



ANO X - Nº 18 - DEZEMBRO DE 1999

TERCEIRA IDADE







5

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA DOR CRÔNICA

Elvira C. Abreu e Mello Wagner



19

O PACIENTE ODONTOGERIÁTRICO

Denise Tiberio Luz



29

A ÉTICA E A PSICOLOGIA DAS RELAÇÕES ENTRE O TRABALHADOR SOCIAL E O CLIENTE IDOSO

José Carlos Ferrigno



39

FUNDAMENTOS PSICOPEDAGÓGICOS PARA A AÇÃO EDUCATIVA EM GERONTOLOGIA SOCIAL

Vilma Maria Barreto Paiva



45

BARREIRAS À INTEGRAÇÃO SOCIAL DO IDOSO

José Ramos Queiroz



59

O PAPEL DA UNIVERSIDADE NO PROCESSO DE REINserÇÃO SOCIAL DO IDOSO

Libia Lima Francioli



69

REPENSANDO A ARTE E O LAZER NA TERCEIRA IDADE

Maria Lígia Marcondes de Camargo

Publicação Técnica editada pelo SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO (SESC), Administração Regional no Estado de São Paulo - Av. Paulista, 119 - 9º andar - CEP 01311-903 - Tel. 3179-3578 São Paulo - SP. Diretor do Departamento Regional do SESC/SP: Danilo Santos de Miranda. Superintendente Técnico-Social: Joel Naimayer Padula, Gerente de Estudos e Programas da Terceira Idade: Marcelo Antonio Salgado. COMISSÃO EDITORIAL: Antonio Arroyo (Organização e Revisão), José Carlos Ferrigno (Organização e Revisão), Maria Lucia Del Grande, Regina Ribeiro (Organização e Revisão), Marcelo Antonio Salgado (Coordenação). PROJETO GRÁFICO: Eron Silva. ARTE: Cristina Miras, Cristina Tobias, Eurípedis Silva, Marliu Donadelli, Lourdes Teixeira. Fotos: Eron Silva e Nilton Silva. Capa: SESC Consolação - Foto Folha Imagem: Jorge Araújo

Artigos para publicação podem ser enviados para apreciação da comissão editorial, no seguinte endereço: Revista Terceira Idade - Gerência de Estudos e Programas da Terceira Idade (GETI) - Av. Paulista, 119 - 9º andar CEP 01311-903 - Fone (011) 3179-3570 - Fax (011) 3179-3573 - e-mail: sescsp@sescsp.com.br - São Paulo - SP



APRESENTAÇÃO

ABRAM SZAJMAN

Presidente do Conselho Regional do SESC de São Paulo

Cumprindo recomendações da ONU relativas ao Ano Internacional do Idoso, foram realizados no Brasil diversos eventos que, de diversas formas, procuraram lembrar as aspirações e as carências dos nossos velhos.

Uma das áreas mais vulneráveis à mudança na estrutura etária da sociedade é, sem dúvida, a da Previdência Social. Recentemente, ouvimos uma preocupante declaração de uma autoridade do Governo Federal de que caso não sejam realizadas de imediato inúmeras reformas, o acúmulo de deficits nas contas do sistema previdenciário, inviabilizará o pagamento de pensões e aposentadorias a milhões de brasileiros, daqui a aproximadamente 5 anos.

A área da Saúde é também nevrálgica. 60% dos leitos hospitalares são ocupados por idosos, que sofrem as penúrias de um atendimento público de baixa qualidade. Para agravar o quadro, não temos investido em uma política preventiva para se evitar ao máximo a

internação hospitalar, que além de onerosa, muitas vezes agrava as condições do enfermo. Maciços investimentos no atendimento ambulatorial e domiciliar são prementes.

O crescimento desordenado das cidades piora a qualidade de vida, principalmente daqueles que fragilizados pela idade apresentam dificuldades de locomoção. Ônibus mais acessíveis e confortáveis e ruas e calçadas devidamente pavimentadas facilitam o exercício do direito de ir e vir do cidadão da Terceira Idade.

O acesso à Educação, à Cultura e ao Lazer é decisivo para uma maior dignidade no cotidiano dos aposentados. Torna-se cada vez mais imperiosa a multiplicação de órgãos e entidades governamentais e privadas que se voltem para essas atividades.

Poderíamos enumerar uma série de necessidades sentidas pelos idosos em sua busca por uma melhor qualidade de vida. Acreditamos que somente o esfor-

ço conjunto de governo e sociedade possa enfrentar desafios de tal magnitude. Todavia, essa luta não pode prescindir da participação dos mais diretamente interessados: os próprios idosos. Aliás, temos testemunhado com satisfação a crescente organização desse segmento etário, em Conselhos Municipais e Estaduais espalhados pelo país.

O SESC de São Paulo, que há 36 anos desenvolve um programação sócio-cultural para esse público, neste Ano Internacional do Idoso, reafirma seu compromisso para com essa importante questão social. Prosseguimos confiantes neste trabalho, esperançosos de que as novas gerações de brasileiros tenham uma velhice produtiva e participativa.

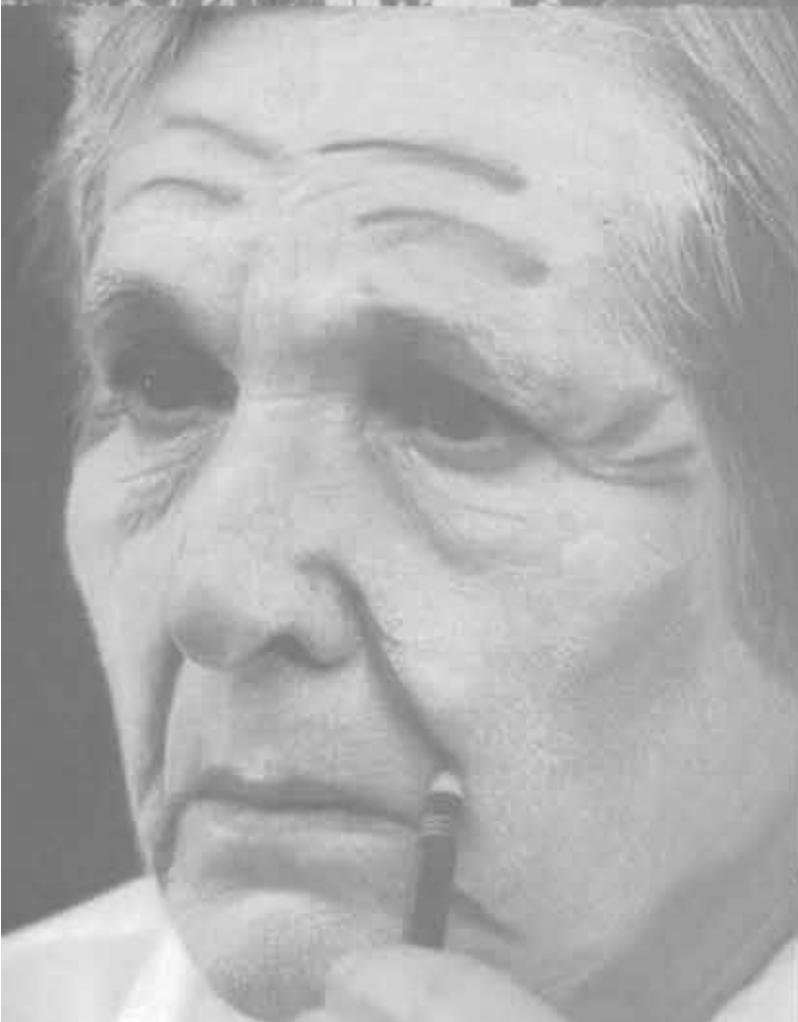


Aspectos Psicológicos da Dor Crônica

ELVIRA C. ABREU E MELLO WAGNER

PSICÓLOGA CLÍNICA.
COORDENADORA DO CURSO DE GERONTOLOGIA SOCIAL
DO INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE/SP.

"A evidência da relação entre desamparo, depressão e doença, entre as funções dos hemisférios cerebrais e o papel relatado da imaginação na cura, podem ser compreendidos como um modelo de interação de ambiente, cérebro, sistema imunológico. Consequentemente o tratamento das afecções, e dentre estas a dor crônica, pode se beneficiar da conjugação integrativa de diversas abordagens que têm com foco a pessoa com sua história, em seu mundo, e contando como suas próprias forças."



O problema da dor, que aflige e em muitos casos impede as pessoas de executar seus trabalhos, afeta milhões de pessoas, alcançando o nível de cerca de 10% da população, sem no entanto merecer a mesma atenção de uma epidemia que atingisse 5% da população. Enxaquecas, dores articulares, lombalgias, nevralgias, dores faciais e dentárias, câncer e outras dores custam à nação quantias enormes, além de seu custo social e do sofrimento físico e psicológico.

Vivemos em um mundo de milagres médicos; mas a dor ainda é tratada, basicamente, com meios desenvolvidos pelas mais antigas civilizações. Pouco ou nada mudou há milhares de anos. Morfina, cocaína, choques elétricos, acupuntura, ervas, terapias que empregam calor, frio, e massagens são conhecidas há pelo menos 5.000 anos. Os métodos modernos de tratamento da dor com bloqueios neuronais e outras técnicas anestésicas têm excelente efeito em dores agudas, mas não têm o mesmo efeito em dores crônicas. Após seis meses a dor é considerada crônica; e o que se tem dito aos pacientes destes casos é: "nada mais pode ser feito; você tem que aprender a conviver com a dor".

Recentemente tem se desenvolvido, a par de tratamentos tradicionais, uma variedade de abordagens que utilizam o enorme potencial de cura da mente. Neste caso estão a hipnose, a sugestão, os relaxamentos, a imaginação conduzida e

o treinamento de feedback.

É importante distinguir a sensação dolorosa (percepção mental de um estímulo desagradável) da experiência da dor (a experiência subjetiva total de sofrimento devido à dor). Além disso é preciso reconhecer que não há, necessariamente, qualquer relacionamento direto entre a sensação e a experiência de dor. Soldados, seriamente feridos em batalha, relataram apenas leve desconforto; pois sabiam que seriam mandados de volta do front enquanto durasse a guerra. Em contraste, dores de membros "fantasmas" frequentemente produzem dores agoniantes, mesmo quando o toco está completamente anestesiado. Se uma dada sensação se torna dolorosa, este fato depende da maneira como ela é interpretada pelo sistema nervoso. Sabe-se hoje que a dor é influenciada pela aprendizagem e por predisposições no início do desenvolvimento daquele ser. Também estão documentadas diferenças sociais, culturais e étnicas na experiência da dor. Certas tribos praticam atos, na iniciação de seus jovens, que são considerados verdadeiras torturas em outras culturas.

Aristóteles foi o primeiro a sugerir que "a dor é uma emoção". O componente emocional da dor está inexoravelmente ligado a outros aspectos da experiência da dor; pois a ansiedade e a agitação, consequências da dor, dizem aos centros mais elevados de cognição que "algo está errado". Se a dor é aguda, é prontamente

identificada e fica mais fácil aplicar a correção adequada. No entanto na dor crônica este "algo errado" é vago, impreciso; e o medo da dor continuada eleva ainda mais o nível de ansiedade. Fisiologicamente há uma aceleração que se manifesta no ritmo cardíaco, na pressão arterial, no suor das mãos e pés, e na tensão muscular. Se a dor é muscular a tensão aumenta mais a sensação de dor e de ansiedade em um círculo vicioso. Esta relação dor/ansiedade é bem conhecida dos clínicos, que sabem que é preciso tratar de ambas. Com o tempo esta hiperatividade se exaure e surgem sintomas e sinais vegetativos, tais como sensações de desamparo, desespero, desesperança, irritabilidade, distúrbios do sono e do apetite, decréscimo da libido, desgaste de relações familiares e de amigos, assim como aumento de queixas de somatizações, instalando-se uma depressão reativa. Essa depressão pode ser aberta ou mascarada, tanto para o paciente como para o profissional. É portanto necessário considerar não só a dor, como também a depressão. Portanto não devemos tratar a dor, mas sim a pessoa que sente dor.

A dor traz essa insistente mensagem: "algo está errado", e com isso alerta o organismo para se defender de uma lesão maior. Ela é portanto um grande e importante auxiliar na sobrevivência do organismo. O sistema nervoso está gerando a experiência da dor com um propósito, por uma razão. Os sintomas são a

maneira que o organismo encontra para dizer qual a ação apropriada a ser tomada. Quando a mensagem é ouvida, usualmente os sintomas desaparecem; pois não são mais necessários. Mas, quando se ataca o sintoma, a mensagem não chega a ser ouvida e vai provocar outros sintomas, ou fazer ressurgir o mesmo. Cada profissional tem a tendência de empregar suas técnicas com exclusividade; porém a abordagem onde entra a colaboração entre os diferentes profissionais e suas técnicas, buscando tratar a pessoa em sua totalidade, seria de fato a mais indicada.

Existe uma linguagem dos órgãos que se expressa bem na linguagem cotidiana. Por exemplo: fulano "é uma dor na nuca" (a pain in the neck); o outro tem "um coração partido"; outro sente "borboletas no estômago; isto ou esta pessoa "me dá engulhos"; "parece que engoli um sapo"; e todos sabem o significado das hemorroidas. A dor alerta para o perigo. Não devemos calar essa voz, mas sim ouvir e acionar o que for necessário para acabar com a situação que a provoca.

Mudanças e transformações são essenciais na vida das pessoas. Há períodos de dissolução nos quais os velhos padrões são destruídos, e novos são formados. Estas fases de transição são dolorosas, mas necessárias para o crescimento, o avanço e o progresso.

A dor crônica pode ter também como componente a necessidade de dependência exacerbada da pessoa em rela-

ção ao médico ou mesmo em relação a uma instituição hospitalar, vivenciada como uma instância maternal de proteção e cuidados, ao mesmo tempo boa, porém temível pela sujeição que impõe.

Na chamada Síndrome de Münchhausen, a pessoa solicita cuidados por todos os meios, inclusive simulação. A admissão ao consultório, e mesmo ao hospital, significa ter conseguido através de uma regressão um local protegido onde não precisam mais "suportar o fardo da existência". É uma "fuga na dor, uma fuga na doença". Obter o status de doente crônico, no qual níveis de consciência e de inconsciência se confundem, significa obter proteção, ausência de responsabilidade, dependência a qualquer preço. É preciso compreender a imensa miséria psíquica que os leva a se submeterem a tratamentos penosos, demorados e até mesmo cirurgias mutilantes. São em geral pessoas profundamente deprimidas, com tendências auto-destrutivas muito acentuadas, que podem levar a equipe de saúde à irritação e mesmo ao desespero, acabando por ceder às solicitações inconscientes e assim contribuir para sua destruição.

Outros casos de pessoas que se queixam de dores crônicas vêm de sua necessidade e busca compulsiva de um objeto de amor. O médico, por características de sua ocupação, fornece sinais de interesse e preocupação por seu bem-estar. Essas pessoas carentes, que revelam um Ego

enfraquecido, interpretam essa solicitude erroneamente como expressão de amor. Pelo fato da profissão do médico gozar de prestígio social, de responsabilidade, coloca-o como um "objeto (na acepção psicanalítica) superior", e portanto altamente desejável. A pessoa projeta no médico seu "objeto de amor", mas não diz para si própria "eu o amo", mas sim "ele me ama, só não se atreve a confessar". A única atitude correta do médico diante dessa situação é não negá-la, e com coragem e tato aceitar as verbalizações e os sentimentos exageradamente positivos de seu cliente, mostrando ao mesmo tempo que a realidade de uma relação profissional está presente e que a pessoa não pode alimentar esperanças em relação ao seu enganado "objeto de amor".

Na hipocondria há um distúrbio de sensações corporais que se acompanha de angústia. As sensações variadas se organizam levando à convicção de haver doença grave, traduzida por sensações de peso, formigamento, queimadura e dores. Estas sensações são vivenciadas como um "mau objeto", um perseguidor que constantemente as atormenta. A pessoa tem uma convicção íntima, uma espécie de "idéia fixa", de que seus distúrbios se originam no corpo. Mostrar-lhes que seus males são devidos a problemas intrapsíquicos, ao sentimento de que algo é "mau" nele, requer tratamento psicoterápico longo e difícil; pois será necessário buscar suas raízes biográficas e psicodinâmicas, a

fim de reverter suas angústias hipocondríacas em angústias mais reais, ligadas a conflitos presentes e reforçados pela reminiscência de conflitos passados. Assim não só desaparecerá o sintoma, como aparecerá outra visão da vida, uma possibilidade de liberação de energias que poderão ser utilizadas construtivamente.

Afortunadamente, a maioria de nós nunca experimentou verdadeira dor intensa e crônica. Essa situação tem sido descrita como aquela na qual o desespero e a desesperança sobre o sofrimento sem fim predomina em suas vidas, e na qual apenas a morte trará alívio. Estas pessoas frequentemente dizem que poderiam aguentar a dor se apenas pudessem ter uma boa noite de sono. Elas declaram que sentem sua resistência minada pela falta de sono. Jamais se sentem descansadas, mais gastas e exaustas. Tornam-se com o tempo mais irritadas com familiares, perdem amigos e também quaisquer outros interesses. Gradualmente os limites de seu mundo se encolhem, pois tornam-se cada vez mais preocupadas com sua dor e cada vez menos interessadas no mundo à sua volta. Seu mundo se concentra na casa, no consultório médico (ou onde pensam que possam obter alívio para sua dor), na farmácia e no hospital.

Há alguma evidência de pesquisas que suportam a noção de que as pessoas com dor crônica apresentam características psicológicas distintas, e que estas características influenciam no tratamento.

Sternback, Wolf, Murphy e Akeson (1973), examinando pessoas com dor lombar crônica e com dor lombar aguda através do MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), encontraram um perfil, semelhante em 10 traços, mas significativamente diferente em 3 traços: histeria (múltiplos sintomas físicos sem causa física), depressão (sentimentos de desesperança) e hipocondria (preocupação imotivada para com sua saúde e sintomas corporais). Estes 3 traços compõem a tríade neurótica e sugerem que, durante os estágios iniciais da afecção, os pacientes com dor crônica poderiam ter tido um perfil mais normal, e que seus distúrbios atuais, apontando para a neurose, refletem a preocupação e a extensão dos sintomas da dor.

É importante observar que um diagnóstico de dor organicamente causada, não descarta a relevância de variáveis psicológicas. Tanto a dor orgânica como a psicogênica, de fato, doem do mesmo modo. A sensação que a pessoa experimenta é a de dor. O estilo de vida de pacientes com dor orgânica ou não-orgânica se torna similar com o correr do tempo, na tentativa de lidar com sua aflicção. Os mesmos autores mostraram que pacientes com dor lombar acompanhada de sinais neurológicos como atrofia muscular, sensação diminuída, reflexos tendinosos diminuídos, e pacientes com dor sem estes sinais mostravam perfis iguais no MMPI. Estes dados sugerem que nestes casos um tratamento exclusivamente

medicamentoso, e mesmo cirúrgico, pode não prover alívio se de fato a dor já se tornou foco central de suas vidas. Blumeti e Modesti (1976) confirmaram esta suposição mostrando que pacientes sofrendo de dores intratáveis de coluna, se beneficiavam menos com a cirurgia se tinham obtido altas contagens em histeria e hipochondria no MMPI.

De acordo com Engel (1959) essas pessoas tinham uma ou alguma destas ocorrências: acentuados sentimentos de culpa, em geral aliviados pela experiência da dor; uma história familiar de violência física que predispõe a pessoa a usar a dor para expiar a culpa do uso da violência; uma história pessoal de sofrimento, derrota, inabilidade para tolerar insucesso e uma tendência a solicitar dor através de ferimentos, acidentes, operações e exames dolorosos; muita raiva e hostilidade para com os outros, raramente expressa direta e frequentemente voltada para si sob a forma de dor; fortes conflitos sexuais, usualmente inconscientes e expressos pelo aparecimento da dor; e finalmente a possibilidade do desenvolvimento de uma dor que na realidade reflete a perda de uma pessoa significativa em seu contexto de vida.

Thomas Szasz (1968) pela primeira vez usou o termo "dolorização" (painmanship) para caracterizar a interação que ocorre entre pacientes de dor crônica e o médico. Neste jogo o alvo do médico é confirmar sua identidade profissional atra-

vés da capacidade de identificar a causa da dor e poder fornecer alívio para o sofrimento do paciente. O alvo do cliente no entanto é confirmar sua identidade como sofredor, apresentando ao médico uma dor indagnosticável e um sofrimento impossível de ser aliviado. Szasz propõe que é tão irracional esperar que o cliente desista de sua identidade e carreira como doente, como é pedir ao médico que faça o mesmo.

O jogo é assim:

Cliente: dói, por favor me cure (mas você não consegue).

Médico: eu vou curá-lo.

Diversos procedimentos são testados, um após outro, e todos falham.

Final

Cliente da dor (com justa indignação): outro incompetente!

Médico: outro farsante!

Imaginação e Cura

"A imaginação é mais importante do que o conhecimento"... (Albert Einstein).

Por séculos, da antiguidade aos dias de hoje, as pessoas têm discutido, aprovado e condenado a relação entre a faculdade privativa do homem, a imaginação e as alterações somáticas que levam à saúde, à doença ou em outros casos à cura.

A pesquisa sobre o muito que se tem escrito a respeito permite propor um agrupamento que pode levar a uma melhor visualização e caracterização dos conceitos sobre imaginação.

O primeiro grupo é formado pelas abordagens baseadas primordialmente nos modelos de Pavlov e de Skinner. Mostram uma relação de superfície entre imaginação e reações emocionais, assim como o poder das imagens de atuar como estímulos eficientes para provocar reações esperadas. São os condicionamentos.

A segunda categoria inclui abordagens clínicas diversas que postulam que as imagens provocam muito eficientemente os indivíduos com uma clara percepção de suas distorções perceptuais e de como isto os afeta.

Uma terceira classe trata basicamente da atuação da imaginação na saúde física e psicológica. Nesta visão não há interpretações complicadas e nem teorias, apenas a assunção de que uma imaginação "sadia" levará gradualmente a pessoa para uma realidade sadia.

A quarta categoria inclui técnicas de imaginação "profunda" que levam a cura da psique de volta ao modelo "mágico", o qual enfatiza a transformação através de procedimentos não-rationais ou "irrationais", como sendo opostas às terapias racionais ou reflexivas.

O uso da imaginação como técnica de cura se espalha hoje entre psicoterapeutas, enfermeiros, tanatologistas, neu-

rologistas e hipnotizadores, que a utilizam para aliviar sofrimentos físicos e mentais de seus pacientes. Tem sido usado corretamente para controlar o peso, parar de fumar, evitar complicações pós-operatórias, curar acne, fobias, remoção de dentes com abscessos, ou tratamento de criminosos sexuais. Não há limitação para a criatividade na aplicação da imaginação. No entanto existem poucos modelos teóricos que comprovem o efeito terapêutico da imaginação. Freeman, R.J., R.G. propõem um modelo rudimentar que mostra que as diversas técnicas de imaginação compartilham mecanismos comuns de cognição, afecção, neuroendócrinos e imunológicos. O modelo também diz que existe uma interdependência única entre mente-corpo, através do integração entre as funções diferenciadas dos hemisférios esquerdo e direito do cérebro com os eventos cognitivos, emocionais e finalmente celulares, que se constituem no processo de cura.

Os fatos básicos a propósito da lateralidade do cérebro mostram, através de estratégias de pesquisa as mais diversas, que os dois hemisférios cerebrais são especializados (ainda que não exclusivos) para as diferentes funções cognitivas. Além disto sabe-se que cada hemisfério controla os movimentos da metade oposta do corpo.

No meio do século passado Broca, entre muitos outros neurologistas, mostrou que lesões em determinadas por-



ções do hemisfério E produzem afasias. Afasias raramente são observadas em lesões do hemisfério D; daí se conclui que o E era funcionalmente especializado para a maioria dos processos verbais e de linguagem. Em contraste, o hemisfério D parece ser predominantemente envolvido em tarefas viso-espaciais, discriminações sensoriais mais finas como detectar padrões táteis, e seu importante papel em atividades não verbais como música, reconhecimento facial (fisiognomia) e expressão emocional. Com estas descobertas se costuma dizer que cada hemisfério tem um "estilo" cognitivo diferente, sendo predominantemente verbal o E e não-verbal o D. Os estilos são mais ou menos proficientes ao operar com diferentes estímulos. Por exemplo o E é caracterizado por um processador lógico, analítico e sequencial, no qual palavras são muito mais eficientes; o hemisfério D se caracteriza por um processador holístico, gestáltico e simultâneo, para o qual as relações espaciais são mais apropriadas.

A imaginação e sua relação com o hemisfério D.

Apesar da controvérsia existente sobre se imagens são visuais ou um constructo que tem um propósito, está surgindo um consenso de que existe uma relação entre imaginação e lateralidade cerebral, e de que a ligação é com o hemisfério D. Evidências clínicas e experimentais indicam que o hemisfério D tem papel pri-

mordial nos processos de imaginação.

Lesões no hemisfério D frequentemente levam à perda de visualização, de memória visual, dos sonhos visuais e da vividez da formação de imagens. A pesquisa do CLEM (Conjugated Lateral Eyes Movement), que é um produto do hemisfério D ativando o E, se correlaciona com o uso preferencial e com a clareza das imagens, tanto quanto com a execução de tarefas de imaginação. Estudos de reconhecimento visual de palavras abstratas e concretas apresentadas lateralmente indicam uma capacidade do hemisfério D de "ler", armazenar, ou ainda de mediar o processamento de palavras de alta imaginação. Que as palavras podem fazer surgir fortes emoções e vice-versa já está fora de dúvida. Uma razão para esta interdependência pode ser a de que o hemisfério D, predominantemente, medeia tanto a imaginação como as afecções (aquilo que afeta).

Novamente, apesar de ainda haver controvérsia sobre a relativa contribuição de cada hemisfério para a percepção da emoção, encontrou-se superioridade do D para reconhecer sons humanos não verbais como o riso, o choro, o grito; para identificar tons emocionais na fala e na música (por exemplo sequências tonais evocativas de diferentes humores são mais facilmente reconhecidas se se ouve com o ouvido E). Fotografias e desenhos de faces, expressando diferentes emoções, são mais rápida e acuradamente identifica-

dos se apresentados no campo visual E, e portanto processadas pelo hemisfério D. Por exemplo, o lado direito da cara e do corpo expressam mais as emoções, o que fundamenta e comprova teorias psicológicas que atribuem ao lado E da pessoa o seu modo de ser constitucional, enquanto o lado D seria a expressão modificada e controlada do seu modo de ser social. Estudos sobre sintomas de histeria de conversão e de manifestações psicossomáticas encontram diferenças laterais que implicam o hemisfério D. Os resultados de estudos neuropsicológicos de indivíduos com depressão clínica revelaram indicação de disfunção no hemisfério D. Estudos eletrofisiológicos de pacientes psiquiátricos com depressão produziram resultados consistentes com aqueles achados. EEGs, onde se estudou amplitude de onda, revelaram que em sujeitos deprimidos o hemisfério D estava menos ativo que o E, mostrando desorganização nos padrões.

Desde que Galeano, no século 2 AC, relatou ser o câncer mais frequente em mulheres deprimidas e melancólicas, inúmeros estudos, pesquisas e teorias se desenvolveram relacionando a maneira como as pessoas são afetadas e as doenças que elas desenvolvem. Apesar da grande diversidade de sujeitos, métodos e medidas, emerge uma consistência notável: uma grande variedade de doenças está ligada a dois padrões particulares de afecção. Sentimentos de desamparo, de desesperança e de perdas, frequentemente

manifestados em episódios de depressão, estão consistentemente ligados a um conjunto específico de doenças e particularmente ao câncer. A síndrome clínica de depressão incorpora auto-percepção, ou cognições de desamparo, e um estado afetivo de desesperança e de desespero.

Como Seligman (1976) fartamente demonstrou, a exposição repetida e/ou continuada a estressores inescapáveis, no caso a dor, desenvolve o senso de desamparo e depois a depressão. Mesmo animais expostos a estressores inescapáveis desenvolvem doenças. É o modelo da depressão aprendida. Portanto, pode-se supor que esta ligação de desamparo, de depressão e de doença, pode na realidade ser observação de um único fenômeno. Desta exposição pode-se assumir que uma relação entre eventos de vida e doenças requer considerações sobre a habilidade do sujeito em lidar com estímulos estressores, que poderão ou não produzir estresse (falha em poder fugir da situação, em poder evitar o efeito pernicioso da sua exposição). Acuado pelo externo e sem recursos internos, o indivíduo pode desenvolver um senso de desamparo; se deprime e fica doente.

Weiner (1972) chamou o desenvolvimento da doença somática de "o problema da transdução", ou seja, o mecanismo pelo qual experiências sociais, cognitivas e afetivas influenciam os eventos celulares que chamamos doenças. Recentemente se focaliza muito a relação de

doenças que têm a ver com o sistema imunológico.

Foi relatado, por exemplo, que a atividade diminuída das células T aparece após grandes perdas e tristezas; e também que a atividade natural de matar células decresce após estresse em indivíduos que não conseguem lidar com situações difíceis. As células T, uma vez sensibilizadas para com um alérgeno, destroem aquela substância numa segunda exposição. As células matadoras naturais destroem células invasoras às quais o organismo não havia sido anteriormente exposto. As células T podem ter ainda um papel especial no despertar da função do sistema imunológico.

Resumindo: estas formas de defender o organismo estão rebaixadas em estados de desesperança e de desamparo, não só nos seres humanos, como também em animais sujeitos a estresse e choque inescapável. Há toda uma teoria que descreve o mecanismo que envolve depressão, catecolaminas, cortisol, norepinefrina e dopamina, levando à formação de doenças em situações em que o organismo ou a pessoa não conta com forças internas para reagir eficientemente.

A "imaginação combativa" contrariaria este esquema, como por exemplo propõe Simonton (1976), que encoraja seus pacientes com câncer adiantado a tomar parte ativa em seus tratamentos. A técnica da imaginação pode ser pensada como um mecanismo para lidar adequa-

damente com a situação, como um antídoto contra o sentimento de desamparo e de desesperança, como um efeito analgésico na dor, enfim como formas de buscar o bem-estar e a cura da pessoa.

Já discutimos as evidências de como a imaginação e especialmente a impressão depressiva são fenômenos primariamente do hemisfério D. Desenvolver a imaginação ativa do hemisfério D eleva níveis de metabolitos de dopamina e de serotonina do fluido cerebrospinal, ou seja, o mecanismo inverso da depressão, da sensação de inexorabilidade do estressor de não poder fugir do seu ataque e dos seus efeitos. Ao mesmo tempo essa atividade do hemisfério D pode reduzir o gasto daqueles metabolitos no hemisfério E, e assim diminuir a probabilidade de depressão e doença. Apesar dessa relação não ser conjuntural, ela sugere um grande número de hipóteses potencialmente tratáveis. Por exemplo, verificar imunocompetência de indivíduos com lesões num e noutro hemisfério. Gerschwind (1982) relatou ter encontrado uma incidência aumentada de certas doenças auto-imunológicas em pacientes canhotos. Do mesmo modo esse modelo sugere que pacientes com epilepsias focais lateralizadas do hemisfério D podem ter realmente mais distúrbios imunológicos do que os que têm focos no hemisfério E, na medida em que a presença do foco irritativo significa um aumento de atividade cortical. Apesar dessa relação

ser constantemente encontrada, é verdade que nem todos os indivíduos deprimidos desenvolvem doenças; apenas aqueles cujo mecanismo bioquímico não reage ao ataque externo.

Resumindo, Ley e Freeman estão propondo que a evidência da relação entre desamparo, depressão e doença, entre as funções dos hemisférios cerebrais e o papel relatado da imaginação na cura,

podem ser compreendidos como um modelo de interação de: ambiente/cérebro/sistema imunológico. Consequentemente o tratamento das afecções, e dentre estas a dor crônica, pode se beneficiar da conjugação integrativa de diversas abordagens que têm como foco a pessoa com sua história, em seu mundo, e contando também com suas próprias forças.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BAKAL, D. *A Psychology and Medicine, Psychobiological Dimensions of Health and Illness*. New York: Springer Publishing Company, Inc. 1979.

HAYNAL, A. e PASINI, W. *Medicina Psicossomática*. São Paulo: Editora Masson do Brasil Ltda, 1983.

SHEIKL, A. *Imagination and Healing*. Farmingdale, New York: Baywood Publishing Co, 1984.

SHILDER, P. *The Image and the Appearance of the Human Body*. New York: International University Press, 1970.



O Paciente Odontogeriatrico

DENISE TIBERIO LUZ

CIRURGIÃ DENTISTA, ESPECIALISTA EM PERIODONTIA E GERONTOLOGIA.
VICE-DIRETORA DO GRUPO DE ESTUDOS EM ODONTOGERIATRIA DA
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES DENTISTAS

“Muitas das alterações bucais estão relacionadas com a história de vida, com a manutenção por toda a vida de uma dentição natural, saudável e funcional, incluindo os aspectos sociais e os benefícios tais como o estético, o conforto e a habilidade para mastigar, sentir sabores e falar”.

I. INTRODUÇÃO

“Feliz daquele que morreu novo”, inscreviam os gregos antigos nas lápides de jovens poupados da velhice. Envelhecer é uma fatalidade biológica da qual nenhum ser vivo escapa, salvo quando morre antes dos limites fixados pela natureza para cada espécie animal. Todas as funções essenciais à vida acusam, com a idade, as desordens de maior ou menor gravidade, sendo algumas transitórias, outras crônicas.

Todas as pessoas sofrem, na idade adulta, uma fase fisiológica de progressiva degeneração, que constitui em seu conjunto o envelhecimento natural, conhecido como senescência.

Senilidade é o envelhecimento acompanhado de patologias. Fatores como nutrição, vida sedentária, álcool, fumo, podem exacerbar doenças crônicas que afetam pessoas na idade adulta, fazendo com que nos dias de hoje, aumente a preocupação com medidas preventivas, tanto na área de saúde, como na psicossocial, objetivando assim melhor qualidade de vida para essas pessoas que, fatalmente e num futuro bem próximo, serão a maior parcela da população mundial.

É de extrema importância conhecer o tipo de paciente que teremos adentrando em nossos consultórios. Baseados na habilidade funcional como elemento importante para prevenção do

sistema estomatológico, podemos classificar os idosos em três grupos distintos:

- o grupo dos *independentes*, constituído por idosos saudáveis, que podem apresentar uma ou duas doenças crônicas não graves e controladas por medicação e/ou algum declínio sensorial associado com a idade, mas que vivem sem necessitar de ajuda;

- o grupo dos *parcialmente dependentes*, constituído pelos idosos que têm problemas físicos debilitantes crônicos, de caráter médico ou emocional e com perda do seu sistema de suporte social, fazendo com que sejam incapazes de manter uma total independência sem uma assistência continuada;

- o grupo dos *totalmente dependentes*, constituído por aqueles idosos cujas capacidades estão afetadas por problemas físicos debilitantes crônicos, médicos e/ou emocionais, que os impossibilitam de manter a autonomia; e que geralmente necessitam de ajuda permanente.

Cada um destes grupos irá exigir do profissional estratégias especiais e conhecimento suficiente para poder suprir as necessidades que um atendimento odontológico efetivo requer.

II. CONHECENDO O PACIENTE

Há algum tempo, envelhecer era sinônimo de sabedoria. Poucos envelheciam, e aqueles que conseguiam atingir

estágios avançados na idade eram considerados sábios. Com os avanços tecnológicos e as pesquisas na área de saúde, houve uma inversão, pois temos hoje um grande contingente de idosos que está emergindo de forma veloz, principalmente nos países ditos subdesenvolvidos, exigindo assim mudanças tanto em programas na área da saúde, como nos programas das áreas social e econômica.

A odontologia, como qualquer outra profissão, também deve estar atenta a essas modificações. O profissional, outrora condicionado a ser extremamente clínico, deve hoje conhecer amplamente o processo de envelhecimento, e assim atingir seus objetivos profissionais.

O envelhecimento traz alterações que merecem a atenção principalmente dos profissionais que têm uma atuação efetiva sobre esses pacientes. Apresento alguns itens, pertinentes a esse processo, que podem influenciar a comunicação e o desenvolvimento do trabalho de profissionais, especialmente o cirurgião dentista :

- Nos pacientes idosos há mudanças no processo de distribuição e excreção dos medicamentos; há também uma diminuição da massa muscular corpórea com proporcional aumento de gordura (35%). Isso faz com que certos medicamentos lipossolúveis fiquem maior tempo no organismo, podendo tornarem-se fator de toxicidade ou overdose; administrando-se quando é necessário, um

medicamento em dose menor, de comum acordo com o médico que está assistindo ao paciente .

- A principal via de eliminação das drogas do organismo é a excreção renal, que elimina as drogas hidrossolúveis e metabólicas. A partir dos 30 anos, os rins mostram um declínio gradual de seu peso, e a taxa de filtração glomerular diminui cerca de 31% entre os 20 anos e 80 anos. Com isso a eliminação do medicamento fica sensivelmente reduzida. Essas alterações fazem parte do processo de envelhecimento; podem contribuir para um aumento da vida média do medicamento no organismo; e muitas vezes podem levar a uma interação medicamentosa.

- O timo, glândula responsável pelo sistema imunológico, começa a ter sua função diminuída a partir dos 50 anos; daí a necessidade de observar as possíveis alterações na cavidade oral.

- Com frequência, os tecidos e a mucosa sofrem desidratação devido ao baixo funcionamento do centro da sede, fazendo com que a pele perca o brilho.

- A audição diminui. Ela é o primeiro dos sentidos a ser afetado. Assim sendo, é de extrema importância que se fale de maneira clara e em tom mais alto, porém sem gritar; e que se diminuam os sons secundários dentro do consultório, como a música por exemplo. Existem pacientes com aparelhos de audição, o que faz com que a frequência dos sons se

altere. É de suma importância esclarecer quando se pode usar certos equipamentos barulhentos, para que estes pacientes ajustem ou diminuam a frequência de seus aparelhos, e assim poderem usufruir de maior conforto. Existem pacientes que, apesar da dificuldade de audição, relutam em usar aparelhos auditivos. Ao se conversar com este tipo de paciente, é preciso encará-lo de frente e falar lentamente, pois para muitos ler os lábios é a única forma de comunicação.

- A acuidade visual também diminui. Para suprir tal deficiência torna-se necessário uma boa iluminação. Todo material impresso a ser distribuído deve ser escrito em letras grandes. É oportuno observar que muitos deles não distinguem certas cores, como azul, violeta e verde.

- Com relação à memória, a recente é a primeira a ser perdida. Por isso, recomenda-se que tudo o que for explicado e ensinado deve ser feito por escrito, para que assim o paciente possa ler em casa por diversas vezes, facilitando a memorização. As informações devem ser fornecidas lentamente. Não se deve apressar a passagem de um passo para o outro sem que este último esteja totalmente apreendido.

- Quanto às doenças crônicas, quatro de cinco pessoas com mais de 65 anos possuem pelo menos uma doença crônica, a artrite. Não se pode esperar que tais pacientes tenham habilidades de higiene

como outros pacientes; o que pode exigir do profissional adaptações nas técnicas e ajuste nos meios para que tal higiene se efetue. Nesse momento o terapeuta ocupacional e o fisioterapeuta têm muito a contribuir.

- Em caso de osteoporose, pode haver dificuldade em relação ao tempo de espera numa consulta; uma almofada pode ser de grande conforto.

- A doença cardíaca ocorre de forma crônica e com maior incidência nessa população, e os pacientes usam como tratamento cardiovascular uma medicação anticoagulante. O profissional de saúde deve ter cuidado nos procedimentos que possam levar ao sangramento. É de grande valia um trabalho multidisciplinar, visando uma possível terapia profilática para se evitar uma infecção.

- A hipertensão é a segunda doença crônica mais comum. Pode ocasionar ataque cardíaco, doença coronária ou uma síncope. Tirar a pressão do paciente em todas as consultas é um hábito recomendável. Quando ele tiver uma variação grande, recomenda-se encaminhá-lo para uma avaliação médica; pois sabe-se que muitas drogas podem produzir efeitos colaterais como a xerostomia e a hipotensão postural.

- Dentre as desordens no Sistema Nervoso, destacam-se as doenças cerebro-vasculares, a doença de Parkinson, de Alzheimer etc nas quais os pacientes afetados podem ter paralisções que

comprometem a habilidade de se movimentar e de andar, e provocam dificuldade de entender e de se comunicar com os outros.

III. ALTERAÇÕES BUCAIS

Muitas das alterações bucais estão relacionadas com a história de vida, com a manutenção por toda a vida de uma dentição natural, saudável e funcional, incluindo os aspectos sociais e os benefícios tais como o estético, o conforto e a habilidade para mastigar, sentir sabores e falar.

Assim como todo o organismo, as estruturas orais sofrem a ação do tempo, do envelhecimento. Existem adaptações fisiológicas, no entanto, que se processam durante o ciclo da dentição normal:

- Decorrente da desidratação e de alterações metabólicas, a mucosa oral torna-se atrófica e friável, assumindo um aspecto brilhante. Ocorre uma diminuição das células queratinizadas, protetoras, deixando o tecido desprotegido e vulnerável a qualquer tipo de stress.

- A língua aumenta de tamanho em indivíduos edêntulos, provavelmente em decorrência de transferência de algumas funções fonéticas e mastigatórias à língua, na medida em que os dentes são perdidos. O paladar sofre alterações devido a diminuição dos botões gustativos, principalmente após os 70 anos.

- Varicosites de dorso da língua principalmente, e de assoalho de boca são de extrema frequência entre os idosos.

- A viscosidade salivar se reduz com a idade. A redução do fluxo e consequente diminuição da lubrificação dos tecidos orais afetam a mobilidade da língua, dificultando a deglutição dos alimentos. A atrofia das glândula salivares não envolve só as células secretoras, mas também os ductos.

- A arcada sofre, com o passar do tempo, um deslocamento paramesial, causado pelas forças oclusais que procuram compensar o desgaste fisiológico.

- Os dentes acusam uma metamorfose cromática, tornando-se mais escuros, por um certo grau de atrição provocado por mastigação ou hábitos viciosos.

- Ocorrem ainda alterações como: perda do elemento dental em virtude de negligência na higiene oral, infecções dentárias, problemas periodontais ou causas de ordem traumática. Sabe-se que das modificações, que ocorrem no aparelho digestivo, a mais evidente se refere aos dentes; pois um paciente com prótese total tem sua capacidade de mastigação reduzida para 25% , o que fatalmente reduz sua ingestão de alimentos.

- Mineralização dos canalículos dentinários por calcificação progressiva, com consequente redução da permeabilidade e aumento no limiar de sensibilidade à dor.

- Redução da câmara pulpar devido à contínua deposição de dentina nas paredes internas da câmara durante toda a vida de um dente.

- A doença periodontal também ocorre, apesar de uma variedade de autores concordarem que a doença periodontal não está relacionada com o aumento da idade, mas sim com a susceptibilidade do paciente à doença, quer seja ele idoso ou jovem. Cabe aqui salientar que a doença periodontal pode ser mais prevalente nos idosos, porém como é uma doença iniciada há muitos anos atrás, possuindo períodos de quiescência, de evolução lenta, provavelmente a agudização do processo provavelmente aos 80 anos é decorrente de um processo que tenha se iniciado aos 20 anos. Cabe salientar que o processo de envelhecimento afeta a reação do periodonto frente à placa bacteriana, que possui microbiota modificada; e que o processo de envelhecimento aumenta a susceptibilidade à doença devido a diminuição da reação imunológica.

IV. DISSEMINAÇÃO SISTÊMICA COMO RESULTADO DE INFECÇÃO ORAL

Os tecidos moles e duros da cavidade intra-oral servem como área de aderência microbiana, que em condições *suigeneris* se tornam patógenos, e levam à cárie, periodontite, gengivite, pulpite,

lesão periapical, podendo por disseminação sanguínea afetar locais distantes da cavidade oral.

O perfil de edentulismo está mudando. Em 1958, os Estados Unidos possuía 67,3% de pessoas edêntulas acima de 75 anos. Já em 1985, este índice diminuiu para 47,5%. Esse aumento na permanência dos dentes coloca o "idoso" em contínuo risco de complicação sistêmica de origem oral.

Existem estudos que relacionam patógenos específicos de problemas orais, com condições sistêmicas. Como exemplos temos: candidíase oral, muito comum nos idosos com prótese total (relacionada com osteomielite vertebral); cárie dental com pneumonia por aspiração e meningite; periodontite de adulto, com grande prevalência entre os idosos (relacionada com abscesso cerebral).

É importante salientar que o princípio da desordem sistêmica pode variar de poucos dias a vários meses após a manipulação dental, e que o idoso tem na maioria das vezes ausência de estado febril devido à alteração do sistema imunológico.

Com muita frequência idosos são admitidos em hospitais devido a infecções. Bacteremia, uma infecção de origem sanguínea, é um importante fator etiológico para morbidade em idosos, e está associada à maior mortalidade nesta população quando comparada à dos mais jovens.

Ante a possibilidade de se envelhecer com maior quantidade de dentes, fatalmente as doenças orais estarão mais presentes; o que faz com que os idosos se tornem mais susceptíveis aos problemas sistêmicos, pois o seu sistema imunológico está alterado.

Justificam-se portanto atitudes preventivas que objetivem uma melhor qualidade de vida ao segmento da Terceira Idade.

V. ATITUDES PREVENTIVAS

Devido à grande heterogeneidade do grupo da Terceira Idade, fica impossível encontrar uma definição geral, ou traçar um plano de tratamento que sirva para todo paciente idoso. Além do mais, existem complicações derivadas das inúmeras doenças crônicas e medicações utilizadas por muitos desses pacientes.

A maioria dos pacientes geriátricos, que chegam ao consultório, apresenta doenças periodontais avançada, grandes perdas dentais, portando próteses mal adaptadas, e outras anomalias decorrentes, quase sempre, da má informação relativa aos hábitos de higiene oral e sua importância para a saúde geral dos pacientes que estão em processo de envelhecimento.

A Odontologia tem crescido muito ao resolver problemas dentários através de pesquisas. A preocupação hoje deve

se concentrar no tipo de paciente que irá encontrar. É de extrema importância pensar num planejamento bem cuidadoso quanto ao tratamento dentário. Planejamento bem elaborado que não vise somente o tratamento em si, mas o paciente como um todo. Deve-se trocar conhecimentos com profissionais de outras áreas para se chegar a um consenso de qualidade. De nada vale o planejamento de um trabalho sofisticado de prótese, se necessita de manutenção em casa; ensinarmos uma técnica de escovação sofisticada, se o paciente possui limitação motora que tende a aumentar com o passar dos anos, ou se tem uma tendência à depressão, não mostra interesse e nem apresenta motivação para aprender técnicas de higiene.

O importante é que profissionais troquem conhecimentos e experiências pessoais; sejam consultados para uma efetiva orientação, pois o paciente da Terceira Idade possui peculiaridades em todos os segmentos pertinentes à cada área específica. Sabe-se, por exemplo, o quanto a xerostomia afeta o idoso e é importante na mastigação e no bolo alimentar além de ser fator etiológico para cáries e doenças periodontais, dificultando também a adaptação a aparelhos protéticos. Não se pode, porém, administrar saliva artificial sem um conhecimento prévio e mais profundo do paciente; sobre cárie de raiz (existe saliva com fluor); sobre medicação (relaciona-

da com problemas cardíacos); sobre quimioterapia ou radioterapia. Às vezes a simples indicação de um sialogogo, que nada mais é do que um coadjuvante para que o paciente masque e ative a salivação, é suficiente para suprir esta falha.

As atitudes preventivas podem ser efetivas quando são feitas dentro do consultório ou através de atendimento domiciliar em pacientes que permitam, porém muitas delas terão efetividade se puderem dar continuidade num trabalho em casa; este prognóstico é crítico de ser alcançado pois temos diferentes tipos de idosos, com condições físicas, sociais e psíquicas bastante particulares; temos que considerar os institucionalizados e mesmos os não institucionalizados mas que vivem com cuidadores nem sempre bem treinados. Há que se conscientizar os profissionais que atuam junto com a terceira idade, sobre a importância de se conhecer não somente a área de atuação mas também áreas afins, não para que se faça uma prescrição, mas para que se possa orientar e esclarecer ao paciente visando uma melhor qualidade de vida.

Em linhas gerais, podemos afirmar que a escovação dentária e o fio dental são os meios mais efetivos para a remoção da placa dental. A escovação deve ser feita de forma circular, com pastas contendo ingredientes que removam ou inibam a formação de placa ou tártaro. Bochechos com fluor ou com gluconato

de clorexidina, e aplicação periódica de fluor devem ser bem indicados, pois podem exacerbar certas condições patológicas. Recomenda-se que os pacientes idosos visitem o dentista a cada 3 ou 4 meses. Em cada visita deve-se fazer uma avaliação dos tecidos moles intra e extra oral e os tecidos duros. Quando uma situação de irritação, rubor, sangramento, e sensibilidade a mudanças de temperatura persiste por mais de duas semanas, deve ser melhor investigada pelo dentista. É preciso estar atento para o fato de que o câncer, em estágios iniciais e fáceis de serem tratados, é indolor e o idoso possui alta prevalência para esta doença.

VI. CONCLUSÃO

O fator mais importante na utilização do serviço odontológico é a presença dos dentes. Sabe-se que, atualmente, a maioria dos idosos possui próteses totais. Realidade que mudará num futuro muito próximo, quando o idoso poderá ter todas as intercorrências, limitações própria do envelhecimento, e os dentes com todos os reflexos do envelhecimento, acrescidos de possíveis consequências sistêmicas de origem oral.

A Medicina, a Odontologia, a Nutrição, a Enfermagem, a Psicologia, o Serviço Social, a Terapia Ocupacional, enfim todas as profissões relacionadas com a saúde, têm sido distintamente separa-

das como práticas por mais de um século. A recente mudança, que se observa no perfil demográfico da população, sem dúvida promoverá mudanças no perfil destas profissões, que deverão desenvolver mais as atividades de colaboração interprofissional e de educação mútua, visando melhorar a qualidade de vida

desta população emergente e tão cheia de peculiaridades.

“Assim como um dia bem empregado nos traz alegria ao dormir, também uma vida bem aproveitada dá alegria ao morrer”. (palavras do octagenário, Leonardo da Vinci, pouco antes de falecer.)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DUNKERSON, Joseli Alves. *Odontologia na Terceira Idade*. Entrevista: 10 set. 1997.
2. CORMACK, Elson. *A Saúde Oral do Idoso*. (internet) <http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html>
3. WOODALL, R. Irene. *Comprehensive Dental Hygiene Care*. 4ª edição, Ed. Morby, Saint Louis. Missouri, 1993 p. 411-424.
4. Atualização na Clínica Odontológica. 17º Congresso, 1996.
5. BADRA, Alvaro. Geriatria em Odontologia. *Ars Curandi em Odontologia*, v.10, n.2, p.5-9, mar./abr. 1984.
6. BOBBIO, Amadeo, BOBBIO, Savina. Aspectos Biológicos e Psicológicos do Sistema Estomatológico em Geriatria. *Ars Curandi em Odontologia*, v.9, n.4, p. 8-17, out./nov. 1983.
7. MORIGUCHI, Yukio. Aspectos Geriátricos no Atendimento Odontológico. *Revista Odonto Ciências*, Fac. Odonto, PUCRS, n.9, p. 117-123, 1990-1.
8. NAVAZESH, M, mulligan, R. Systemic Dissemination as a Result of Oral Infection in Individuals 50 Years of Age and Older. *Spec. Care Dentist*, v.15, n.1, p. 11-19, jan./fev. 1995.



A Ética e a Psicologia das Relações Entre o Trabalhador Social e o Cliente Idoso

JOSÉ CARLOS FERRIGNO

PSICÓLOGO E ASSISTENTE DA GERÊNCIA DE ESTUDOS E
PROGRAMAS DA TERCEIRA IDADE DO SESC DE SÃO PAULO

*“O preconceito ao diferente é bastante acentuado em nossa cultura.
Tendemos a ser intolerantes para com as diferenças e muito
complacentes em relação às desigualdades. Desenvolvemos atitudes discriminatórias a
quem pertence a essa ou àquela raça, a quem tem
alguma deficiência física ou a quem possui certa idade. Consideramos
“natural” que milhões de pessoas não tenham as mínimas condições de sobrevivência,
enquanto uma minoria é proprietária
de muito mais do que precisa para uma vida digna”.*

Esta reflexão pretende levantar alguns aspectos da relação entre o trabalhador de entidades sócio-culturais e o cliente idoso. Todavia, uma boa parte das considerações, aqui desenvolvidas, dizem respeito às relações interpessoais de modo geral e às relações entre profissionais e clientela de qualquer faixa etária.

Somos seres naturalmente gregários. Em nosso dia a dia dependemos do afeto, do amparo e do trabalho de outras pessoas, sejam familiares, amigos, prestadores de serviços, colegas de estudo ou de profissão. Por isso as relações interpessoais constituem um tema de extrema importância para todos nós, principalmente para aqueles que trabalham em alguma forma de atendimento ao público. Entender, ainda que parcialmente, os fenômenos da comunicação pessoa a pessoa dentro do universo das relações que mantemos junto à clientela idosa, deve ser uma preocupação constante do profissional.

É importante observar que as organizações culturais geralmente lidam com um público idoso relativamente saudável do ponto de vista físico e mental. Ainda que apresentem queixas provenientes de um corpo cansado, dolorido e, portando, restrito; além de queixas decorrentes de solidão e dificuldades familiares, esses idosos mantêm uma significativa autonomia. São capazes de decidir sobre que atividades participar, e organizar assim a agenda de seu cotidiano. Por-

tanto, podemos supor que as relações, por exemplo, entre funcionários de instituições de saúde e pacientes idosos guardam peculiaridades bem diferentes, por ocorrerem em um contexto diverso, e pelo fato de serem direcionadas a pessoas doentes ou em processo de recuperação. Claro está que aqueles que frequentam instituições abertas caracterizam-se por uma autonomia consideravelmente maior, já que tal ato é resultado de sua livre escolha.

Nos últimos anos inúmeras instituições públicas e privadas vêm abrindo suas portas para os idosos. Após a ação pioneira do SESC nos anos 60 e 70, Secretarias Municipais e Estaduais, além de Faculdades e Universidades passaram a oferecer programas sociais, culturais e de lazer para essa faixa etária. O significativo incremento desse tipo de atendimento tem envolvido um número crescente de profissionais, formados em áreas como Educação Física, Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional, Educação Artística, entre outras.

Uma característica notável do trabalho, desenvolvido por instituições sócio-culturais junto à Terceira Idade, é que a maioria dos profissionais diretamente envolvidos com essa clientela é formada por jovens na faixa etária dos 20 e poucos aos 30 e poucos anos de idade, sendo expressivo o número de recém-formados. Como tais atividades, sob a forma de cursos, oficinas, seminários etc, têm a du-

ração de vários meses e até de alguns anos, vão paulatinamente se formando fortes vínculos emocionais entre professores e alunos, apesar da grande diferença de idade entre essas gerações.

O estreitamento de laços e de sentimentos parece se tornar maior em decorrência de características da própria clientela. Isso porque, enquanto os frequentadores mais jovens de entidades como o SESC buscam a instituição quase que exclusivamente para o exercício de alguma atividade específica, os idosos fazem desses locais um ponto de convívio onde passam um tempo significativo, conversando antes e após as atividades. Eles valorizam sobremaneira as relações com os funcionários dessas entidades, sobretudo com os monitores dos cursos e das oficinas.

Muitos desses velhos e velhas vivem sós, e por isso se vêem estimulados a buscar amizades. Acabam por constituir novas "famílias" nas instituições culturais e, nesse processo de busca, tornam-se também mais receptivos à pessoa jovem, de acordo com o que temos observado no cotidiano do atendimento institucional. Por outro lado, a maior parte dos instrutores tiveram poucos modelos de pessoas idosas, em geral apenas seus próprios avós. Nas instituições culturais, ao contrário, como decorrência do grande número de idosos aí presentes, os técnicos têm a oportunidade de se defrontar com uma grande variedade de

reações ao envelhecimento e com a grande riqueza de comportamentos típicos dessa fase da vida, sobre os quais falaremos mais adiante. De acordo com nossas observações, esse relacionamento intergeracional tem sido proveitoso para ambas as gerações envolvidas, estabelecendo-se o fenômeno que Paulo de Salles Oliveira (1) descreve como sendo uma co-educação de gerações: *"a co-educação de gerações supõe, da parte dos que estão envolvidos, uma predisposição para aceitar as peculiaridades que a diversidade de tempos imprime na formação de cada qual. Aquiescer a um tal convite é muito mais que tolerância: implica o trabalho de convergir em busca de relações igualitárias, acatando (e não abolindo) as diferenças, pois, é por meio delas que se renovam as possibilidades de modificação recíproca dos sujeitos. Em outras palavras, é através da percepção do outro como diferente que posso, numa dada relação, divisar meu inacabamento, quer dizer, enxergar as possibilidades que o outro sugere para minha mudança. É um trajetória nada simples, mas que acena com promessas luminosas"*.

Como qualquer outra relação interpessoal, esta possui também uma complexa trama de determinações. Além das recíprocas influências das subjetividades e dos psiquismos individuais daqueles que protagonizam diretamente tais convivências, é preciso levar em conta também os fenômenos grupais, e as

relações institucionais e sociais mais amplas que permeiam a chamada relação técnico-idoso.

É também uma questão importante saber como as pessoas percebem umas às outras. Como o ser humano percebe seu semelhante: a partir das semelhanças, ou das diferenças para consigo mesmo? De ambas, certamente. Tomarmos como parâmetro para analisar o outro parece ser um fato inevitável, embora frequentemente gere distorções consideráveis.

Podemos chamar de representações ou imagens o conjunto de percepções que formamos sobre o outro. Quanto mais informações tivermos sobre ele, mais próxima do real será tal representação. No entanto, a precisão do juízo que formamos depende não somente da veracidade e da quantidade de informações obtidas, mas principalmente da interpretação que damos a elas, que por sua vez dependem da interpretação dada pela própria cultura em que estamos profundamente mergulhados. Nesse sentido, os antecedentes dessa relação tendem a ser determinantes, tanto para melhor precisar nossos julgamentos, quanto para distorcê-los.

Adentramos assim no imbricado terreno da formação dos conceitos e dos preconceitos. Nossa sociedade desenvolveu pouca tolerância e compreensão em relação aos "diferentes", aos "desviantes", ou às chamadas "minorias". A esse

conjunto quase infindável de tipos de pessoas podemos incluir categorias sociais como judeu, negro, mulher, homossexual, pobre, idoso etc e etc. Paradoxalmente, verificamos que as minorias somadas constituem-se na grande maioria da população! No entanto, ainda que minoritários, os padrões de comportamentos eleitos como ideais pela civilização têm uma força gigantesca e surpreendente para quem consegue percebê-los, já que seu poder reside no ocultamento de sua gênese e de sua ação. As influências culturais na formação de estereótipos são camufladas através de explicações de caráter naturalista ou biológico. Assim, é comum a invocação dessas argumentações pseudo-científicas para explicar diferenças de características de gênero, raça ou faixa etária.

O preconceito ao "diferente" é bastante acentuado em nossa cultura. Tendemos a ser intolerantes para com as diferenças e complacentes em relação às desigualdades. Desenvolvemos atitudes discriminatórias a quem pertence a essa ou àquela raça, a quem tem alguma deficiência física ou a quem possui certa idade. Ao mesmo tempo consideramos "natural" que milhões de pessoas não tenham as mínimas condições de sobrevivência, enquanto uma minoria é proprietária de muito mais do que precisa para uma vida digna.

O preconceito tem, entre outras, uma natureza generalizante. Elege alguns

traços de caráter ou de personalidade e os generaliza indevidamente. Como trabalhadores sociais ligados à Terceira Idade, sabemos que os velhos são percebidos como seres improdutivos e dependentes, embora, em nossa prática profissional verificamos que muitos não têm tais características. Prevalece, porém, em nossa cultura uma nítida imagem negativa da velhice.

Na esfera da sexualidade, por exemplo, o preconceito em relação aos mais idosos manifesta-se de modo intenso e cruel. Segundo Elvira Wagner (2), as pesquisas sobre os estereótipos sexuais revelam que, como conseqüência do processo de envelhecimento físico, as pessoas progressivamente vão sendo vistas como não desejáveis, não desejantes, e incapazes de manter uma vida sexual, contrariando evidências de sexualidade saudável em muitos idosos e idosas.

Essa característica generalizante do preconceito torna-se ainda mais insensata em relação aos velhos. Jung (3) identifica um importante fenômeno psíquico que faz parte do ciclo da vida humana: a individuação. Fenômeno que pode ser compreendido por um “tornar-se a si mesmo”, um “realizar-se a si mesmo”. De acordo com esse autor, a partir da segunda metade da vida o ser humano, progressivamente, vai mudando sua forma de orientação no mundo; vai deixando de ser orientado externamente para ser orientado cada vez mais pelo seu interior.

Com isso e graças ao acúmulo de experiências singulares, que somente ele viveu, vai formando uma subjetividade única. Portanto, as idiosincrasias de cada idoso tendem a se manifestar de modo cada vez mais exuberante. Como decorrência desse processo de diferenciação ou de singularização, cada um torna-se na velhice mais e mais incomparável a qualquer outro ser idoso; torna-se comparável somente a si mesmo. Quem tem oportunidade de se relacionar com um grande número de idosos em seu cotidiano de trabalho constata o equívoco de expressões do tipo: “velho é assim mesmo”. No entanto testemunha uma ampla variedade de reações, que eles apresentam, frente aos novos valores da sociedade contemporânea, à velhice, ao envelhecimento e aos próprios preconceitos existentes com relação a eles.

As diferentes maneiras de se reagir ao envelhecimento acabam constituindo, assim, diferentes maneiras de se envelhecer. De modo bastante esquemático, e conforme Wagner (4), podemos distinguir três padrões principais de reação ao envelhecimento. No primeiro temos os idosos que não conseguem se adaptar de forma alguma a essa etapa da vida. Isolam-se completamente, “deixam-se morrer”, ou até se suicidam. Profundamente deprimidos e sem esperança, simplesmente não procuram ajuda, embora sejam os que mais necessitam de uma vigorosa intervenção psicoterapêutica.

Um segundo grupo é formado por idosos que se adaptam apenas parcialmente à velhice. Trata-se de um grupo numeroso. "Defendem-se" em excesso através do uso abusivo de alguns mecanismos de defesa do ego*. Por exemplo, se alguém faz uso intenso do mecanismo de negação para não se defrontar com o próprio envelhecimento, pode acabar adotando o hábito de só se relacionar com gente muito mais jovem, pode passar a vestir-se como um adolescente. Através do mecanismo da identificação outro pode identificar-se com a hostilidade social aos velhos e tornar-se também hostil, agressivo, autoritário e rancoroso. Inversamente pode incorporar um atitude submissa frente aos outros, a partir de sentimentos de inferioridade ou de idéias pessimistas de que o velho não presta para nada. Enfim, poderíamos pensar em uma série de comportamentos possíveis decorrentes de uma parcial adaptação a essa fase.

Pertencentes a um terceiro grupo, há velhos que encontram-se satisfatoriamente adaptados às transformações de si mesmos e da realidade em que estão inseridos. Notabilizam-se por uma postura flexível em relação aos novos valo-

res sociais. Ouvem e aprendem com os outros, além de dar sua contribuição. É claro que sofrem com o declínio do corpo e com as restrições sociais, mas, de alguma forma, desenvolvem produtivas compensações afetivas, além de estratégias inteligentes para a superação das crises. Elaboram melhor as perdas reais do envelhecimento, ao mesmo tempo em que minimizam o efeito das perdas imaginárias sobre a auto-estima.

Ao refletirmos sobre a relação técnico-idoso, devemos considerar como é a percepção que um tem em relação ao outro. Podemos ponderar como as pessoas velhas encaram as novas; que sentimentos e juízos dirigem aos jovens. Obviamente, tal percepção dependerá do grau de adaptabilidade e de auto-satisfação do idoso. O ser humano desenvolve sentimentos positivos pelos outros e uma atitude otimista frente à vida na proporção direta de uma auto-imagem e de uma auto-estima mais ou menos positiva.

Reciprocamente, o técnico dirigirá um olhar acolhedor ou hostil ao idoso em decorrência não somente de informes alheios sobre o velho e sobre o envelhecimento, mas sobretudo de sua própria história de relações com pessoas mais

** Mecanismo de defesa do ego é um conceito formulado por Freud. Todos nós podemos e devemos lançar mão desse recurso, cuja finalidade é a de proteger nossa integridade psíquica. Em situações de crises emocionais, é normal e esperado que deles façamos uso. O que vai caracterizar uma personalidade neurótica é, entre outras coisas, sua utilização permanente. As pessoas de alguma forma muito "defensivas", encontram maiores dificuldades de relacionamento interpessoal e de desenvolvimento de atividades produtivas. Freud elencou uma série de mecanismos de defesa como negação, identificação, racionalização etc, através do estudo de muitos casos clínicos.*



velhas, incluindo-se aí principalmente as figuras paternas e de seus avós. Quanto mais positivos tenham sido tais relacionamentos, mais preservada estará uma representação de velhice e de envelhecimento.

A Psicologia nos ensina muito acerca do mecanismo da projeção, através do qual transferimos nossa realidade interior para fatos, situações e pessoas, que avaliamos e que fazem parte do nosso cotidiano. O conceito freudiano de transferência** pode ser esclarecedor, porque refere-se ao conjunto de projeções que uma pessoa dirige a outra, movida por desejos inconscientes. Tal fenômeno não ocorre apenas em uma relação psicanalítica, mas sim em muitas situações do nosso cotidiano.

O fenômeno transferencial está presente na relação técnico-idoso; e se intensifica pelas condições especiais dessa relação. O técnico é alguém que, de alguma forma, se propõe a ajudar o velho, podendo ser visto por este como uma autoridade técnica e moral. Neste caso o idoso pode tratá-lo como um pai ou uma mãe que ampara e orienta, ou opostamente que recusa afeto. Às vezes o profissional, que em geral é mais jovem, pode ser percebido como um filho exemplar, ou ao contrário como um filho desatencioso e impaciente. As formas, através

das quais se manifestam tais relações transferenciais inconscientes, são muitas; quase tantas quantas nossa imaginação pode abranger.

Cabe ao técnico, mesmo sem formação teórica sobre o assunto, mas dotado de suficiente sensibilidade para as sutilezas do relacionamento interpessoal e de noções básicas a respeito do envelhecimento, perceber e responder adequadamente a essas demandas. Para isso convém refletirmos sobre outro importante conceito instituído por Freud: a contratransferência. Ela tem a ver com nossas reações inconscientes à transferência do outro, no nosso caso o cliente idoso. Aproveitando os exemplos acima, uma possível manifestação contratransferencial do técnico é a de assumir (inconscientemente) a posição de pai ou de filho, na qual o idoso o coloca inconscientemente também. O técnico atento a esses fenômenos não se fixa em tais papéis. Ao contrário, retira-se da posição em que é colocado pelo cliente, e opera no sentido de desenvolver com esse idoso uma relação adulta e produtiva, na perspectiva da sua independência emocional.

Segundo Bion (5), a dinâmica do grupo, incluindo-se aí a relação entre duas pessoas como um importante tipo de conformação grupal, é caracterizada por

***De acordo com Laplanche e Pontalis, em seu "Vocabulário da Psicanálise", a transferência "designa o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos, no quadro de certo tipo de relação estabelecida com eles..."*

um jogo intenso de projeções e de introjeções. Ou seja, além de projetarmos sentimentos sobre o outro, interiorizamos outros tantos. A introjeção é também um processo inconsciente sumamente poderoso, porque ao incorporarmos impressões alheias a nosso respeito podemos efetivamente acreditar em sua validade, passando a nos comportar coerentemente com elas. O idoso, por exemplo, pode introjetar a imagem de um ser incapaz, enquanto que o técnico incorpora a imagem de alguém onipotente, que sabe do que o idoso precisa.

O relacionamento interpessoal, tanto em contextos informais quanto profissionais, é freqüentemente permeado por relações de poder e de dominação. O técnico social está sem dúvida investido de uma certa autoridade, decorrente, entre outros fatores, dos supostos conhecimentos que detenha e cuja finalidade deve ser a de beneficiar seus clientes. Se admitirmos que esse tipo de relação possui uma natureza pedagógica, e como tal é necessariamente assimétrica quanto à distribuição de poder, compreenderemos como inevitável e até necessária a autoridade que acabamos de mencionar. Todavia, a relação técnico-cliente passa a ser anti-pedagógica quando a autoridade técnica passa a ser um instrumento de dominação, ao invés de transformação positiva das condições de vida do cliente. Assumindo uma posição mais radical, Medina (6) considera que mesmo

essa autoridade, que estamos qualificando de técnica, tende a estabelecer uma desigualdade entre técnico e cliente, impossibilitando assim o florescimento daquilo que este autor denomina de Trabalho Social, ou seja, um trabalho de promoção humana.

Sobre os perigos do autoritarismo, Guggenbühl-Craig (7) nos diz: *“todos os que atuam nas profissões sociais, trabalhando para ajudar a humanidade, apresentam motivações psicológicas extremamente ambíguas para as suas ações. Em sua própria consciência e diante do mundo, o assistente social (o trabalhador social, diríamos nós) vê-se forçado a encarar o desejo de ajudar como sendo sua motivação primordial. Mas, nas profundezas de sua alma, o oposto simultaneamente se constela – não o desejo de ajudar, mas o de ter poder e sentir alegria em despotencializar o cliente”*. Evidentemente o autor se refere a processos inconscientes, que têm infelizmente efeitos devastadores. Por isso é de vital importância que todos aqueles que se propõem a lidar com pessoas, principalmente as mais carentes do ponto de vista afetivo ou material, devam estar permanentemente perscrutando suas mais subterrâneas motivações.

Outra questão importante, na conformação da relação técnico-idoso, é o fato de o técnico ser representante de uma instituição. Sua imagem junto ao idoso depende, portanto, da imagem atual que ele tem da entidade na qual

trabalha. Portanto, tendo ou não consciência desse fato, age como mediador da relação idoso-instituição. Deve então colocar-se receptivamente não só frente aos elogios à entidade e à sua pessoa, mas também frente às críticas e às reclamações concernentes às atividades e ao atendimento pessoal oferecido.

Vale a pena lembrar a afirmação de Simone de Beauvoir (8): "*a velhice é sempre do outro*". Isto é, temos dificuldade de perceber nosso próprio envelhecimento. Assim perdemos também a preciosa oportunidade de vivenciar idéias e sentimentos úteis para a compreensão dos velhos, tanto em nossa família, quanto em situação profissional.

Para concluir, devemos nos empenhar no sentido de desenvolver mais e mais uma relação empática com a nossa

clientela. A empatia pode ser entendida como intuição daquilo que se passa no outro. Para Carl Rogers (9) a empatia consiste em captar, com a maior exatidão possível, as referências internas e os componentes emocionais de uma outra pessoa, e compreendê-los como se fossem nossos. Embora conheçamos a complexidade dessa empreitada, nos parece que a boa vontade já representa um grande passo nessa direção, além da coragem para enfrentarmos nossos próprios preconceitos. Tal preocupação não serve apenas para lidarmos melhor com os idosos; serve principalmente para educarmos-nos para o exercício do respeito aos nossos semelhantes (que, aliás, têm o direito de ser diferentes) e para a compreensão de nossa própria velhice.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) OLIVEIRA, Paulo de Salles. *Vidas Compartilhadas – o universo cultural nas relações entre avós e netos*. São Paulo: Hucitec-Fapesp, 1999.

(2) WAGNER, E. M. *Aspectos Sociais no Climatério Feminino*. Cadernos do Curso de Especialização em Gerontologia do Instituto Sedes Sapientiae. São Paulo, 1995.

(3) JUNG, C. G. *O Eu e o Inconsciente*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1984.

(4) WAGNER, E. M. *A Relação entre Corpo e Formação de Identidade, Mudanças Durante o Envelhecimento*. Cadernos do Curso de Especialização em Gerontologia do

Instituto Sedes Sapientiae. São Paulo: 1995.

(5) BION, W.R. *Experiencias en grupos*. Buenos Aires: Paidós, 1963.

(6) MEDINA, C. A. *Participação e Trabalho Social – Um Manual de Promoção Humana*. Rio de Janeiro: Vozes, 1981.

(7) GUGGENBÜHL-CRAIG, A. *O Abuso do Poder na Psicoterapia, Medicina, Serviço Social, Sacerdócio e Magistério*. Rio de Janeiro: Edições Achiamé, 1978.

(8) BEAUVOIR, S. *A Velhice*. Rio de Janeiro: Difel, 1976.

(9) ROGERS, C. *A Terapia Centrada no Cliente*. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

Fundamentos Psicopedagógicos Para uma Ação Educativa em Gerontologia Social

VILMA MARIA BARRETO PAIVA

PSICÓLOGA, PROFESSORA DE GERONTOPSICOLOGIA
DO DEPTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.

“O passado de cada um representa a identidade pessoal e possui um significado subjetivo. Portanto, a experiência acumulada dos alunos da Terceira Idade não deve ser menosprezada, mas valorizada na realização de qualquer tarefa. Assim, o passado ou a história pessoal pode ser um meio para se levantar e discutir questões do presente”.



No mundo de hoje o avanço tecnológico, cada vez mais, exige das pessoas atualização e educação permanente. Para Libâneo (1991) a finalidade da educação na sociedade é preparar o aluno para as tarefas da vida social. O isolamento social tem sido a consequência mais freqüente nos grupos que não se atualizam e não participam. Assim, as pessoas da Terceira Idade, principalmente aquelas que já se afastaram do processo produtivo, vivenciam com mais freqüência esse isolamento social.

Talvez por isso um fenômeno social vem se multiplicando nas sociedades modernas: a criação de escolas e cursos destinados a idosos e aposentados. Para lidar com pessoas de faixa etária mais avançada, deve-se ter conhecimento de algumas de suas idiosincrasias para planejar ações educativas mais eficazes.

I. OBJETIVOS

Em primeiro lugar, os objetivos, que norteiam qualquer ação pedagógica para a Terceira Idade, devem levar em consideração três pontos:

- permitir a transmissão de novos conhecimentos e valores;
- atualizar capacidades potenciais;
- eliminar o isolamento social e afetivo.

Para se atingir estes objetivos deve-se atentar para algumas considerações

importantes. Tendo em vista o isolamento social comum nessa faixa etária a meta mais importante é o estabelecimento do contato com outras pessoas, ficando em segundo lugar a própria realização da tarefa. Neste sentido a pessoa idosa pode se interessar mais pelo processo de fazer do que pelo produto. Assim, a maneira como a tarefa é desenvolvida passa a ser mais importante do que seu resultado final.

Por que isto ocorre? Porque as pessoas comumente se interessam mais pelas tarefas que têm um significado ou uma função imediata. Muitas vezes o resultado proposto é negligenciado, pois é visto como muito distante para ser alcançado.

Devido a experiências repressoras anteriores que algumas pessoas mais velhas sofreram tanto na família como na profissão, elas estão mais interessadas em vivenciar experiências com liberdade e gratificação afetivo-emocional, principalmente quando estão em grupo, deixando um pouco de lado a aprendizagem de regras e de normas limitadoras. Nesse sentido, é importante verificar o nível de motivação para a tarefa proposta. Comumente as pessoas idosas só se interessam por tarefas que tenham um significado pessoal. É importante verificar o que cada pessoa idosa pretende alcançar com determinada participação ou realização.

II. Metodologia para um Trabalho Educativo

2.1- Aspectos Cognitivos

Segundo estudos realizados (GEIST, 1977, GRIBBIN, 1979), não há comprovação de que a inteligência diminui quando se envelhece. As pesquisas indicam ainda a manutenção das aptidões verbais e leve diminuição das aptidões numéricas; e também diminuição na aptidão mnemônica para fatos recentes. A memória do passado, no entanto, se mostra intacta.

No envelhecimento, é possível identificar ainda outras variáveis, que devem ser levadas em conta para a realização do planejamento metodológico:

- a) lentidão no raciocínio em função da diminuição dos processos fisiológicos funcionais;
- b) diminuição natural das capacidades visuais e auditivas;
- c) lentidão na mobilidade e nas capacidades motoras em geral.

De posse dos dados acima citados, alguns resultados e conclusões podem ser encontrados quando se lida com alunos de idade avançada:

- Constatou-se alguma insegurança diante de situações novas e até mesmo certa parcimônia na execução de tarefas em decorrência do medo de errar. É pouco provável, encontrar comportamentos impulsivos nesse período

da vida;

- Os estímulos, que trabalham com a percepção visual, contribuem mais eficazmente para a aprendizagem do que aqueles que trabalham a percepção auditiva. Assim, as atividades que priorizam os recursos auditivos (como a fala) levam facilmente à dispersão e, por conseguinte, ao afastamento dos objetivos propostos. No entanto, se a fala é associada a figuras, a objetos e a outros recursos visuais, mais facilmente o evento será compreendido e memorizado;

- Evidencia-se lentidão do raciocínio e das capacidades sensoriais e motoras, quer para tarefas que exijam compreensão, execução ou locomoção. Por isso é preciso estabelecer um tempo maior para a realização dessas tarefas.

- O passado de cada um representa a identidade pessoal e possui um significado subjetivo. Portanto, a experiência acumulada dos alunos da Terceira Idade não deve ser menosprezada, mas valorizada na realização de qualquer tarefa. Assim, o passado ou a história pessoal pode ser um meio para se levantar e discutir questões do presente;

- É importante incluir a interação, o lazer, a recreação e a diversão como meios para se atingir os objetivos educacionais;

- Qualquer metodologia escolhida deve evitar a infantilização da pessoa idosa; experiências ou metodologias infantis não servem de modelo para adul-

tos idosos;

- Deve-se evitar a superproteção, como por exemplo não ouvir ou tomar decisões sem considerar a opinião da pessoa idosa. A superproteção é muito comum nas relações entre adulto-jovem e adulto-idoso, mostrando que há, por parte do primeiro, negação e desvalorização da autonomia e da independência do grupo mais velho.

2.2- Métodos Pedagógicos

Para se trabalhar com alunos de Terceira Idade os seguintes métodos podem ser utilizados:

a) de exposição oral, desde que associada a perguntas que estimulem a curiosidade, que verifiquem se o conteúdo está sendo aprendido, e que se associem a recursos audio-visuais;

b) interativo, através de um diálogo aberto, fazendo-se uso de leituras, discussões e apresentação de experiências pessoais;

c) Grupal, através da troca de experiências entre os membros do grupo. Neste caso o educador funciona apenas como um facilitador ou coordenador, deixando para o grupo a tarefa de definir objetivos e atribuir tarefas. É importante salientar que, em qualquer atividade grupal de idosos, deve se considerar o tamanho do grupo; pois, ao participar de atividades em grandes grupos, os idosos com limitações sensoriais não ouvem e não visualizam claramente

a mensagem de quem está falando ou expondo. Esta situação conduz à dispersão ou à sonolência. Outro fenômeno às vezes ocorre: a formação de pequenos sub-grupos por proximidade, desestruturando a formação inicial do grande grupo. O ideal é o desenvolvimento de atividades em pequenos grupos, levando ao conhecimento e à interação, e permitindo atividades baseadas na fala e na escuta de todos os participantes, bem como na atenção direta do educador ou do instrutor do grupo;

d) de visitas, vivenciando novas experiências, através de passeios e atividades culturais, permitindo a ampliação de conhecimentos e a aquisição de experiências significativas. Além disso, essa atividade contribui diretamente para diminuir o isolamento social, facilitando a integração com os diversos grupos sociais a que pertence;

e) Experencial, através de relatos de experiências pessoais e/ou emocionais, dramatizações, simulações e treinamentos.

III. Recursos Pedagógicos

Mais Utilizados.

- Cartazes, gravuras e ilustrações, quadro e flanelógrafo para facilitar a memorização de novidades, conhecimentos, orientações e indicações;

- Leitura e discussão de revistas, livros e filmes para se trabalhar histórias

significantes e desencadear situações motivadoras;

- Objetos e utensílios, que tenham significado para o cotidiano e para compreender o passado de cada um (caixas, bolas, roupas, objetos para higiene, objetos de cozinha, alimentos etc.);

- Músicas atuais e passadas, que tenham algum significado para a vida de cada um. Músicas cujo objetivo seja lembrar, integrar, socializar, divertir, melhorar o humor, acalmar, tranquilizar,

e promover estimulação sensório-motora.

Quando a atividade educativa for de transmissão de conhecimentos teóricos, ou meramente informativa, deverá priorizar os recursos mais eficazes, como os audio-visuais e os vivenciais para que os alunos de idade avançada possam introduzir sua experiência acumulada, e, assim, tornarem-se os agentes do processo e não meros expectadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GEIST. *Psicologia e Psicopatologia del Envelhecimento*. Buenos Aires: Paidós, 1977.

GRIBBIN, Kathy. Processos Cognitivos do Envelhecimento. In Burside - "Enfermagem e os Idosos", traduzido para o português por Lauro Blady e Almeida Souza. São Paulo: Andrei, 1979.

LIBÂNEO, J. Carlos. Didática. São Paulo: Cortez, 1991.

TURRA, Clodia Godoy et alii. Planejamento de Ensino e Avaliação - PUC-RS. Porto Alegre:1975.

Barreiras à Integração Social do Idoso

JOSÉ RAMOS QUEIROZ

MÉDICO GERIATRA. PROFESSOR DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE SALVADOR-BA. EX-SUPERINTENDENTE DO INPS E DO INAMPS.

“A preparação para a Terceira Idade deve começar na década dos 40 anos, prevenindo o envelhecimento rápido ou mesmo precoce e, tanto quanto possível, o aparecimento de doenças. Para um indivíduo com antecedentes normais, espírito aberto e compreensivo, o envelhecimento não trará maiores problemas”.



No ciclo biológico do homem a velhice leva a desvantagem de ser a última fase, a do declínio, a do retorno inexorável à mãe terra. Sustar esse mecanismo será, talvez, atentar contra as leis naturais. Torná-lo mais lento, com razoável manutenção da normalidade anátomo-fisiológica, evitando as manifestações mórbidas, é uma justa aspiração do ser humano.

Estamos um tanto distante dessa realidade. Múltiplos fatores impedem-na de se concretizar. Basta uma manifestação anormal congênita, um desenvolvimento insuficiente na infância e na adolescência, ou uma seqüela na fase adulta, e a velhice poderá ficar irremediavelmente comprometida.

De modo genérico, podemos distinguir três tipos de idosos: os que envelhecem normalmente, sem maiores alterações orgânicas e mentais; os que manifestam precocemente modificações somato-psíquicas; e os que acrescentam à marcha regressiva um estado patológico.

A reação desses tipos será bem diversa não só ao processo involutivo em si, mas igualmente ao ambiente em que vivem, às vezes, tolerante, quase sempre indiferente, e em certos casos hostil.

Estão constituídas assim as barreiras à integração do idoso, das quais participam ele próprio, a família, a sociedade, a situação sócio-econômica, o grau

de instrução e de educação, as modificações ecológicas e as alterações urbanísticas (transporte, segurança etc.).

Na realidade há interdependência desses óbices, de modo a tornar difícil caracterizá-los isoladamente. Iremos mencioná-los num estudo conjunto, tentando esboçar protótipos, para facilitar a exposição.

Deixando de lado a especulação de quando se inicia o envelhecimento, com a maior expectativa de vida podemos considerar uma pessoa idosa a partir dos 70 anos. A Terceira Idade fica como sendo uma faixa intermediária entre o estado adulto e a velhice (maturidade ou meia idade, dos 50 aos 69 anos), em vez dos limites preconizados pela OMS:

- Meia idade – de 45 a 49 anos
- Idoso - de 60 a 74 anos
- Ancião – de 75 a 90 anos
- Velhice extrema - de 90 em diante (John Piscopo – Washington, 1979)

A preparação para a Terceira Idade deve começar na década dos 40 anos, prevenindo o envelhecimento rápido ou mesmo precoce e, tanto quanto possível, o aparecimento de doenças. Para um indivíduo com antecedentes normais, espírito aberto e compreensivo, o envelhecimento não trará maiores problemas.

Podemos ordenar as dificuldades à integração dos idosos como causas físicas, psíquicas, patológicas e sociais.

As transformações normais do organismo, tanto na área física quanto na psíquica, variam de indivíduo para indivíduo, não havendo às vezes correlação com a idade cronológica.

Há uma diminuição progressiva das funções vegetativas e das de relação. Destas, destacamos a audição, a visão e a locomoção. Se o idoso não vê bem, ouve mal e se movimenta lentamente, deve haver por parte dos que lidam com ele compreensão e paciência, de modo permanente ou fortuito.

Além dessas alterações o dessecação da pele e a queda dos cabelos, alterando a fisionomia, preocupam sobretudo as mulheres. A dificuldade na mastigação implica numa alimentação apropriada, que nem sempre pode ser obtida ou levada em consideração. Os fenômenos artrósicos, mormente os da coluna vertebral, podem encurvar o idoso, dando-lhe uma feição grotesca. A perda progressiva da memória, mormente dos fatos recentes, é outro fator de irritação para o idoso e para os que o ouvem na repetição dos mesmos episódios.

O sexo no idoso está envolto em preconceitos, delírios de grandeza, complexos e frustrações. Se o organismo vai se modificando como um todo, é claro que o aparelho reprodutor não será uma exceção. É preciso atentar para as diferenças biológicas entre o homem e a mulher; entender melhor as transforma-

ções que se processam, e assim destruir os tabus ainda existentes.

As fases da fisiologia sexual são bem mais nítidas e definidas na mulher do que no homem – menarca, período reprodutivo e climatério, onde se destaca a menopausa. No homem a capacidade de reprodução é bem mais duradoura. Ainda se discute a propriedade dos termos climatério masculino e andropausa para indicar o declínio dessa atividade. A mulher, entretanto, leva a vantagem de estar sempre pronta para o ato sexual, mesmo que o realize contra sua vontade, sem nenhuma satisfação. O homem tem que se preparar para o dito ato; mesmo em plena normalidade, uma série de fatores pode interferir de modo negativo e ele fica impossibilitado de realizá-lo. Quanto maior a idade cronológica, maior a preocupação do homem em manter o mesmo ritmo sexual de quando era jovem. A desilusão não se fará esperar.

É preciso convencer o indivíduo da Terceira Idade que a atividade sexual pode ser mantida por longo tempo, dentro dos limites da capacidade orgânica, e que esse fato não constitui nenhuma diminuição da masculinidade.

Quanto à mulher, é preciso alertar que o climatério é um estágio normal da vida; orientar quanto às precauções a serem tomadas para mantê-lo nos limites fisiológicos, e o essencial é dizer que a menopausa não significa o término da

atividade sexual; às vezes, ao contrário, ocorre aumento do desejo e da satisfação sexual. A discricção, mais que nunca, deve acompanhar essa nova motivação que a mulher descobriu e que o homem mantém, para evitar que se tornem objeto da reprovação e do anedotário irreverente de amigos e conhecidos.

Quando um casal envelhece, vai se ajustando às suas novas condições, inclusive às da área sexual. Se há separação ou um deles falece, a situação do sobrevivente é seriamente agravada e ameaçada pelo pior dos males – a solidão, mormente quando se sente isolado, mesmo não estando sozinho.

É um direito a formação de novo lar, e a mulher sofre indisfarçável e injusta discriminação, que a compele a uma vida por vezes incompatível com seu temperamento e formação, mesmo porque “viúva não é uma mulher cuja perda do marido fica obrigada a dar um novo sentido à sua vida”. Aceitar e mesmo estimular a união entre idosos é salutar. Ridicularizá-la ou combatê-la, confundindo afeto e ternura com aquelas manifestações libidinosas da esclerose, é insistir em tornar sinônimos envelhecimento e doença.

Para o idoso o casamento está assente em base primordialmente afetiva, e além de carinho, entendimento e amparo mútuo, também é sexo, e tão verdadeiro no sentimento – o amor – quanto o do mais jovem. Não há mais o instin-

to de perpetuação da linhagem, e sim o de completar o ciclo vital ao lado de alguém que neutralize as naturais restrições da inexorável marcha do tempo, tornando-o mais suave e ameno, menos perceptível e inquietante.

Não podemos estabelecer critérios nem normas rígidas para a questão sexual dos idosos. Cada um deverá resolvê-la da maneira que lhe parecer melhor e de acordo com suas condições pessoais.

As modificações psíquicas vão desde o aparecimento ou recrudescimento de manias, de irritabilidade ou de apatia, ditadas pela esclerose progressiva, até manifestações mais graves. Alguns desses transtornos poderão ser superados ou atenuados se o idoso for preparado para isso; do contrário, dificultarão a convivência e a comunicação. Sabemos que, em certos casos, não é fácil distinguir onde termina o processo involutivo normal e quando se inicia o estado de morbidez. Por isso mesmo a gerontopsiquiatria é um dos setores mais importantes da Geriatria. Ela tenta evitar que aconteça ao idoso um dano mental irreparável. As desordens mentais podem até atingir o limite da incapacidade legal, transformando o idoso num ser vegetativo, com deterioração total do intelecto.

As barreiras patológicas podem ser irremovíveis, se o idoso for acometido de doença incapacitante (e dela não se

recuperar), como acidente vascular cerebral, artrite (em suas diversas modalidades), doença de Parkinson, osteoporose, fraturas, insuficiência cardíaca descompensada, além do câncer terminal, etc.

A resistência dos hospitais em aceitar o doente crônico e incapaz, a precariedade da habitação, a ausência de pessoa para cuidar do idoso, a deficiência de recursos financeiros, são agravantes que emprestam um ar de tragédia e desespero aos que lidam com esse tipo de problema. A "nursing home" dos países desenvolvidos ainda não chegou até nós, e a perspectiva, nas circunstâncias atuais, é reduzir ao mínimo a assistência médica oficial, mormente a hospitalar. Enquanto isso, assistência particular só é acessível a um grupo privilegiado da população.

Esses óbices, sobrevindos às vezes de modo brusco e inesperado, são os mais difíceis de transpor, mesmo quando há boa vontade, dedicação e desvelo por parte de familiares e amigos.

Vejamos algumas barreiras sociais, das quais avulta a constituição da família, nela incluída ou não o idoso.

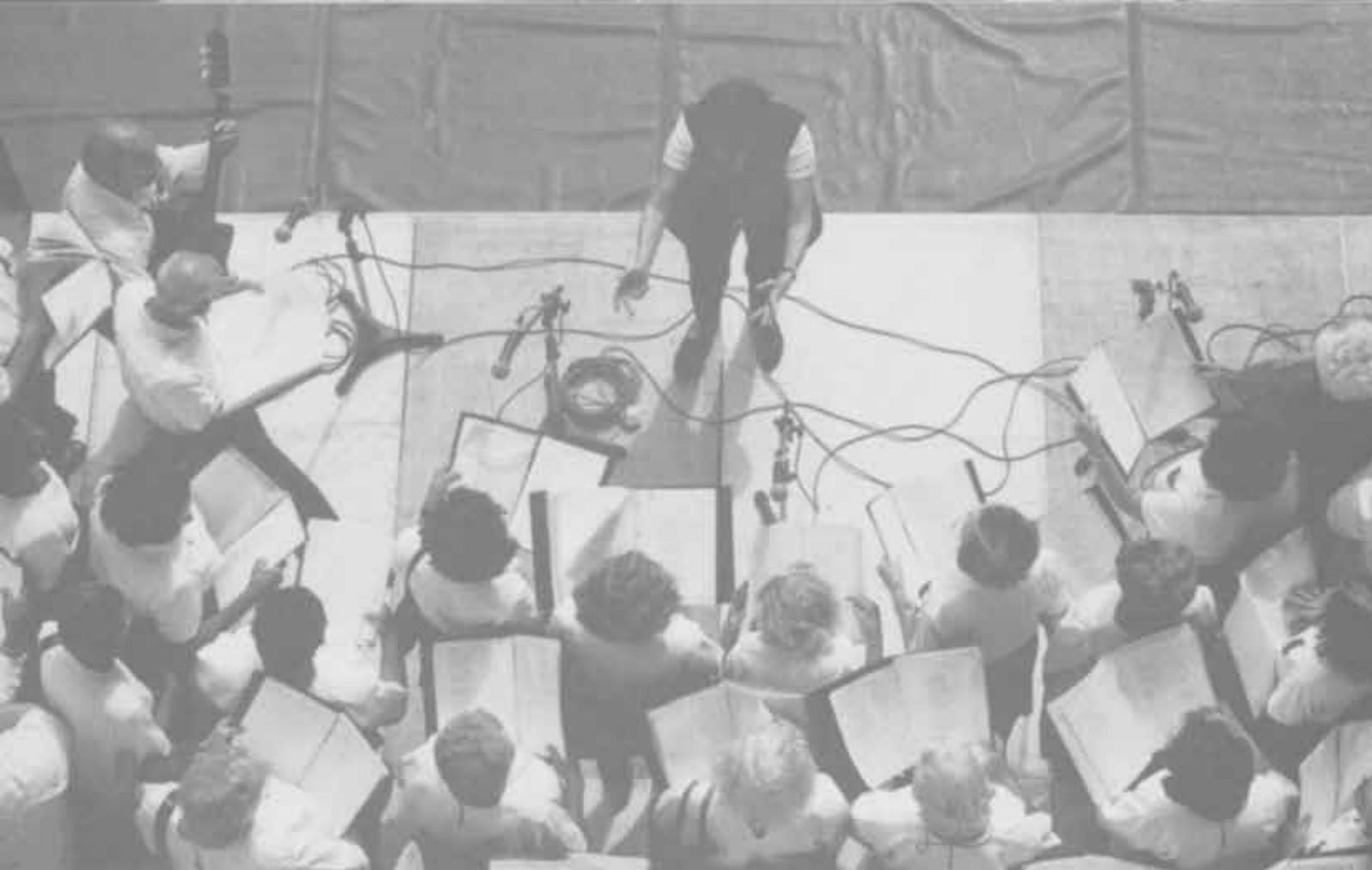
Várias tentativas têm sido colocadas em prática para resolver o problema da habitação. A insuficiência de espaço para alojar o parente mais velho, principalmente nos apartamentos, pode se transformar em impedimento intransponível em países em desenvolvimento, sendo o nosso país um exemplo fri-

sante com seu déficit habitacional crônico e sem solução à vista. Em outros países algumas tentativas podem ser mencionadas: no Japão, o empréstimo módico para ampliação da residência; na Suécia, a doação de certa quantia com o mesmo fim; na Inglaterra e Austrália, anexos às casas ou pisos especiais nos prédios para construção do "apartamento dos avós", dando maior privacidade tanto à família quanto aos idosos; na Iugoslávia, a escolha de uma família para compartilhar com um idoso a sua residência, quando ele a possui, mediante um contrato especial.

A atividade laborativa do indivíduo termina, por lei, aos 70 anos, embora ele possa aposentar-se após 35 anos de serviço ou aos 60 e 65 anos de idade, conforme o sexo. A aposentadoria, por si mesma ou pela falta de preparação prévia, pode se constituir em um grave transtorno à vida do ex-empregado e da sua família. Lembremos os três "D" da aposentadoria: deslumbramento, decepção e desespero.

A aposentadoria é mais uma barreira para quem chega à Terceira Idade; principalmente para quem se sente capacitado, em plena atividade e exercendo função de chefia. Os funcionários mais jovens ficam contando os dias de seu afastamento a fim de ocupar sua posição. O aposentado julga ser fácil encontrar outra atividade, pela sua prática, conhecimento, folha de serviço





impecável. Pura ilusão: as portas estão fechadas para os velhos, mesmo que sejam “cinqüentões”. Para as mulheres a situação é ainda pior, pois os valores dos atributos físicos da juventude são os únicos a prevalecer em nossa sociedade. Se o idoso pode sobreviver com o que percebe, deve dedicar-se a um serviço voluntário, encontrar um hobby, descobrir uma atividade artesanal que o ocupe. Deve evitar tornar-se inativo para evitar o “complexo de inutilidade” e o desgaste somático e psíquico oriundos da ociosidade.

A pobreza é outra barreira importante, pois torna o idoso dependente da família, dos amigos, da comunidade e do Poder Público. Por menor que seja a contribuição do idoso, esta lhe dá a sensação de que não é inútil, nem um peso morto, e o transforma num participante da renda familiar.

Se ele não tem onde residir por não ter família, amigos, moradia com outros idosos, terá de recorrer aos abrigos governamentais, sobretudo se não receber numerário de aposentadoria, pensão etc. Por isso achamos valiosa e útil a iniciativa do Ministério da Previdência que, em 1974, estabeleceu a renda vitalícia, equivalente à metade do maior salário mínimo, para pessoas com mais de 70 anos ou inválidos, mesmo sem o caráter de segurado ou beneficiário.

O idoso, por sua vez, deve modifi-

car a imagem negativa que tem de si mesmo, ou a imagem que a sociedade faz dele – fisicamente desgastado, doente, incapaz, inútil, implicante, negligente consigo mesmo, desatualizado etc. Se o adulto aprende em tempo que a velhice é um estado normal da vida, e por isso mesmo deve ser bem aceita, uma série de complicações e a própria doença não aparecerão, desde que medidas preventivas sejam tomadas no devido tempo.

Há duas principais situações a evitar: o complexo de inutilidade e a solidão. No primeiro caso, qualquer atividade, mesmo voluntária, conforme aptidão anterior ou preferência pessoal, deve ser estimulada; no segundo, se o idoso vive com familiares deve saber adaptar-se aos novos hábitos e costumes, aos modismos e à gíria da época, embora não os aprove ou pratique. Nada de pretender impor suas convicções, seu modo de interpretar fatos e acontecimentos, e de dar a “última palavra”. Se puder, pelo convencimento e persuasão, restringir excessos ou desvios de conduta dos jovens, estará tomando uma atitude meritória. Se não, deve esperar que o tempo dê a melhor oportunidade para ministrar conselhos e ensinamentos. Só assim o idoso, exceto em casos irrelevantes, será estimado e respeitado, tornando-se o “confessor” da família e o ponto de convergência para solucionar os seus problemas com ex-

perícia e bom senso. É imperativo dissociar a velhice da impertinência, da rbugice, da incapacidade e do egoísmo.

O idoso precisa também vencer o complexo de inferioridade, praticando esportes, e divertindo-se em clubes e reuniões sociais sem descambar para o ridículo e o exibicionismo.

O antagonismo entre as gerações ultrapassa os limites da família e atinge a sociedade: o mais moço lutando para conquistar seu espaço, e o idoso tentando manter-se útil, produtivo, lembrado e respeitado. Nesse confronto não se deve fixar o idoso como o anti-jovem, na expressão de Gilberto Freire, mas dar-lhe condições de bem estar e higidez física e mental sem superproteção, como um valor nacional vivo e atuante, e não como um objeto de piedade e comiseção. Os velhos, no dizer de Paul Arbousse Bastide, devem sentir-se responsáveis pela memória do futuro.

A assistente social Zally Pinto Vasconcelos de Queiroz distingue dois tipos de relacionamento entre os jovens e os de idade mais avançada: o afetivo, geralmente entre idosos e netos, entre sobrinhos e crianças em geral; o competitivo, entre o adolescente, quando começa a se sentir adulto e quer decidir sua própria conduta e seu destino, além de mais tarde pretender ingressar no mercado de trabalho, e o mais idoso que poderá ser o seu concorrente.

A crise econômica e social de nos-

os dias praticamente determinou a dissolução da família tradicional, muita vez congregada a um só ramo de atividade, transmitida com orgulho a sucessivas gerações. O êxodo rural, a migração interna, o imperativo do trabalho diferente para cada membro da família, muita vez fora da profissão escolhida ou pretendida, transforma pais, filhos e irmãos em quase estranhos, entregues aos próprios pensamentos, atribuições e interesses. É um "entra e sai" constante, sem hora certa para a refeição ou o repouso. Nessa confusão doméstica, em que, às vezes, há apenas margem para um rápido "oi" no encontro fortuito, à saída ou entrada de casa, como situar o parente idoso?

Não é fácil para um indivíduo de outra época, de geração anterior, envolvido em seus próprios conflitos, com idéias pré-formadas pela educação recebida ou sem ela, conviver com um ambiente, na aparência, antagônico e, por vezes, hostil.

A posição do idoso pode variar não só em relação àqueles que com ele convivem, mas também de acordo com o seu próprio comportamento – a personalidade do idoso reflete sua maneira de ser quando jovem, porquanto "tal como vivemos, assim envelhecemos", no dizer de Felix Post. O diálogo e a compreensão mútua, a concordância em ceder aqui e ali, em vez da exacerbação de ânimos que radicaliza e desune,

mantém o equilíbrio da família, ficando o idoso na condição apropriada à sua idade e estado físico, dentro do seu nível na hierarquia familiar.

O I Encontro Nacional de Idosos, promovido pelo SESC-São Paulo em setembro de 1982, apresentou conclusões sobre previdência social, saúde, serviços urbanos, educação, participação comunitária, institucionalização, lazer e família. Sobre esta e seu relacionamento com os idosos foi dito que:

- "é imperiosa a necessidade de conscientização da família para que não veja o idoso, mesmo inválido, como um ser desprezível e descartável, mas como uma pessoa que precisa, sobretudo, de calor humano";

- "é preciso que se tome alguma medida para que os idosos não sejam levados para o asilo, a não ser em último caso, pois acontece que a maioria das famílias os internam para se livrarem deles";

- "os meios de comunicação são responsáveis pelo distanciamento cada vez maior entre as gerações, quando exaltam demasiadamente as qualidades dos jovens, ou quando selecionam essa faixa etária como exclusiva para direcionar a publicidade dos bens de consumo";

- "a educação é uma questão primordial para o perfeito relacionamento familiar. Assim, o processo educativo deve atingir a família como um todo, na

perspectiva de um conhecimento melhor sobre o envelhecimento, para que haja aceitação da pessoa idosa e para que ela possa agir de modo positivo no convívio familiar".

A permanência do idoso na família, mesmo vivendo em harmonia, pode acarretar problemas quanto às diversas obrigações dos seus participantes e ao seu direito ao lazer. Assim, quando o casal precisa sair para o trabalho e os filhos para a escola, quem cuidará do idoso? Nos fins de semana e durante as férias, na impossibilidade do idoso os acompanhar, como fazer? A solução será o Day Center – Centro de Convivência, o Clube ou outra organização que acolha o idoso durante o dia. Conforme a estrutura e os recursos, o Centro poderá fornecer alimentação, diversões, atividade laborativa, exercícios físicos e até fisioterapia. Se dispuser de quartos, hospedará temporariamente o idoso durante o período de afastamento da família. Também se poderá recorrer às clínicas de recuperação, residenciais e outros congêneres. Isto acontece na Inglaterra, na França, na Dinamarca etc. Não sabemos quando se generalizará em nosso país.

Esses problemas não são encontrados apenas no Brasil. Nos países mais desenvolvidos, entretanto, há por parte do Estado ou por iniciativa particular, tentativas para diminuir ou, mesmo, anular as barreiras contra os idosos. Veja-

mos alguns exemplos. No Canadá, ou mais precisamente em British Columbia, foi fundada a "Sociedade dos Avós Voluntários" (1980), subvencionada pelo Ministério de Recursos Humanos para proporcionar aos idosos distantes dos netos a possibilidade de vê-los, ou a escolha de crianças a quem puderem se dedicar. Na Alemanha Ocidental (Hanover –1979) a organização voluntária "Kuratorium Deutscher Altershilfe" oferece aos jovens cursos sobre envelhecimento. Uma publicação belga – Le Troisieme Age, dirigida por Simone de Nave, resolveu, durante 3 anos (de 1975 a 1977), chamar a atenção do público em geral para um aspecto do programa dos idosos e sua integração: 1) mostrou a necessidade de um melhor relacionamento entre jovens, adultos e idosos; 2) procurou determinar os fatores necessários para assegurar a participação contínua dos idosos na sociedade; 3) dedicou-se a modificar a imagem que o público em geral tem dos mais velhos. Na Alemanha (Munich, 1981) decidiu-se estimular a permuta de residências amplas sub-ocupadas entre seus moradores e as famílias mais numerosas. Na Austrália, já se cuida de estribo especial nos ônibus; de sinais de tráfego mais lentos nas avenidas e ruas largas; do aumento dos caracteres nas etiquetas de preços nos supermercados para maior facilidade de leitura etc.

Enfim, muitos países procuram diminuir os inconvenientes e óbices que

dificultam a existência dos idosos, proporcionando-lhes assim maior comodidade e conforto.

Pela primeira vez no Brasil e mesmo na América Latina a Terceira Idade teve voz e voto, no Encontro de Idosos já mencionado. Uma particularidade: esse Encontro foi estruturado por um jovem idealista, devotado inteiramente à causa da terceira idade, dignificante exemplo para os mais moços: Marcelo Antônio Salgado, gerente da Gerência de Estudos e Programas da Terceira Idade do SESC de São Paulo.

Entre as conclusões gerais, do referido certame, está a afirmação de que "o primeiro passo será levar avante a proposta final, apresentada no Encontro e aplaudida por todos: "a fundação de uma Associação Brasileira de Idosos, com objetivos bem definidos, e com a finalidade de permitir maior integração do idoso com o seu meio social".

Aí está o marco inicial da transformação dessa legião de brasileiros, considerados improdutivos e, por isso mesmo, marginalizados e esquecidos, em um poder atuante; em uma forma de pressão positiva, sem conotação política ou de qualquer outra natureza, e com a finalidade precípua de se fazer ouvir e conseguir afirmar, em alto e bom som: aqui estamos, vivos; ainda somos gente e podemos ser tão úteis como quaisquer outros. Será que o Brasil, tão carente de valores e lideranças, continuará des-



O Papel da Universidade na Reinserção Social do Idoso

LÍBIA LIMA FRANCIOLI

PEDAGOGA. COORDENADORA DA UNIVERSIDADE PARA A
TERCEIRA IDADE – ULBRATI (RE)FLORESCER, DO INSTITUTO LUTERANO
DE ENSINO SUPERIOR DE JI-PARANÁ-RO.

“Através do engajamento social, os idosos reapropriaram-se dos sonhos e dos objetivos de vida abandonados ao longo do caminho por falta de oportunidades e pela descrença na capacidade de alcançá-los”.

O termo Terceira Idade, adotado para definir uma categoria etária, cujo início situa-se entre os 60 e os 65 anos de idade, segue a "terminologia francesa de HUET". Tal delimitação etária é também aceita pela Organização Mundial da Saúde como marco inicial caracterizador do envelhecimento. Todavia, esse conceito não se aplica à realidade da Região Norte do país, mais especificamente do Estado de Rondônia, cujas condições climáticas, aliadas às precárias condições de saneamento e à ausência de medidas asseguradoras de uma melhor qualidade de vida, fez com que se adotasse a faixa etária de 55 a 60 anos para identificar os indivíduos que entram e ingressam nos raros programas de atendimento ao idoso aí existentes.

Rondônia, um estado de grandes dimensões geográficas, cuja colonização deu-se por pessoas oriundas das mais diversas regiões do país, tem, por isso, uma visão diversificada sobre a velhice. Dependendo da cultura e dos costumes de cada região, os velhos são mal ou bem tratados, integrados ou não à família e à vida social.

Apesar de jovem, o Estado detém um grande número de idosos, cujo envelhecimento seguramente não é apenas um processo físico natural, mas sim um processo individual com ampla variedade de características, predominando o chamado envelhecimento social, que ao contrário do físico, não é uma fatalidade,

já que pode ser retardado ou até mesmo evitado.

Se para o idoso brasileiro tudo – ou quase tudo – está por ser feito, o nível de carência da população idosa de Rondônia – constituída por 57.911 idosos, 4,46% da população total – é ainda mais grave. Dos 57.911 idosos do Estado (60 anos e mais), 4.495 concentram-se no município de Ji-Paraná, cuja população total é de 94.634 habitantes, representando portanto um percentual de 4,75%.

Pouco se conhece dos programas de atendimento ao idoso em Rondônia. Sabe-se do trabalho do SESC em Porto Velho, capital do Estado, que por ser pioneiro tem a maior expressividade. Existem também algumas iniciativas recentes, constituídas na forma de abrigos governamentais e não governamentais: Casas Lares, Fundações, asilos e a predominância de Centros Dia, mantidos por algumas prefeituras. Vale ressaltar que tais iniciativas têm caráter paliativo e assistencialista, sem o real e necessário aprofundamento que a questão requer.

Não há dúvida, de que, embora tímidas e paliativas, as ações empreendidas no município, a partir do conhecimento dessa realidade num contexto bem maior que é o envelhecimento populacional no mundo, têm o mérito de despertar em alguns segmentos da comunidade ji-paranaense uma reflexão mais pragmática em relação a um quadro de necessidades. É de uma ação con-

creta de que trata este estudo. Essa pesquisa, no amplo universo de investigação acerca da velhice, deu ênfase à questão do envelhecimento social e de seu redimensionamento a partir da criação de um espaço aberto a uma categoria que precisa principalmente de uma orientação quanto à melhor maneira de superar suas próprias limitações e, sobretudo, de enfrentar os preconceitos que são verdadeiras barreiras ao exercício de sua cidadania.

Um programa de educação continuada

Lançado em junho de 1997, o Projeto Universidade para a Terceira Idade destina-se a pessoas com idade igual ou superior a 55 anos. Tem por meta a criação de um espaço promotor de novos conhecimentos, de novas oportunidades e de resgate da identidade e da cidadania. Tais objetivos são alcançados através da reflexão da clientela sobre o seu existir e seu fazer, oportunizando a troca de experiências e valorizando as histórias individuais e coletivas, levando-a, assim, ao engajamento biopsicossocial”.

Trata-se de um Projeto de Extensão vinculado à Coordenação de Pesquisa e Extensão do Instituto Luterano de Ensino Superior de Ji-Paraná – ILES. Faz parte do Complexo ULBRA, cuja experiência parte do pressuposto de que a Universidade tem um importante papel social e

que pode ser este o espaço que propicie à sociedade e à clientela específica, a tomada de consciência da riqueza de sua vida pessoal e a importância da comunicação de sua experiência a outras gerações, desenvolvendo o equilíbrio e a compreensão mútua num mundo tão conflituoso e dinâmico.

Dentro desta perspectiva, alinham-se os seguintes objetivos: 1) permitir às pessoas da Terceira Idade que sejam sujeitos e agentes de sua promoção social, uma vez que com o passar dos anos seus papéis e status foram se perdendo. Na melhor das hipóteses esses papéis foram sendo substituídos por outros nem sempre desejados ou buscados; 2) propiciar condições para o desenvolvimento do indivíduo e para sua integração na comunidade, reconhecendo seu potencial de contribuição para a sociedade e seus direitos como cidadãos; 3) envolver a Universidade de forma interdisciplinar no tratamento da questão da Terceira Idade, abrindo campo de atuação, de ensino e pesquisa.

Com a implantação do Programa Universidade para a Terceira Idade, iniciou-se uma investigação sobre os reflexos que o Programa teria na vida dos alunos, com a atenção voltada mais especificamente para a questão do envelhecimento social e de seu possível redimensionamento através do estímulo às relações com as pessoas de sua geração e, também, com as de outras gerações.

Essa intervenção previu que, ao final de três anos, fosse possível uma avaliação de alguns resultados deste processo.

Método e técnicas de investigação utilizados

O estudo partiu de um processo indutivo que foi se delimitando na exploração dos contextos onde se realizou, da observação do grupo estudado e dos contatos estabelecidos no decorrer da experiência com os informantes. Utilizou-se para levantamento de dados, a ficha de matrícula, elaborada de forma que possibilitasse também traçar um perfil biopsicosocial do matriculado. Através dessa ficha, preenchida através de entrevista, procurou-se focar os aspectos que, segundo o levantamento bibliográfico e objetivo da pesquisa, fossem relevantes ao estudo e que pudessem fornecer elementos básicos para o primeiro diagnóstico da situação, sem pretender esgotá-lo, para, assim, subsidiar futuras investigações.

Para um segundo diagnóstico, foram gravadas as entrevistas, inferindo-se que, mesmo para os alunos alfabetizados, as questões escritas seriam de difícil compreensão, considerando-se também a dificuldade de expressão escrita de vários participantes.

Dentre os 65 alunos matriculados na Universidade para a Terceira Idade da ULBRATI, 50 participaram desta pesqui-

sa, cujo processo utilizado para obtenção da amostra foi a frequência destes às atividades oferecidas pelo Programa. Desse grupo foi extraída uma amostra representativa equivalente a 25% do total, cujos componentes foram selecionados através de sorteio.

Perfil dos alunos da ULBRATI

O conjunto dos alunos se situa na faixa etária de 55 a 80 anos. A maior concentração por idade se coloca entre 60 e 75 anos. A amostra se constituiu de um grupo de 45 mulheres e 05 homens. A maioria é de viúvos (28). Os demais estão assim distribuídos: casados, 18, divorciados, 03 e 01 solteiro.

O número de filhos varia entre 02 e 12, predominando o número de 04, 06 e 10 filhos, todos maiores de idade e, em sua maioria, casados. Dos 18 entrevistados que são casados, 11 moram com o cônjuge e os filhos, mas somente um casal participa das atividades do Programa juntos; 17 moram e/ou são mantidos pelos filhos, 03 com pais e irmãos, quase sempre como cuidadores desses, e os 12 restantes moram sozinhos.

Quanto ao relacionamento com os familiares, somente 04 idosos disseram ser péssimo. Os demais se relacionam de forma satisfatória, muito embora alguns expressem clara insatisfação quanto ao tratamento recebido.

O nível de escolaridade varia entre

o analfabetismo e o superior incompleto, predominando os níveis mais baixos de escolarizações: 22 analfabetos, 14 semi-alfabetizados, 13 com nível médio e 01 com nível superior incompleto.

Apesar de estarem no grupo etário dos que se aposentam, apenas 19 recebem tal benefício, 11 são pensionistas, 09 são dependentes dos filhos e 03 têm algum vínculo empregatício com remuneração fixa. Os demais exercem algum tipo de atividade remunerada, são costureiras, vendedoras e lavadeiras.

Observou-se ainda que de todos os entrevistados, apenas as mulheres são pessoas ativas, ou seja, mantêm-se ocupadas com os cuidados da casa, dos filhos, dos netos ou, ainda, exercem alguma profissão. Os homens, todos aposentados e inativos, não desenvolvem nenhum tipo de atividade, seja ela remunerada ou não.

Fio condutor das ações

Além dos dados estatísticos necessários para traçar o perfil dos alunos, verificou-se também as suas expectativas ao ingressarem no grupo. A resposta predominante foi fuga à solidão, seguida do desejo de conhecer e conviver com pessoas da mesma faixa etária, se ambientar e se sentir valorizados. Alguns disseram precisar preencher o tempo, outros manifestaram o desejo de aprender a ler e escrever e apenas alguns mencionaram

a participação dos filhos no encaminhamento ao grupo, influenciando em sua decisão de dele participar.

Tendo como referência as expectativas do grupo, a Universidade para a Terceira Idade centrou suas ações em atividades que viessem contemplar tais expectativas. Implantou-se inicialmente as atividades físicas e recreativas que passaram a acontecer em todos os três encontros por semana, no período vespertino.

Inicialmente constrangidos num ambiente onde a maior circulação é de adolescentes, preocupavam-se com seus trajés e sua aparência. Nessas situações iniciais observavam e eram observados pelos jovens.

Ficamos atentos à percepção que os jovens poderiam ter do grupo recém ingresso em seu espaço. Era comum ver os jovens manifestarem um grande interesse e curiosidade, reunindo-se em grupos para assistirem às aulas dos idosos, ora divertidos, ora surpresos com o que viam.

Da curiosidade inicial, os jovens, irreverentes, vez ou outra, se aproximavam dos idosos durante as atividades destes, promovendo-se assim uma integração espontânea, que viabilizou não só a liberdade de circulação dos idosos, mas também afastou a sensação de ridículo por parte dos velhos por estarem brincando e jogando, ou seja, fazendo coisas que só os jovens fazem.

sos de si mesmos, tornando-se esta uma questão básica para o encaminhamento dos trabalhos conclusivos deste estudo. O que significa estar na Terceira Idade e qual a percepção individual, familiar e social que se tinha e a que passaram a ter após o ingresso no grupo?

Através de um sorteio, foram convidados 13 alunos, que constituíram uma amostragem representativa, que sob a forma de entrevista foram abordados sobre questões como perdas de papéis sociais, situação familiar e convívio social.

De manifestações conformistas inicialmente apresentadas, passou-se a uma reflexão mais abrangente quanto a exclusão familiar. As observações acerca do idoso como fardo para a família foram comuns, levando cada um a refletir sobre sua própria relação familiar e passando a entender e até compartilhar uma solidão que fora também sua até o encontro com os pares.

Nos depoimentos, percebeu-se o que na fala deles *"seria uma estrada sem volta"*, evidenciada no estar cada vez mais em contato consigo mesmos e cada vez menos em contato com os outros. Relataram que, à medida em que foram envelhecendo viram-se obrigados a corresponder à imagem estereotipada do velho, mudando sua postura, tornando-se curvos, andando menos e mais lentamente, arrastando os pés, carrancudos e tristes. Foram obrigados a ser compreensivos, subservientes, sempre prontos a

atender e entender aqueles que os repeliavam do espaço que outrora fora seu e onde em suas repetitivas histórias cabiam mais. Vestiam a "roupa de velho" sem se permitirem questionar qual o seu conceito de velhice, e se realmente sentiam-se como tal. Enfim, viviam a vida que a sociedade esboçou para eles.

Em alguns depoimentos verificou-se a crença de que a dignidade não podia fazer parte do dia-a-dia do idoso, parecendo estranho a eles o tratamento digno e respeitoso que receberam no espaço da ULBRATI, tratamento, que, aliás, deveria permear todas as formas de relacionamento humano.

Citaram repetidas vezes a existência de um mundo paralelo, sem cor e beleza. A qual mundo estariam se referindo? Onde estaria o problema? De que forma estariam contribuindo para esse alheamento? O mundo paralelo, e para eles agressivo, manifesta-se de várias formas e é muito difícil acompanhá-lo e assimilá-lo. Referiram-se às sucessivas e rápidas transformações pelas quais o mundo passa, especialmente porque o mundo contemporâneo – mais que em qualquer outra época da história, - não propicia o diálogo intergeracional, que provoca o desengajamento familiar e social, cujas causas fogem à compreensão daqueles que chegando à velhice, não sabem mais para onde ir. Nesse contexto como imigrantes no tempo e no espaço, desconhecem o idioma domi-

nante. Assim, passaram a se perceber como pessoas impossibilitadas de travar qualquer diálogo, e onde não há diálogo, não há comunicação, e num ambiente onde não há comunicação freqüente, vai se instalando, não só o isolamento, mas sobretudo, a atrofia vital.

A cada questão lançada aos entrevistados, viu-se confirmada a idéia de que a instituição social familiar é que reproduz o modelo social vigente; no qual a figura do idoso é encaminhada ao anonimato e à marginalização.

Durante muito tempo esses alunos mantiveram-se em casa, cultivando sua velhice como processo de desligamento, e, enquanto esperavam a chegada da morte, mantiveram-se passivos em relação à vida e em relação à sociedade, sofrendo injustiças tremendas e agressões extraordinárias, tentando ser invisíveis, incomodando e falando o menos possível.

Contrapondo-se a essa realidade de quem "já deu tudo o que tinha que dar", passaram a atuar num outro palco, onde passaram a ser donos de suas ações, donos de seus desejos e sentimentos, questionando o próprio conceito de velhice resignada.

É com essa nova visão de si que, aos poucos, eles tem rompido a imagem estereotipada e preconceituosa daqueles que vêem a velhice externamente, não atingindo sua essência. O convívio com os pares num ambiente de respeito mú-

tuo fez com que aqueles que no dizer de Alda Rufino "se mantinham sentados, psicologicamente sentados", comessem a se levantar, assumindo uma atitude mais ativa, de questionamento frente ao próprio envelhecimento, convencendo-se de que velhice não é sinônimo de doenças, e que os problemas de saúde, embora comuns dado o envelhecimento biológico, não devem ser os determinantes da vida.

Em vários momentos, percebeu-se através dos depoimentos que havia uma dicotomia entre o que pensam de si, enquanto idosos, e o que pensam da velhice, confirmando que o preconceito em relação à velhice que a sociedade amalgamou ao longo do tempo, alcança também o idoso, pertencente a essa sociedade, realçando ainda mais o distanciamento existente, como se houvesse um antagonismo entre ambos.

O ambiente favorável ao fortalecimento da auto-imagem positiva, inicialmente restrita à sala de aula, foi aos poucos ganhando maiores proporções, perceptível em suas atitudes em relação ao fato de perceberem que sua condição de alunos da instituição se consolida diariamente e proporciona um novo status. Sentem-se novamente parte de um grupo social, dentro de um espaço acadêmico, que na sua percepção, é composto por "detentores do conhecimento" ou no mínimo, investigadores deste.

Através do engajamento social, os

idosos reapropriaram-se dos sonhos e dos objetivos de vida, abandonados ao longo do caminho por falta de oportunidades e pela descrença na capacidade de alcançá-los.

As respostas a tais indagações apontaram sempre para uma auto-estima e uma auto-imagem positivas como fatores determinantes desse novo olhar que lançavam sobre si mesmos. Passaram a sentir-se prontos a demonstrar sua capacidade de reconhecimento dos próprios valores e do fato de serem capazes de trabalhar com eles e gerar a capacidade de eficiência equilibrada entre as potencialidades e as limitações. Através da auto-imagem positiva que desenvolveram, permitiram-se vivenciar novas experiências, até então percebidas como inadequadas.

Diante do novo perfil que se delineou, constatou-se que, em decorrência da insegurança inicial, pensavam que o fato de serem atendidos por uma equipe de profissionais jovens, poderiam cedo ou tarde tornarem-se discriminados. Mas mesmo assim arriscaram, acreditaram e conquistaram espaços, e é nesse espaço antes ocupado pela insatisfação, tristeza, solidão e falta de perspectiva que hoje impera a alegria, a solidariedade, o companheirismo, a produtividade e especialmente a crença em si mesmos.

Hoje, dois anos após a sua implan-

tação, a ULBRATI (Re)florescer continua atendendo aos 65 alunos a que se propôs atender inicialmente, pautando suas ações pelas expectativas e necessidades do grupo, priorizando as atividades físicas, recreativas e sócio-culturais, promotoras da melhoria da qualidade de vida através do movimento e do contato lúdico entre os participantes. O projeto oferece também atendimento médico e acompanhamento psicológico, fato que tem efetivamente contribuído para o crescimento e conscientização do grupo em relação ao seu papel de formadores de opinião em relação à velhice, não só junto à comunidade acadêmica da Instituição, mas principalmente, junto a seu meio social.

Os objetivos primeiros do Programa estão sendo gradativamente alcançados, pois ao trabalhar com um grupo tão pequeno diante do vasto universo da população idosa do município de Ji-Paraná, o ILES/ULBRA via ULBRATI, tem a preocupação de criar elementos multiplicadores na pessoa de cada componente do grupo. Essas pessoas, trilhando o caminho de volta, tem levado àqueles que ainda não vislumbraram uma vida mais digna, a oportunidade de perceber que é pela ação consciente que se prepara um caminho menos tortuoso para os que estão fadados a assumirem seus lugares na sociedade.



Repensando a Arte e o Lazer na Terceira Idade.

MARIA LÍGIA MARCONDES DE CAMARGO

PROFESSORA DO DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA UFMG.
COORDENADORA DOS PROJETOS TERCEIRA IDADE CULTURAL
E EDUCAÇÃO FÍSICA PARA A TERCEIRA IDADE

“Uma das funções da arte é a de possibilitar a reconciliação do homem com suas raízes mais profundas; como ser íntegro e total, capaz de atingir a plenitude do prazer no fazer e no viver auto-construído. Essa reconciliação é um direito e uma necessidade do ser humano. Incentivar o indivíduo, e em especial o idoso, por meio de processos que possibilitem exercitar a sua sensibilidade artística, é abrir-lhe caminhos de renovação espiritual, através da vitória da originalidade sobre o hábito, da ousadia sobre o conformismo...”

Esta análise tem por finalidade renovar os questionamentos daqueles que comungam a idéia de que a aposentadoria não é o “degrau final” da jornada de trabalho da existência humana, mas um tempo de lazer construído com criatividade e envolvimento. O resgate de valores transcendentais permite a comunicação da rica experiência do idoso, através de expressões artísticas criteriosamente estimuladas e abre novas perspectivas de reconstrução de vida. As opções de lazer estão inseridas no fazer criativo, como processo dinâmico, pessoal e humanizador.

Embora ocorra em todos os seres vivos, o processo biológico de envelhecimento no homem é bastante complexo, uma vez que vem associado a perdas de ordem psicológica e social. Essa realidade, desconsiderada ou aparentemente ignorada por tanto tempo, vem ganhando cada vez mais espaços nas colunas de jornais e revistas do mundo inteiro, através de artigos muitas vezes impregnados de preconceitos ou de opiniões desprovidas de caráter histórico-científico.

Um desses equívocos está frequentemente vinculado à concepção generalizada, que se faz sobre a aposentadoria, como o marco final da vida produtiva do trabalhador, tempo implacável de condenação do idoso ao isolamento e ao ostracismo. Em decorrência de idéias como essa e para fazer face aos

outros problemas que sorrateiramente subtraem do velho qualquer possibilidade de auto-realização, mormente provocados pela exclusão do mercado produtivo, são engendrados programas destinados ao tempo de lazer do idoso. Essas programações, quer sob a forma de atividades físicas, danças, passeios e outras, ainda que possam aparentemente amenizar as consequências das frequentes mazelas da velhice, nem sempre atendem às reais necessidades ou aos verdadeiros interesses dessa população.

É bem verdade que a maioria das pessoas que se aposentam, se vê privada do ambiente social de trabalho; o que não deixa de ser uma perda. Afirmar porém que a esta perda é acrescentada também a perda do “status”, que o trabalho ativo confere, não deixa de ser um profundo engano.

Ao remontarmos à história recente da humanidade, constatamos que a supervalorização do trabalho foi deflagrada pelo capitalismo, na busca única do lucro através da produtividade. Transformando cada homem em parte ativa de um grande mecanismo, no qual a liberdade individual de crescimento é substituída pela submissão assalariada, o capitalismo fragmentou e alienou o ser humano de si mesmo e do contexto social. Tal fenômeno se dá, principalmente, em decorrência da divisão crescente do trabalho e das limitadoras es-

pecializações. A fragmentação imposta pelo trabalho impôs sérios limites ao crescimento do indivíduo como um todo, subtraindo-lhe também o poder de criação. Segundo Fischer(1983), *"...quanto mais engenhoso e complexo é o processo de trabalho, tanto menos inteligente é o trabalho que se requer do trabalhador individual, e mais ainda é a sua alienação do conjunto"*.

Essa alienação, ainda que no século XX tenha sido responsável pelo progresso material do ser humano, principalmente em virtude dos avanços tecnológicos, não atende aos anseios profundos da natureza humana. Assim, a alienação deve ser superada, a fim de que o homem reencontre a consciência de si mesmo e o domínio da condução do produto de seu trabalho, através de novas condições que o libertem do servilismo produtivo, imposto pelo capitalismo.

A consciência dessa necessidade torna-se cada vez mais imperiosa, à medida em que o indivíduo envelhece, e caminha inexoravelmente para a aposentadoria, para o tempo que precisa ser encarado como condição básica de libertação de um mercado produtivo, que aliena e escraviza.

Trabalho, Arte, Lazer

O homem sempre foi um criador; e a sua sobrevivência, através da história,

tem sido garantida por um processo único no reino animal, de transformação contínua do mundo em que gravita soberano. Primeiramente, através do trabalho e das relações sociais que se estabeleceram a partir dele, e posteriormente através da criatividade, foi que o homem transformou, como um mago, a realidade do mundo que o rodeia. Através de suas mãos, o ser humano tem construído instrumentos que desenvolvem a consciência de si mesmo e de suas infinitas possibilidades, sobrepujando a natureza e transformando-a em objeto de suas necessidades vitais.

A partir desse raciocínio, entende-se porque a criatividade artística é a síntese de uma necessidade humana transcendental. Desde os primórdios, a criatividade tem sido materializada, ora sob a forma de inovação dos objetos para melhor se adequarem às suas aspirações naturais, ora como disfarces de animais, com o objetivo de capturar a presa, ou ainda para a utilização do ritmo do canto coletivo visando o aumento da produção agrícola.

Arte e trabalho caminharam sempre juntos no processo de desenvolvimento humano, especialmente porque a arte é, em si, uma forma manifesta de trabalho e um meio de comunicação social. O artesão de outrora, além de atender a sua clientela, estabelecia vínculos sociais com ela, ampliando seu círculo de amizades. O menestrel medieval, percor-

rendo vilas e castelos e fazendo da música meio de sobrevivência, acumulava também a missão de transmitir notícias, a exemplo do papel desempenhado pelos comunicadores de hoje. Não se pode negar que através da arte e da sua ação libertadora, o homem consegue comunicar-se, encontrando força e estímulo para transformar e humanizar a realidade social. Quanto maior é a experiência humana, tanto mais rico é o seu acervo de expressão e comunicação. Este fato não pode ser desconsiderado; principalmente quando se trabalha com a população idosa, cuja tendência é, mais do que nunca, a de buscar novas possibilidades de envelhecimento, norteadas por conquistas sociais e científicas que possibilitem diferentes opções de vida.

A compreensão dessa realidade, contudo, só é possível através da criatividade que rompe barreiras e desfaz condicionamentos, estabelecendo canais de comunicação entre o indivíduo, que cria, e a sociedade para quem é destinada a criação. A arte é, em si mesma, uma realidade social; fruto não só da consciência que o indivíduo tem da sociedade, como também das imposições que esta exerce sobre ele.

A apreensão desse conhecimento nasce na infância, a partir dos primeiros movimentos corporais, no momento em que, segundo Ostrower (1986) *"...a criança começa a ensaiar o espaço, a discerní-lo, a conhecê-lo, a vi-*

venciá-lo, vivenciando a si mesma, consciente e inconscientemente".

Ainda que os percursos da descoberta e da criatividade sejam intuitivos, uma vez que a indagação, os questionamentos ou a apreensão de conhecimentos sejam processos genuinamente humanos, a mobilização interior, através de estímulos externos, induz à experiência artística, seja como compreensão do conteúdo de uma obra, ou como descoberta das próprias potencialidades diante dela. A dinâmica da arte, qualquer que seja sua linguagem expressiva, constitui sempre um processo construtivo, libertador e humanizador, que confere auto-estima e dá sentido à vida pelas profundas implicações com a emoção, a cultura e a história de cada ser. É através dela que o indivíduo constrói sua identidade em todos os tempos e idades, fortalecendo e socializando o seu mundo interior, através de uma linguagem universalmente aceita como experiência humana. Programas voltados à vivência artística, através da música (canto ou prática instrumental), da dança, ou ainda das artes cênicas ou plásticas, constituem sempre processos de crescimento direcionados ao bem estar físico, psíquico e social do idoso.

Uma das funções da arte é a de possibilitar a reconciliação do homem com suas raízes mais profundas; como ser íntegro e total, capaz de atingir a plenitude do prazer no fazer e no viver

auto-construído. Essa reconciliação é um direito e uma necessidade do ser humano. Incentivar o indivíduo, e em especial o idoso, por meio de processos que possibilitem exercitar a sua sensibilidade artística, é abrir-lhe caminhos de renovação espiritual, através da vitória da originalidade sobre o hábito, da ousadia sobre o conformismo de tudo o que viveu e descobriu.

Nietzsche (apud Mosquera, 1974) referindo-se à criatividade, expressa: *“a pessoa criadora é aquela que investiga suas possibilidades, discute, vê as possíveis soluções, sabe das forças e das fraquezas do seu comportamento e, especialmente, está preocupada em que a sua idéia germine”*.

As sociedades modernas precisam, cada vez mais, repensar a vida, principalmente a vida daqueles que avançam no tempo, através de ações construtivas que dignifiquem e valorizem a experiência de cada indivíduo, buscando nas fontes inatas da sabedoria humana respostas para suas inquietações e angústias. Uma característica notável da arte, especialmente da música, tem sido a capacidade de ser reconhecida nas civilizações ocidentais e orientais como recurso terapêutico, a despeito de tantas teorias sobre saúde ou terapia, desmentidas constantemente pela ciência. A esse respeito Graves y Caux (apud. Costa, 1989) argumentam: *“a música facilita o restabelecimento dos ritmos fundamen-*

tais do organismo e sua sincronia”.

Por essa razão, a criatividade não é um apanágio de eleitos, nem tampouco algo extraordinário que somente privilegiados conseguem atingir. Assim como o lazer, ela faz parte do comportamento humano, de suas aspirações naturais de satisfação e de prazer, através do assentimento e da integração harmoniosa do seu universo interior com a objetividade da obra concretizada.

Ainda que programas, destinados à população idosa, sejam iniciativas válidas, consideradas como “um passo à frente” nas conquistas sociais, elas só não bastam. É necessário ouvir o idoso, perscrutar-lhe a alma, permitir-lhe a sabedoria da palavra e valorizar sua experiência de vida.

O respeito ao lugar do idoso como protagonista de sua própria história, e da história de sua comunidade, aliado à compreensão da licitude de ter sua qualidade de vida preservada, facultar-lhe-á o acesso natural ao lazer, sintonizado com seu poder criador e com suas heranças culturais. Segundo BARRETO (1997), *“...a valoração do lazer na velhice não está nas atividades propostas, mas sim no que significam para cada velho, para as instituições, para as famílias- o lazer do velho é culturalmente construído, historicamente demarcado e psicologicamente introjetado”*.

A arte, embora possibilite um “abrir de portas” ao ser humano, estabelecen-

do a síntese desejável entre a liberdade de cada um e a sua convivência em sociedade, necessita de meios ou políticas específicas voltadas para a sua viabilização, que não se obtém a curto prazo. Ela implica uma obstinada e contínua experimentação; uma concepção nem sempre dogmática ou estática.

É possível que o despertar para uma nova consciência, em relação à vida dos idosos, transforme e desmistifique muitos dos conceitos que ora lhes são atribuídos, reservando-lhes o direito de viver e de se manifestar como seres humanos, ontologicamente originais e únicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRETO, M. L. F. Lazer e cultura na velhice. In: Encontro Nacional de Recreação e Lazer, 9, 1997, Belo Horizonte. *Coletânea...* Belo Horizonte: UFMG/EEF/CELAR, 1997. p.

CAMARGO, M. L. M. de. A criatividade e sua importância no desenvolvimento das atividades relacionadas ao movimento e ao ritmo. In: *Musica/Movimento: Um universo em duas dimensões*. Belo Horizonte. Itatiaia, 1994.

COSTA, C.M. *O despertar para o outro*. Musicoterapia. São Paulo. Summus, 1989.

FISCHER, E. *A necessidade da arte*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

KOESTLER, A. *The act of creation*. London: Pan Books, 1964.

MOSQUERA, J. *Psicologia da arte*. Porto Alegre: Sulina, 1976.

OSTROWER, F. *Universos da arte*. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

_____. *A sensibilidade do Intelecto*. Rio de Janeiro: Campus, 1998

TORRANCE, E. P. e TORRANCE, E. P. *Pode-se ensinar criatividade*. São Paulo: EPU, 1974.







**CONSELHO
REGIONAL DO
SESC
DE SÃO PAULO**

Presidente
Abram Szajman

Membros Efetivos: Antonio Funari Filho, Cícero Bueno, Brandão Júnior, Dante Ancona Montagnana, Eduardo Vamprê do Nascimento, Eládio Arroyo Martins, Ivo Dall'acqua Junior, José Maria de Faria, Luciano Figliolia, Luis Eduardo dos Santos, Manuel Henrique Farias Ramos, Orlando Rodrigues, Paulo Fernandes Lucânia, Pedro Labate, Roberto Bacil, Wallace Garroux Sampaio. **Suplentes:** Amadeu Castanheira, Arnaldo José Peralini, Fernando Soranz, Henrique Paulo Marquesin, Israel Guinsburg, Jair Toledo, João Herrera Martins, Jorge Sarhan Salomão, José Maria Saes Rosa, José Santino de Lira Filho, Mauro Zukerman, Rafik Hussein Saab, Roberto Mário Perosa Júnior, Valdir Aparecido dos Santos, Walter Chede Domingos. **Representantes junto ao Conselho Nacional. Efetivos:** Abram Szajman, Euclides Carl, Raul Cocito. **Suplentes:** Aldo Minchillo, Manoel José Vieira De Moraes, Ubirajara Celso do Amaral Guimarães. **Diretor do Departamento Regional:** Danilo Santos de Miranda.

