma, que temos é muita conversa, que visitamos em casa, que tentamos resolver uma série de problemas globais, ele cai em depressão. “Me enganaram!” Eu pergunto: “O que falaram para você? Por que você veio para cá?” Quando sinto que ele não sabe, tenho que conversar. E tem os que ficam revoltados, xingam a gente.

REVISTA – *Há casos-limite, casos em que é difícil uma decisão de manter a pessoa na UTI ou mandá-la para casa?*

MARCO TULLIO – Depende. Marlene, minha esposa, foi para a UTI e eu fui a última pessoa a conversar com ela.

Quando acordou da anestesia, ainda estava lúcida, conversando. Ficou 30 e poucas horas na UTI. Eles me chamaram lá, eu subi e o colega disse: “Ela teve uma parada cardíaca.” Eu falei: “É a primeira e única, na segunda parada cardíaca, vocês estão proibidos de reanimar. Quase todos saem com deficiência cognitiva, um morto-vivo, eu não quero receber uma esposa morta-viva.” Ela estava toda entubada, inchada, um monstro, coitada. Eu falei: “Se passar três dias na UTI, eu venho aqui e desligo tudo, pode chamar a polícia, eu enfrento todo mundo, vou arrancar tudo.” Essa, infelizmente, é a mentalidade: eles acham que a pessoa não pode morrer. Meu Deus do céu, tem que morrer, chegou a hora, o organismo não dá mais. Falência múltipla de órgãos você não conserta nunca.

REVISTA – *É preciso manter a vida, mas com qualidade, não é?*

MARCO TULLIO – A pessoa que tem uma parada cardíaca e não é ressuscitada antes de dez minutos vira um morto-vivo, pode ficar anos assim. Eu estou cuidando de um jovem que foi atropelado. Ele está com 45 anos agora, é casado e está comigo desde agosto de 2003. Está acordado, ri, você tem a impressão que entende, mas não entende nada. Mas esse tem uma família fantástica. A mulher do rapaz mostra como ele está bonitinho, como está barbeadinho, cheirosinho, arrumadinho. O hospital deu alta da UTI porque precisava do leito, não tinha mais nada a fazer: “Vai lá que o Dr. Marco Tullio resolve.” Veio a senhora, conversamos e eu disse: “Vamos fazer o seguinte: como a senhora mora pertinho e não vamos depender de agendamento de

carro para ir até lá, a psicóloga mora perto, o enfermeiro mora perto, vou ajudá-la porque também quero aprender. O relacionamento que você está tendo com seu marido é que vai nos ensinar o caminho. Vamos aprender.” Fomos lá com essa filosofia. Na última vez que eu o visitei, a sonda nasogástrica já estava entupindo e ele precisava fazer uma gastrostomia. Levou quatro dias para o hospital ter vaga. Ele foi para o hospital para ser operado no mesmo dia, mas foi operado sete dias depois porque sempre tinha um doente de emergência.

REVISTA – *Ele ficou com uma vida vegetativa?*

MARCO TULLIO – Vegetativa, mas a família quer... Já pedi ao neurologista para fazer avaliação do rebaixamento de consciência.

REVISTA – *Isso muda toda a organização da família?*

MARCO TULLIO – A família é a esposa e duas filhas, uma solteira e outra casada, que moram nas proximidades. Elas se revezam, tomam conta. Quando ele chegou para operar, eu fui ver: “Olha, dona Magnólia, seu marido está tão gordinho que daqui a pouco vou mandar fazer cirurgia de redução de estômago.” Está bonito, corado. Chegou para nós cheio de feridas, com úlcera de pressão, a enfermeira foi lá diariamente, hoje está limpinho. Depois disso, tive mais dois casos. O rapaz saiu para ir numa dessas baladas, foi agredido, espancado com porretadas, ficou em coma. Coitada da mãe dele. O pronto-socorro passou para nós, a mãe revoltada. “Quando a senhora receber seu filho em casa, eu vou lá.” E contei o

caso da Dona Magnólia: “Tenho certeza de que ela vai querer conversar com você e ensinar uma porção de macetes, como dar banho, como engrossar a comida.” A mulher tem prazer nisso. Ele está bem cuidado? Está. Não está ligado a aparelho nenhum. No dia em que Deus quiser...

REVISTA – *Pode ter uma parada cardíaca a qualquer momento...*

MARCO TULLIO – Sim, pode. Um outro caso recente foi o de um senhor que, jovem ainda, em 1986, desenvolveu um tumor maligno no cérebro. Morreu agora, há menos de um mês. Fez radioterapia, fez várias intervenções no cérebro, desenvolveu reação alérgica quimioterápica. Fumando, incendiou o pijama e teve uma bruta queimadura. Nós fomos ao hospital e o levamos para casa. Era uma família muito diferenciada, uma filha casada morando em Nova York, outra aqui. Volta e meia, ele tinha uma crise e a coitada da filha disparava para cá. Eu falei à senhora dele: “Olha, vamos fazer o seguinte: se a senhora quiser chamar sua filha, chame. Mas acho que ela pode ficar lá. Só chame no dia em que ele falecer.” A gente não sabe. No fim, a senhora se convenceu de que não podia fazer nada. Tinha duas auxiliares e começou a se desligar. A se desligar no seguinte sentido: começou a procurar atividades, sentindo que estava amparada por uma equipe.

REVISTA – *O poder aquisitivo também pesa na decisão de manter ou não uma pessoa em estado vegetativo porque isso tem um custo.*

MARCO TULLIO – Ah, sim. A decisão tem que ser da família. Se o paciente não tem

consciência, a decisão é da família. Olha, tem um caso fantástico de coma, que gerou até jurisprudência na justiça americana. Em 1976, a paciente entrou em coma, ficou no hospital e, um ano depois, a família mandou desligar tudo. Ela morreu dez anos depois, sem ligação nenhuma. Era uma moça dos seus 70 quilos e, quando morreu, pesava 25. Foi feita uma autópsia e descobriram que o córtex cerebral não existia mais. Não era um ser humano, era um animal que estava vivendo descerebrado. O núcleo da base estava intacto, o comando automático continuou funcionando, mas o ser humano acabou, não tinha mais cérebro. É difícil essa decisão.

REVISTA – *E essa questão da eutanásia?*

MARCO TULLIO – Eutanásia. Esse foi o único compromisso que eu não desmarquei nos dias que antecederam a morte da minha esposa. Ela estava na UTI e eu tinha que comparecer a uma mesa redonda no 11º Simpósio Internacional do Instituto Brasileiro de Ciências Criminalísticas. Só tinha advogado criminalista. E o jovem advogado que indicou meu nome, e eu aceitei, me disse: “Dr. Marco, se o senhor disser que desconecta soro de paciente seu que é terminal, vai ser acusado de omissão de socorro. Isso é crime.” “Não tem importância”, eu disse. Fui. A Marlene estava na UTI e eu me apresentei lá no anfiteatro, 200 e tantas pessoas, advogados e estudantes. Quem dirigia a mesa era o Prof. José Carlos Dias, criminalista que foi ministro da Justiça do FHC. Eu avisei: “Se meu telefone celular tocar, interrompo a palavra e saio sem despedir de ninguém, vou para a UTI.” Mas não tinha chegado a hora dela ainda e eu fi-

quei. Não sei por que me convidaram. Falar sobre eutanásia? “Vamos analisar a palavra, é grega: eu = boa; tanatos = morte. Bem, eu quero ter uma eutanásia, eu quero ter uma boa morte. Algum de vocês não quer ter uma boa morte?” A platéia ficou assim... “Só que essa palavra está sendo mal usada, está injuriada, não se trata de assassinato, ela está sendo mal empregada.” Aí eu mostrei os princípios do cuidado paliativo, o tratamento, como considerar o sofrimento global do ser humano. Portanto, o médico sozinho não tem competência para isso, tem que ser um trabalho de equipe. Para nós, paliativistas, eutanásia é um pedido de socorro que não é atendido, é um homem que está se afogando, você está na margem do rio, ele pede socorro e você não entra na água. Ninguém quer morrer se eu resolvo seus problemas espirituais, físicos, psicológicos ou sociais. Tanto isso é verdade que tem o falso suicida: ele se corta, deixa sair sangue, mas não cortou fundo para pegar uma artéria importante. Ou aquele que você vê dormindo e roncando ao lado de um vidro vazio. Vazio, não. O vidro de barbitúricos tem 50 comprimidos, ele tirou só quatro ou cinco e deixou o resto. Na maioria dos casos de um indivíduo que realmente quer cometer suicídio, você nem sabe que ele tem uma perturbação psicótica. Eu tive um amigo, um engenheiro, em ótima situação, duas filhas, uma casada, outra solteira e um netinho. Ficamos amigos num clube social-esportivo e ele era um pacificador: quando tinha qualquer discussão no Conselho, ele trazia a paz. Um dia, esse homem subiu no edifício do Unibanco, foi primeiro ao banco, movimentou seus investimentos, passou tudo para o nome do neto de cinco anos, su-

biu para o último andar, entrou no toalete, pôs a pasta ali, prendeu um bilhete no anel, “esse corpo pertence a fulano de tal”, e pulou de lá de cima, se estatelou. A situação da firma dele era boa, a familiar ótima, não tinha motivo. Mas já tinha uma ideação suicida: esse você não impede. Se alguém quer se suicidar, tenho a seguinte opinião: se quer pular, pula, a vida é sua. Se eu tiro de lá, ele pula no dia seguinte. O outro toma soda cáustica, passa dois anos no hospital, você dá alta, ele toma de novo. Não adianta. Foi tudo isso que eu expliquei nesse Simpósio. Se uma pessoa me pede para morrer, “doutor, me salva, eu não agüento mais”, vamos procurar saber o que está acontecendo e temos 90% de chance de conseguir controlar a situação. Quando não conseguimos controlar, podemos pôr a pessoa dormindo intermitente, acorda para comer, até o dia chegar. Inclusive, para não dizer que estou contando lorota, tem um trabalho de revisão europeu, publicado em 1993, onde foram examinados os prontuários de 27.500 pessoas que morreram em cuidados paliativos. Houve apenas cinco casos de suicídio e todos com antecedentes de psicose, e dois viciados em drogas pesadas, que também já estavam perdidos.

REVISTA – *Os outros todos foram...*

MARCO TULLIO – Em casa ou no hospital, até o fim, com tudo controlado.

REVISTA – *Professor, obrigado pela sua entrevista. Foi muito boa, uma aula de vida.*

MARCO TULLIO – Eu sou um contador de mentiras. Não acreditem em tudo, não. (risos)

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS NA REVISTA A TERCEIRA IDADE

A revista A TERCEIRA IDADE é uma publicação interdisciplinar, editada desde 1988 pelo SESC – São Paulo, quadrimestral, e dirigida aos profissionais que trabalham com idosos. Tem como objetivo estimular a reflexão e a produção intelectual sobre Gerontologia e seu propósito é publicar trabalhos técnicos e científicos nessa área, abordando aspectos da velhice (físico, psíquico, social, cultural, econômico, etc.) e do processo de envelhecimento.

NORMAS GERAIS

Os textos podem ser dos seguintes tipos: reflexões teóricas, revisões, relatos de pesquisa, estudos de casos, traduções autorizadas pelos autores.

Os textos devem conter entre 15.000 e 25.000 caracteres do word.

Os textos não precisam ser inéditos, basta que se enquadrem nas normas para publicação, que serão apresentadas a seguir.

Os conceitos emitidos no texto são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo, obrigatoriamente, a opinião do Conselho Editorial da Revista.

APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos deverão ser apresentados na forma de arquivo em formato Word for Windows e enviados para o e-mail ferrigno@sescsp.org.br, juntamente com o(s) nome(s) do autor(es), endereço completo, e-mail, telefone para contato, indicação da instituição principal à qual o(s) autor(es) se vincula, e cargo ou função que nela exerce. Se entregue pessoalmente ou pelo correio convencional, enviar para o SESC- Gerência de Estudos e Programas da Terceira Idade - GETI- A/C Revista A Terceira Idade, incluindo uma via impressa, além do arquivo em disquete.

Os originais serão apreciados pelo Conselho Editorial da Revista, que opinará sobre a conveniência de sua publicação. No caso de aceitação, o(s) autor(es) receberá uma notificação por e-mail e terá direito a receber 03 (três) exemplares do número em que seu artigo for publicado.

Os direitos de reprodução (copyright) dos trabalhos aceitos serão de propriedade do SESC, podendo ser publicados novamente em outra pu-

blicação técnica. O autor também autoriza disponibilização no site: www.sescsp.org.br

Fica entendido que os trabalhos aceitos serão submetidos à revisão editorial e qualquer modificação substancial será submetida ao autor.

COMPOSIÇÃO DOS ARTIGOS

O autor deverá adotar as seguintes normas na elaboração dos artigos:

a) **Resumo:** Deve apresentar de forma concisa o objetivo do trabalho, os dados fundamentais da metodologia utilizada, os principais resultados e conclusões obtidas e conter aproximadamente 200 palavras. Deve vir acompanhado por até cinco palavras que identifiquem o conteúdo do trabalho (palavras-chave)

b) **Abstract:** O resumo em inglês também não deve exceder a 200 palavras. Deve vir acompanhado por até cinco palavras que identifiquem o conteúdo do trabalho (keywords)

c) No artigo devem constar as seguintes partes: Introdução, Desenvolvimento e Conclusão ou Considerações Finais.

d) As referências bibliográficas, notas de rodapé e citações no texto deverão seguir as normas da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas.

e) Toda e qualquer citação no texto, seja formal (transcrição), seja conceptual (paráfrase) deve ter obrigatoriamente identificação completa da fonte. Esta identificação aparecerá sob a forma de referência bibliográfica e deve ser colocada no texto (sobrenome do autor, ano e página de onde foi extraída a citação).

f) As notas sejam de referência, sejam explicativas, devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos na ordem em que surgem no texto e podem aparecer em notas de rodapé ou no final do artigo.

g) **Ilustrações:** As ilustrações (gráficos, fotografias, gravuras, etc) devem ser utilizadas quando forem importantes para o entendimento do texto. Pede-se que fotos, mapas, gráficos ou tabelas tenham boa resolução visual, de forma que permitam a qualidade da reprodução. As ilustrações deveram ser numeradas no texto e trazer abaixo um título ou legenda, com indicação da fonte/autor.

OBSERVAÇÕES: Os textos que não estiverem de acordo com estas normas serão devolvidos para que sejam feitas as devidas alterações.

O SESC – Serviço Social do Comércio é uma instituição de caráter privado, de âmbito nacional, criada em 1946 por iniciativa do empresariado do comércio e serviços, que a mantém e administra. Sua finalidade é a promoção do bem-estar social, a melhoria da qualidade de vida e o desenvolvimento cultural do trabalhador no comércio e serviços e de seus dependentes – seu público prioritário – bem como da comunidade em geral.

O SESC de São Paulo coloca à disposição de seu público atividades e serviços em diversas áreas: cultura, lazer, esportes e práticas físicas, turismo social e férias, desenvolvimento infantil, educação ambiental, terceira idade, alimentação, saúde e odontologia. Os programas que realiza em cada um desses setores têm características eminentemente educativas.

Para desenvolvê-los, o SESC SP conta com uma rede de 30 unidades, disseminadas pela Capital, Grande São Paulo, Litoral e Interior do Estado. São centros culturais e desportivos, centros campestres, centro de férias e centros especializados em odontologia, turismo social e cinema.

Conselho Regional do SESC de São Paulo 2004-2010

Presidente: Abram Szajman

Efetivos: Antonio Carlos Lima, Cícero Bueno Brandão Júnior, Eduardo Vampré do Nascimento, Eládio Arroyo Martins, Heiguiberto Guiba Della Bella Navarro, Ivo Dall'acqua Júnior, José Maria de Faria, José Maria Saes Rosa, José Santino de Lira Filho, Luciano Figliolia, Manuel Henrique Farias Ramos, Orlando Rodrigues, Paulo Fernandes Lucânia, Valdir Aparecido dos Santos, Wallace Garroux Sampaio

Suplentes: Amadeu Castanheira, Ariovaldo Maniezo, Arnaldo José Pieralini, Benedito Toso de Arruda, Carlos Alberto D'ambrósio, Dan Guinsburg, Jair Toledo, João Herrera Martins, Jorge Sarhan Salomão, Mariza Medeiros Scaranci, Mauro José Correia, Paulo João de Oliveira Alonso, Paulo Roberto Gullo, Rafik Hussein Saab

Representantes do Conselho Regional Junto ao Conselho Nacional

Efetivos: Abram Szajman / Euclides Carli / Raul Cocito

Suplentes: Aldo Minchillo / Costábile Matarazzo Junior / Ozias Bueno

Diretor Regional: Danilo Santos de Miranda

SESCSP
SÃO PAULO - BRASIL
www.sescsp.org.br

ISSN 1676-0336



9 771676 033005 35