

VOL.15 - Nº 31 - SETEMBRO DE 2004

ISSN 1676-0336

# ATERCEIRAIDADE

**SESC SP**

**Envelhecimento e Bioética:  
O Respeito à Autonomia do Idoso**



entrevista  
Renée Gumiel



# ATERCEIRAIDADE

VOLUME 15 - Nº 31 - SETEMBRO 2004

Publicação técnica editada pelo SESC  
SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO

ISSN 1676-0336

**SESC SP**

A Terc. Id.	São Paulo	v.15	n.31	p. 1 - 96	setembro 2004
-------------	-----------	------	------	-----------	---------------

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

***Presidente do Conselho Regional***

Abram Szajman

***Diretor do Departamento Regional do SESC/SP***

Danilo Santos de Miranda

***Superintendente Técnico-Social***

Joel Naimayer Padula

***Gerente de Estudos e Programas da Terceira Idade***

Rui Martins de Godoy

***Comissão Editorial***

Claúdio Alarcon

Jesus Aroca

José Carlos Ferrigno (Coordenação)

Lilia Ladislau

Marcos Prado Luchesi

Marcos Ribeiro de Carvalho

Maria Aparecida Ceciliano de Souza

Maria Lucia Del Grande

Maria Sílvia de Souza Mazin

Marta Lordello Gonçalves

Regina Sodré

Valter Vicente Sales Filho

***Projeto Gráfico***

Eron Silva. *Equipe:* Angélica Zignani, Cristina Miras, Daniel Silva, Euripedis Silva, Kelly Santos, Lourdes Teixeira, Marilu Donadelli, Roberta Alves, Sérgio Afonso.

***Fotografias***

Capa: Getty Image. 2a. capa., páginas 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 21, 29, 33, 34, 36, 38, 40, 44, 45, 49, 51, 55, 56, 57, 58, 59, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 70, 71, 76, 77, 93, 94, 95, 96: Emídio Luisi. Páginas 6, 76, 78: Lenise Pinheiro. Páginas 16, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 27, 30, 35, 39, 48, 52, 53, 54, 73, 74, 78, 79: Gal Oppido. Páginas, 41, 42, 45, 47: Fundação Dr. Thomas. Páginas 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90 e 91: Nilton Silva

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

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

Quadrimestral  
ISSN 1676-0336

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

CDD 362.604

Esta revista está indexada em:

Edubase (Faculdade de Educação/UNICAMP)

Sumários Correntes de Periódicos Online

SIBRA (SIBRADID - Sistema Brasileiro de Documentação e Informação

Desportiva - Escola de Educação Física - UFMG)

Envelhecimento e Bioética:  
O Respeito à Autonomia do Idoso

Maria Auxiliadora Cursino Ferrari

7

AIDS na Terceira Idade

Nadjane Bezerra do Amaral Prilip

16

A Repercussão do Estatuto  
do Idoso nas Denúncias de  
Maus Tratos

Maria Betânia Jatobá & Tânia Regina Rodrigues Moraes & Milane Lima Reis

38

Políticas Públicas e Envelhecimento:  
Conquistas e Desafios

Claudia Milnitzky & Florence Sung & Rodrigo Mendes Pereira

54

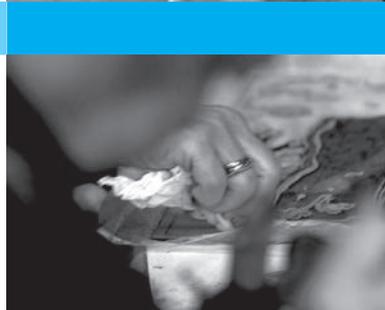
Teatro Intergerações: Processo e  
Resultado de um Espetáculo  
Jovem e Idoso

Neyde Veneziano

70

ENTREVISTA

Renée Gumiel





O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – recentemente publicou uma atualização do perfil demográfico do país. Já somos 182 milhões de indivíduos, quase o dobro da população existente em 1970, que era de 93 milhões de pessoas. Sem dúvida, um crescimento notável. Mas, o que realmente chama a atenção é o envelhecimento da população brasileira, reflexo de um fenômeno mundial. Em nosso país os maiores de 60 anos hoje totalizam cerca de 15,4 milhões de indivíduos, representando quase 9% da população. No Brasil e em praticamente todos os países do mundo, assiste-se, neste final de milênio, a um acontecimento inédito em toda a história da humanidade: a explosão numérica dos idosos.

Um complexo conjunto de fatores constitui os determinantes do envelhecimento populacional. Inegavelmente, os avanços obtidos no combate às moléstias infecciosas e nos tratamentos das doenças degenerativas, típicas da velhice, têm contribuído decisivamente para a elevação da média de vida do ser humano. Em 1940, nossa expectativa de vida média situava-se nos 45,5 anos de idade. Em 2000, a esperança de vida do brasileiro ao nascer passou para 70,4 anos. As projeções nos informam que em 2050, viveremos em média 81,3 anos.

Quedas expressivas nas taxas de natalidade, relativa melhoria das condições gerais de saneamento básico, além de movimentos migratórios de jovens e idosos em certas regiões do país, completam o quadro das determinações de tão exuberantes efeitos demográficos.

O sério impacto econômico e social dessa mudança em nossa estrutura etária vem exigindo medidas urgentes para se buscar uma vida digna aos nossos velhos. A maioria dos idosos brasileiros vive em precárias condições de vida, quer do ponto de vista social, quer do ponto de vista financeiro. Enormes são as carências nas áreas de saúde, previdência, educação, cultura e lazer, entre outras.

Coerente com seu compromisso pelo bem estar dos trabalhadores do comércio, inclusive os aposentados, e da comunidade em geral, o SESC de São Paulo, em 1963, há 41 anos portanto, iniciou o programa Trabalho Social com Idosos. Iniciativa pioneira em nosso país, atualmente atende a aproximadamente 55 mil idosos em 50 cidades do Estado de São Paulo.

Uma permanente preocupação do SESC é fomentar o debate e a troca de experiências. Por isso, em novembro próximo estaremos promovendo em parceria com a Universidade de Barcelona, o Encontro Internacional de Gerontologia Social. Especialistas europeus e da América Latina que atuam nas áreas da pesquisa social sobre o envelhecimento, do atendimento à Terceira Idade e da formulação de políticas públicas e privadas para o setor, estarão reunidos em São Paulo para discutir os rumos da gerontologia. Em junho de 2003, nossa instituição se fez representar na primeira versão desse evento relatando as políticas brasileiras para o setor e, sobretudo, a história e a metodologia que desenvolvemos no atendimento à Terceira Idade.

Estamos certos que essa troca de experiências entre países latino-americanos e europeus do mediterrâneo contribuirá para a construção de um modelo de atendimento mais digno e eficaz para a Terceira Idade em nosso país, principalmente se considerarmos os laços históricos, étnicos e de afeto que unem esses povos.

**Daniilo Santos de Miranda**  
Diretor Regional do SESC São Paulo

# Envelhecimento e Bioética: O respeito à autonomia do idoso



*“Entender a velhice e aprender a valorizá-la implica também no conhecimento de determinados valores éticos e morais que são fundamentais para sua compreensão e, sobretudo, para com o trato com o idoso, considerando principalmente que no mundo atual muitas conquistas da intervenção científica abriram ao homem novas possibilidades de intervenção, inclusive em sua própria vida, exigindo assim uma avaliação ética destas intervenções para que o homem seja sempre respeitado em sua dignidade, em seu valor de fim e não de meio”.*

**MARIA  
AUXILIADORA  
CURSINO  
FERRARI**

*Terapeuta  
Ocupacional.  
Doutora em Saúde  
Pública pela USP e  
Coordenadora do  
Curso de Terapia  
Ocupacional do  
Centro Universitário  
São Camilo.*

## Os desafios do Envelhecimento

O Brasil começa a viver hoje um mundo de envelhecidos, Segundo Camarano (2002) a população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos é da ordem de 15 milhões de habitantes. A população mais idosa, também está aí para comprovar o fato, pois já é bastante significativo o número de pessoas de 80 anos e mais em nosso meio. Como diz LEHR (1999), pertencemos a uma sociedade em estado de envelhecimento.

Qual o significado desses números para a sociedade como um todo? A grande preocupação verificada é a pressão do crescimento da população idosa sobre os gastos previdenciários, a utilização dos serviços de saúde e conseqüentemente com os custos destes; quando a prioridade das políticas públicas deveria também ser com a qualidade de vida dessa faixa etária.

De um modo geral se constata que a esse crescimento da população idosa não corresponde a valorização da sua pessoa. Existe um problema ético de fundo da situação do idoso que tem sua origem na contradição entre valorização e desvalorização da velhice e cuja causa está no paradigma cultural que sustenta a sociedade atual.

### Valorizar a velhice? Valorizar o idoso?

A valorização de um fato, de um bem, de um momento, de uma pessoa depende de como se interpreta para si mesmo esse fato, esse bem, esse momento, essa pessoa. A valorização desse período da vida vai depender da concepção que se tem de velhice, de idoso e do valor que se imprime a esse período da vida. Como diz Pessini (1992): *“Dar espaço ao idoso em nosso próprio ser não é uma tarefa fácil. A velhice está escondida não somente de nossos olhos, mas muito mais de nossos sentimentos. No mais profundo de nós mesmos, vivemos a ilusão de que sempre seremos os mesmos. Nossa tendência não é de somente negar a existência real do idoso, mas também o idoso que está despertando dentro de nosso próprio ser”*. Ele é um estranho e, como todo desconhecido, nos incute medo.

O que define o sentido e o valor da velhice diz Beauvoir (1990) é o sentido atribuído pelos homens à existência, é o seu sistema global de valores. O Brasil está envelhecendo muito rapidamente e essa velocidade na mudança do seu perfil demográfico dificulta de certa forma a necessária revisão de conceitos e valores de nossa sociedade. Vivemos em uma sociedade que se caracteriza por uma visão utilitarista do ser humano em que têm mais importância os valores referentes às condições materiais de ter, saber, poder, subestimando-se quase sempre o ser.

Pensar na velhice? Não, não se pode pensar na velhice porque por lógica é a velhice que parece aproximarmo-nos da morte, se é que há lógica para a morte e o morrer. Trata-se de um sentimento de expectativa que intensifica nossa angústia e robustece nossa ansiedade. Mas, o homem se comporta como se fosse eterno sob a

ficção da imortalidade. Daí sua necessidade de negar a morte e viver a ilusão de que a velhice não existe, ou que ela está sempre muito distante.

No Curso de Especialização em Gerontologia da Universidade de São Paulo – USP, curso esse de formação de recursos humanos para atendimento ao idoso, uma das aulas que causava certo impacto entre os alunos e foi publicada na Ata Ortopédica Brasileira (1998) era sobre “O idoso, a morte e o sofrimento” ministrada pelo médico geriatra professor Garcez Leme (1998). Nesta aula, o professor Garcez colocava que a morte e o sofrimento sempre representaram o grande mistério da história humana. O homem é o único animal que sabe que vai morrer. Esse conhecimento por si só já seria causa de sofrimento, mesmo que qualquer um de nós não tivesse qualquer outro motivo para sofrer.

Assim, podemos dizer que o sofrimento e a morte são para todos nós uma realidade inquestionável e garantida, pelo simples fato de sermos seres humanos. Apesar da inexorabilidade do sofrimento e da morte, muitos tentam ignorar essas realidades, havendo ainda aqueles que apresentam atitudes de revolta e negação franca perante esses eventos. Esta dificuldade de conviver com essas realidades é muito própria da nossa sociedade que não consegue sequer suportar que esses assuntos sejam lembrados.

No livro *A Última Grande Lição: o sentido da vida*, de Mitch Albom (1998), quando o mesmo fala sobre o medo de morrer, Morrie, seu Velho Mestre nos últimos meses de sua vida diz: *“mesmo que se saiba que todo mundo vai morrer, ninguém acredita; se acreditássemos mudaríamos nosso comportamento, quando se aprende a morrer aprende-se a viver porque então se vê o mundo de maneira bem diferente”*. Quando se pensa, ou quando se está na velhice é preciso que ela seja encarada como um período, um momento da vida. É o último? É, mas não é só por esse aspecto que ela deve ser vista.

Se considerarmos o tempo cronológico das diversas fases da vida, infância, adolescência, maturidade e velhice, vemos que cada um deles tem seus anos de certa forma estipulados, a velhice, por exemplo, em países em desenvolvimento começa aos 65 anos, mas, após essa idade o que se tem verificado é que se pode viver 10, 15 e 20 anos mais. É, portanto, um período longo que não pode ser entendido apenas como fim. É esta finitude do ser humano, a clareza desta realidade que impede na maioria das vezes uma reflexão mais profunda sobre este período da vida e é por isso, que muitos perdem a oportunidade de viver esse momento. Mas, é preciso aprender a ser velho, entender este período da vida para poder explorá-lo e usufruí-lo.

A velhice sempre existiu, e com conotações diferentes. Se reportarmos-nos aos anos antes de Cristo encontramos filósofos como Platão, que era defensor do



homem velho identificando-o como sábio, pela sua experiência. Cícero, romano, fez considerações sobre o envelhecimento, em sua obra “De Senectude” abrangendo: o esquecimento, a debilitação física e a disfunção sensorial. Hipócrates, pai da medicina dizia que a velhice não é doença, mas predispõe à doenças. Nas sociedades primitivas a longevidade era tida como fenômeno extraordinário e mesmo sobrenatural. Viver é temporalizar, é existir no tempo, é transmitir no tempo.

Mas, *“a idade avançada não é, na maioria das vezes o coroamento de uma vida. Ao contrário, é um período estéril de solidão, de independência, de marginalização, de inatividade, de pobreza e de um vazio dependendo das condições clínicas, psicológicas e sociais”*. (FERRARI, 1981).

Uma das primeiras percepções do processo de envelhecimento é a consciência da vulnerabilidade. A pessoa começa a dar-se conta de que não tem mais a energia e a vitalidade de antes. Sente-se materialmente improdutiva e intelectualmente diminuída correndo o risco de ser um indivíduo menos útil, portanto, menos digno enquanto pessoa humana.

É notório que os avanços tecnológicos, os progressos nas áreas da saúde em aumentar a longevidade e melhorar a qualidade de vida do idoso fez da velhice um fato biológico, mas ela é, como diz Junges (2003) *“um fato biográfico onde o biológico só adquire significado humano quando integrado nesse horizonte mais amplo do itinerário histórico existencial do idoso”*. Quanto mais viveu o ser humano, maior o número de opções pela vida que teve a oportunidade de realizar e, portanto, maior seu patrimônio biográfico. O rosto envelhecido é história, permite e provoca interpretações, faz pensar.



## Envelhecimento e Bioética

Entender a velhice e aprender a valorizá-la implica também no conhecimento de determinados valores éticos e morais que são fundamentais para sua compreensão e, sobretudo, para com o trato com o idoso, considerando principalmente que no mundo atual muitas conquistas da intervenção científica abriram ao homem novas possibilidades de intervenção, inclusive em sua própria vida, exigindo assim uma avaliação ética destas intervenções para que o homem seja sempre respeitado em sua dignidade, em seu valor de fim e não de meio.

O termo “Bioética” foi criado por Potter, oncologista e bioquímico, em 1970 quando publicou o artigo: Bioética: a ciência da sobrevivência. Como marco histórico importante para o surgimento da Bioética, pesquisadores do assunto reconhecem a obra Bioética: uma ponte para o futuro, do mesmo autor publicada em 1971. (Ciccone, 1999).

A Bioética em sua primeira versão é definida como: *“o estudo sistemático do comportamento humano na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, quando se examina esse comportamento à luz dos valores e dos princípios morais”*. (Reicht, 1978, apud Ciccone, 1999).

A Bioética, diz Belinno (1997) *“é um território, um terreno de confronto de saberes sobre problemas surgidos do progresso das ciências biomédicas, das ciências da vida, em geral das ciências humanas”*. É esta complexidade que imprime à Bioética um sentido multidisciplinar, envolvendo problemas filosóficos, biológicos, médicos, jurídicos, sociológicos, genéticos, ecológicos, zoológicos, tecnológicos, psicológicos.

Os anos de 1980 a 1990 são marcadamente os anos em que a Bioética se institucionaliza como disciplina. Sua fácil e rápida difusão pelo mundo é segundo Jonsen (1993), apud Diniz e Guilhen (2002), *“uma resposta à angústia das sociedades diante das implicações políticas e sociais decorrentes do desenvolvimento da ciência, da tecnologia e da medicina”*. A Bioética nunca deixou de estar em pauta na história da Humanidade relatam as autoras, mas mudaram-se certas especificidades em decorrência da tecnologia e do progresso da ciência. Contudo *“a estrutura de pensamento que suporta a Bioética, um discurso que visa garantir os interesses de grupos e indivíduos socialmente vulneráveis, aqueles imersos em quadros de hierarquia social que os impedem de agir livremente, é algo absolutamente novo no campo da teoria moral aplicada”*. (Diniz; Guilhen, 2002).

A Bioética hoje penetra todos os ambientes da pesquisa científica, das universidades, dos círculos de reflexão, entre outros. Um sinal evidente de que a Bioética se constitui como resposta a uma necessidade é sua difusão por todo mundo, com o surgimento de centros e institutos universitários de Bioética, com comissões, associações de Bioética nacionais e internacionais.

Com a obra intitulada *“Princípios da ética biomédica”* de autoria do filósofo Tom Beauchamp e do teólogo James Childress, em 1979, a Bioética consolidou sua força teórica. Esta obra foi a primeira tentativa bem sucedida de instrumentalizar os dilemas relacionados às opções morais das pessoas no campo da saúde e da doença. Nessa obra os autores apresentam e discutem o primeiro e o mais difundido enfoque fundador da Bioética, embora hoje palco de controvérsias e discussões: é o enfoque baseado em princípios.

Estes princípios se constituíram como um paradigma que tentou dar uma resposta a todos os caminhos que a Bioética deveria percorrer para conseguir valorizar quais condutas eram eticamente aceitáveis. Os princípios são os seguintes:

- Princípio de autonomia (autodeterminação) - estabelece o respeito pela liberdade do outro e das decisões do indivíduo e legitima a obrigatoriedade do consentimento livre e esclarecido.
- Princípio da beneficência (maior bem-estar da pessoa), não-maleficência (não causar prejuízos).
- Princípio de justiça - aponta com maior ênfase para o papel das sociedades e dos movimentos sociais organizados na Bioética. As regras de justiça serviriam para contrabalançar os diferentes e, muitas vezes, conflituosos interesses que emergem da vida coletiva.



## A Questão da Autonomia

A autonomia é conhecida como um dos princípios fundamentais da Bioética e é muito discutida entre os vários profissionais de diferentes áreas: filosofia, saúde, direito, educação e outros. A questão da autonomia deve estar sempre presente quando se trata da pessoa humana.

Para a filosofia, segundo Kant, *“autonomia é a capacidade que qualquer pessoa tem de ditar leis para si mesmo, no entanto no momento de ditá-las não toma como ponto de partida sua própria subjetividade, seus gostos, seus caprichos, nem tão pouco os de sua comunidade por extensa que seja: adota como referência o que poderia desejar para qualquer ser racional”* (Cortina, 2001).

Já Fortes (1998), adota a seguinte definição: *“autonomia é autodeterminação, auto-governo, o poder da pessoa humana de tomar decisões que afetam sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais”*.

O termo autonomia deriva do grego auto (próprio) e nomos (lei, regra, norma) e se refere à capacidade da pessoa humana de decidir o que é “bom”, o que é “seu bem estar”, de acordo com valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças próprias. A pessoa autônoma é aquela que tem a liberdade de pensamento, livre de coações internas ou externas para escolher entre as alternativas que lhe são apresentadas, liberdade de decidir, de optar. A autonomia segundo Fortes (1998) relaciona-se com a percepção da subjetividade de cada pessoa humana. Goldin (2002) diz que uma das bases teóricas utilizadas para o princípio da autonomia é o pensamento de John Stuart Mill (1909) quando afirmou que *“sobre si mesmo, sobre seu corpo e sua mente o indivíduo é soberano”*.

Todas as teorias sobre autonomia concordam que há duas condições que lhe são essenciais: a liberdade - entendida como independência de influências controladoras e a competência compreendida como a capacidade para ação intelectual (Beauchamp; Childress, 2002).

Assim, ser autônomo não é a mesma coisa do que ser respeitado como um agente autônomo. Respeitar um agente autônomo é reconhecer o direito dessa pessoa de ter suas opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais.

Nessa concepção afirmam Beauchamp e Childress (2002) *“o respeito pela autonomia implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, enquanto o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, insultam ou degradam a autonomia dos outros e, portanto, negam uma igualdade mínima entre as pessoas”*.

Para Beauchamp e Childress (2002) o paradigma básico da autonomia na atenção à saúde, pesquisa, política e outros contextos consiste em expressar o consentimento. A competência para tal é uma questão complexa, pois há casos em que o indivíduo pode não ser competente para emitir um consentimento ou uma recusa válidos. As indagações sobre competência focalizam-se na capacidade psicológica ou legal das pessoas para a adequada tomada de decisão, pois o fato de alguém ser competente para decidir está intimamente ligado ao grau de autonomia presente neste ato e a validade do consentimento ou da recusa decorrentes.



## O Respeito à Autonomia do Idoso

A Bioética está tentando cada vez mais estabelecer um diálogo com o envelhecimento e o diálogo tem sido a ferramenta mais importante que o discurso Bioético pode oferecer.

O enfrentamento hoje é a ética da qualidade de vida e como ressalta Bellino (1997) *“se centra no respeito das escolhas autônomas dos indivíduos e tem como finalidade o bem estar e a qualidade de vida”*.

O respeito à autonomia da pessoa é bem recente e necessita de um trabalho de conscientização dessa sua condição de agente autônomo. O respeito à autonomia está muito ligado ao princípio da dignidade da natureza humana. Isto significa que cada pessoa possui pontos de vista e expectativas próprias quanto ao seu destino e que é ela quem deve deliberar e tomar decisões seguindo seu próprio plano de vida e ação embasado em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando estes divergem dos valores dominantes na sociedade.

No relacionamento entre envelhecimento e Bioética há questões básicas que merecem ser destacadas: os princípios da Bioética podem servir de caminho para apontar diretrizes éticas para enfrentar o envelhecimento a partir de diferentes perspectivas. Conhecendo e interpretando de forma adequada e pertinente os aspectos que constituem o envelhecimento, a velhice, o idoso, à luz dos princípios de autonomia, igualdade e justiça, pode a Bioética facultar a mudança da imagem da sociedade frente ao idoso; ampliar o espaço na ética clínica para as questões do envelhecimento, levando em conta o respeito à integridade do idoso, à sua pessoa, o tratamento digno, a sua qualidade de vida.

Na Clínica são muito freqüentes as questões envolvendo idosos e seus familiares. Por exemplo, as questões ligadas a: idosos portadores de Alzheimer; liberdade de locomoção: ir, vir, ficar, permanecer ou sair; discriminação que sofre o idoso em razão da idade, discriminação expressa através de ações e omissões que impõem ao idoso uma forma de atenção inferior colocada exclusivamente na idade. Além do fato de que a discriminação pela idade não age isoladamente, mas em conjunto com outros fatores que aumentam a vulnerabilidade do idoso; sonegação da verdade; direito de informações: é um direito do idoso ser informado sobre sua saúde discutir sobre a mesma, reclamar, ter privacidade, etc.

Hoje a utilização de recursos e os dilemas que surgem cotidianamente nos cuidados ao idoso estão se convertendo em um padrão que certamente dominará a atenção à saúde.

As dimensões éticas desse tipo de cuidado exigem uma atenção especial que gera questionamento sobre: fragilidade, dependência, autonomia e as complexas relações de controvérsias que envolvem os que sustentam e os que prestam cuidados aos idosos.



## Conclusão

Escrever um artigo sobre envelhecimento e Bioética é acreditar que a Bioética é o caminho que deverá trilhar a sociedade como um todo se quiser realmente conhecer e entender o envelhecimento, a velhice, o idoso para poder reconhecê-lo, valorizá-lo e tratá-lo como pessoa humana.

Finalizo este artigo com as palavras de Francesco Bellino (1997):

“Se a cultura que subtende a Bioética é a cultura da autodeterminação e a ética consiste precisamente em justificar nossas escolhas, é no coração do homem, no abismo de sua liberdade, na escolha de ser mais, ou de anular-se, na dialética entre absurdo e mistério, entre finito e infinito, entre necessidades e desejos, entre ser e haver, que é preciso buscar as respostas mais profundas aos problemas da civilização contemporânea. Pode ser de grande ajuda para o homem para justificar suas escolhas, uma racionalidade que não mire perseguir só o universal, mas também o universal em relação a alguém, para que o mundo não seja um mundo na frente de ninguém e a universalidade que a razão persegue seja a universalidade de um mundo das pessoas”.

**“A Bioética está tentando cada vez mais estabelecer um diálogo com o envelhecimento e o diálogo tem sido a ferramenta mais importante que o discurso Bioético pode oferecer.”**

## Referências Bibliográficas

- ALBOM, M. *A última grande lição: o sentido da vida*. 6 ed. Rio de Janeiro: Sextante, 1998.
- BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola, 2002.
- BEAUVOIR, S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BELLINO, F. *Fundamentos da bioética: aspectos antropológicos, ontológicos e morais*. Bauru: EDUSC, 1997.
- CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira. In: FREITAS, E. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- CICCONI, L. Bioética: história e problemáticas hoje. In: *Dicionário interdisciplinar da Pastoral da Saúde*. São Paulo: Paulus, 1999.
- CORTINA, A. *O fazer ético: guia para a educação moral*. São Paulo: Moderna, 2001.
- FERRARI, M.A. C. *Idade avançada: nova preocupação da saúde pública*. São Paulo, 1981. Tese de doutorado USP - Faculdade de Saúde Pública.
- FORTES, A.C. *Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos*. São Paulo: EPU, 1998.
- GOLDIN, J.R. Bioética e envelhecimento. In FREITAS E. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- GUILHEM, D.; DINIZ, D. *O que é bioética*. São Paulo: Brasiliense, 2002.
- JUNGES, J.R. A bioética diante da situação do idoso. In: *Horizonte Teológico*, ano 2, nº 3, jan/jun. 2003.
- LEHR, U. A revolução da longevidade: impacto na sociedade, na família e no indivíduo. In: *estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*. Porto Alegre, v. 1, p. 7-35, 1999
- LEME, L.E.G. *O idoso, a morte e o sofrimento*. Acta Ortopédia Brasileira v. 6, n.1, jan/mar. 1998.
- PESSINI, L. *Vida, esperança e solidariedade*. 5.ed. São Paulo: Santuário, 1992.



# AIDS na Terceira Idade

*“Em dez anos, o número de casos de AIDS entre homens com mais de 60 anos quase dobrou. Até meados dos anos 80, a transfusão sanguínea representava o principal fator de risco para aquisição do vírus HIV nesta faixa etária. Atualmente, observamos que a maioria dos casos de AIDS nos pacientes nesta faixa etária pode ser atribuída ao contato sexual ou ao uso de drogas injetáveis”*

**NADJANE  
BEZERRA DO  
AMARAL  
PRILIP**

*Assistente Social do  
Instituto de  
Infectologia “Emílio  
Ribas”. Mestre em  
Gerontologia pela  
PUC/SP.*



## Introdução

Imaginava que trabalhando num Hospital voltado predominantemente ao atendimento de pessoas portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), me afastaria completamente do grupo pelo qual me interessava: os idosos. Mas, para minha surpresa, observei que na enfermaria em que atuava, como Assistente Social, estavam ocorrendo internações de pessoas acima dos 60 anos com AIDS.

As mudanças significativas na pirâmide populacional brasileira começam a gerar uma série de previsíveis e imprevisíveis conseqüências sociais, culturais e epidemiológicas para as quais ainda não estamos preparados para enfrentar.

Nas últimas décadas, a AIDS assumiu o topo das preocupações universais da Saúde Pública e rompeu a barreira das classes sociais, dos anteriormente chamados grupos de risco, instalou-se entre heterossexuais, mulheres e adolescentes, mostrando sua rápida expansão entre os diferentes segmentos sociais. Hoje observamos também que a doença atinge diferentes faixas etárias da população, dentre elas, os idosos.

O conceito de grupo de risco deslocou-se para o de comportamento de risco ou situação de risco e, mais recentemente, para o de vulnerabilidade. A vulnerabilidade pressupõe o aspecto circunstancial do acontecimento: as situações nas quais os indivíduos socialmente vivenciam e interpretam determinados acontecimentos vulneráveis, associando-os ou não a outras situações ou contextos da sua vida.

## O envelhecimento

No Brasil, predomina a visão sobre o envelhecimento como um problema social pelo fato dos idosos, em alguns aspectos, sejam físicos ou sociais, serem considerados um grupo etário de alta fragilidade e, portanto, expostos às situações vulneráveis.

Minayo (2002), enfocou o envelhecimento como híbrido biológico-social, referindo que, por um lado, o ciclo biológico próprio do ser humano assemelha-se ao ciclo dos demais seres vivos: nascemos, crescemos e morremos; por outro, as várias etapas da vida são social e culturalmente construídas. Isto é, as diversas sociedades constroem diferentes práticas e representações sobre a velhice, a posição social dos velhos na comunidade e nas famílias e o tratamento que lhes deve ser dispensado pelos mais jovens. Isto reforçou a idéia da necessidade de “desnaturalizar” o processo de envelhecimento e considerá-lo como uma categoria histórica, social e culturalmente construída. Partindo desta perspectiva concordo com a afirmativa de que cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais (classe, gênero e etnia) a eles relacionados, como saúde, educação e condições econômicas.

## A AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

A AIDS configura-se atualmente como um fenômeno social de amplas proporções, causando impactos sobre princípios morais, éticos e religiosos; alterando demandas na esfera da saúde pública e do comportamento privado; envolvendo questões ligadas a sexualidade, ao uso de drogas, à moralidade e à intimidade conjugal. Sem falar em outros impactos que a AIDS trouxe nas sociedades ao longo desses vinte anos de sua descoberta.

A AIDS surgiu num determinado tempo e ao longo dos anos vem apresentando diversas transformações, tanto no que se refere à evolução clínica quanto às descobertas médicas em relação aos aspectos e fatores sociais que envolvem as pessoas atingidas pelo vírus.

### O comportamento sexual

A AIDS, como uma dinâmica nunca vista, suscita mudanças de comportamento na sociedade e nos indivíduos em particular. Emergem tabus que a revolução sexual dos anos 60 havia banido para um espaço restrito, privativo. Segundo Paulilo (1999), ocorrem dois grandes tabus na sociedade ocidental: o tabu do sexo e o tabu da morte. A autora descreveu a AIDS como uma doença estreitamente relacionada à atividade sexual, afirmando que a associação sexo-AIDS assumiu rapidamente uma importância simbólica muito forte associada à permissividade, a comportamentos sexuais supostamente desregrados e a uma generalização da decadência moral.

Nos Estados Unidos, assim como no Brasil, mais de 50% dos casos de AIDS em pessoas com 60 anos ou mais, podem ser classificados em alguma categoria de exposição pertinente à transmissão sexual, o que inclui práticas homossexuais, bissexuais e heterossexuais.

Os idosos são um grupo praticamente esquecido no tocante à AIDS, embora a incidência, cada vez mais alta, de idosos soropositivos, indique a necessidade de uma ponderação e uma atenção especial a suas peculiaridades. Por fazerem parte de uma parcela da população que pode se tornar mais vulnerável ao risco de HIV/AIDS.

Estudos realizados nos últimos anos identificaram dois grupos dentro da faixa etária idosa contaminada pelo HIV/AIDS:

- Aquele que está envelhecendo com AIDS contraída há mais tempo, devido à melhoria das terapêuticas anti-HIV que prolongam a sobrevivência dos pacientes soropositivos,
- Aquele formado por pessoas que contraíram o vírus já com mais de 60 anos.

Segundo Mann e colaboradores (1993), o comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Portanto, é necessário um enfoque no indivíduo, embora claramente não seja suficiente. O comportamen-





to individual é tanto mutável quanto conectado socialmente, variando durante a vida das pessoas, sendo que o comportamento sexual na adolescência, meia idade e terceira idade mudam em resposta à história e experiência pessoal de cada um.

A vulnerabilidade pessoal ao HIV aumenta com a falta de informações precisas, relevantes e abrangentes, da infecção pelo vírus HIV. E quando o indivíduo não está preocupado ou suficientemente sensibilizado sobre o perigo de ser infectado pelo vírus.



## A AIDS entre idosos

A AIDS é uma doença em ascensão em todo o planeta. O Brasil, sozinho, possui 75% do total de casos da América do Sul e, possivelmente, daqui há pouco tempo, o número de casos HIV-positivo assintomáticos ultrapasse cinco vezes.

No começo da epidemia, as pessoas muitas vezes não viviam mais do que dois anos após desenvolver a doença. Ao estudar o modo como o vírus ataca as células imunológicas, os cientistas desenvolveram drogas que impedem que o vírus se multiplique. Usadas em combinações conhecidas como “coquetel”, essas drogas têm ajudado os portadores do HIV a viverem mais. A letalidade tem diminuído em grande parte em razão destas drogas “anti-retrovirais”, gerando maior sobrevivência das pessoas portadoras do HIV.

Diante dos avanços na terapia anti-HIV, é possível reconhecemos o aumento do número de pessoas que contraíram o vírus há mais de 15 anos e que estão envelhecendo com a doença. Apesar disso, ainda não existem estudos que tratam do processo de envelhecimento das pessoas que convivem com o HIV/AIDS.

Os dados do Boletim Epidemiológico (2001) indicaram o aumento progressivo do número de pessoas com mais de 60 anos contaminadas pelo vírus da imunodeficiência adquirida, notificados no Brasil.

Em dez anos, o número de casos de AIDS entre homens com mais de 60 anos quase dobrou: em 1991 eram 159 idosos infectados e em 2001 este número aumentou para 317. Entre as mulheres nesta faixa etária também houve um aumento considerável durante uma década, em 1991 eram 38 casos e em 2001, 193.

Até meados dos anos 80, quando os métodos para seleção de doadores e controle de sangue não eram tão rigorosos, a transfusão sangüínea representava o principal fator de risco para aquisição do vírus HIV nesta faixa etária, chegando a ser apontada como responsável pela maioria das contaminações ocorridas em pessoas com 60 anos e mais. Atualmente, observamos que a maioria dos casos de AIDS nos pacientes nesta faixa etária pode ser atribuída ao contato sexual ou ao uso de drogas injetáveis.

Pesquisas na área médica atribuíram o aumento da incidência de HIV/AIDS entre os idosos aos tratamentos hormonais, às próteses e aos medicamentos como o *Viagra*, que estão ampliando a vida sexual da população idosa. Aliado a isso, existe uma grande falta de informações sobre a doença, preconceitos contra o uso de preservativos e ausência de ações preventivas voltadas para a terceira idade.

O uso de preservativos, por exemplo, é muito problemático: como as mulheres estão no período pós-menopausa e sem risco de engravidarem, acreditam que não precisam de proteção. Há, também, o preconceito quanto ao uso de preservativos pelos homens mais velhos. Como resultado, este tipo de prevenção para pessoas acima dos 50 anos é seis vezes menor do que na população mais jovem. Além disso, os idosos com atividade sexual pensam que, em razão da idade, estariam num grupo de “baixo risco”, o que os colocariam em posição de imunidade para aquisição do HIV (GIR, 1994).

Mann e colaboradores (1993), afirmaram que muitas pessoas ainda hoje acreditam que o risco de tornarem-se soropositivos ou ter alguém do seu convívio infectado pelo HIV pode ser praticamente zero. Este “mito”, mesmo após dez anos de estudo, continua pairando no imaginário das pessoas, especialmente em se tratando de pessoas idosas.

Estudos brasileiros sobre AIDS em pessoas com mais de 60 anos, realizados no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, revelaram um fato complicador para o tratamento do HIV nesta faixa etária: a demora no diagnóstico. Na maioria dos casos, a doença foi confundida com outras, devido aos preconceitos dos médicos que não solicitaram testes laboratoriais para sorologia de HIV. Nem se pensou que o idoso possa ter uma vida sexual ativa que o colocaria em exposição ao risco. A infecção pelo HIV é frequentemente diagnosticada no idoso apenas depois de uma investigação extensa e por exclusão de outras doenças, o que atrasa o diagnóstico e o tratamento.

No estudo sobre AIDS em idosos realizado nos Estados Unidos, Lashley (2001) descreveu que a grande maioria dos casos de transmissão do HIV envolveu contato sexual e/ou abuso de drogas. Estes, de acordo com a pesquisa, devem ser os principais focos de atenção das medidas preventivas em relação à AIDS no país.

Nos Estados Unidos da América, os idosos constituem 10% do total de casos de AIDS notificados no país. No Brasil, do total de casos de AIDS confirmados, 11%, em 2001, foram verificados em pessoas acima de 50 anos de idade. Esses índices confirmam a necessidade de desmistificar a idéia de que só os jovens contraem o vírus HIV.

## **A metodologia da pesquisa de campo**

Esta pesquisa foi desenvolvida com o intuito de identificar aspectos do comportamento sexual de pessoas portadoras do HIV/AIDS, hoje idosas, que as tornaram vulneráveis a doença. A pesquisa de campo foi realizada com a participação de pacientes idosos, que fazem acompanhamento ambulatorial numa Instituição de Saúde Pública de São Paulo, atualmente principal centro de referência na assistência às pessoas com sorologia positiva para o HIV e doentes de AIDS: o Instituto de Infectologia “Emílio Ribas”.

O grupo de idosos pesquisados foi entrevistado por meio de um roteiro semi-estruturado. Os depoimentos não foram gravados, pois acreditamos que por tratar-

se de um tema cercado por tabus e estigmas, os idosos poderiam ficar constrangidos e/ou intimidados na presença do gravador.

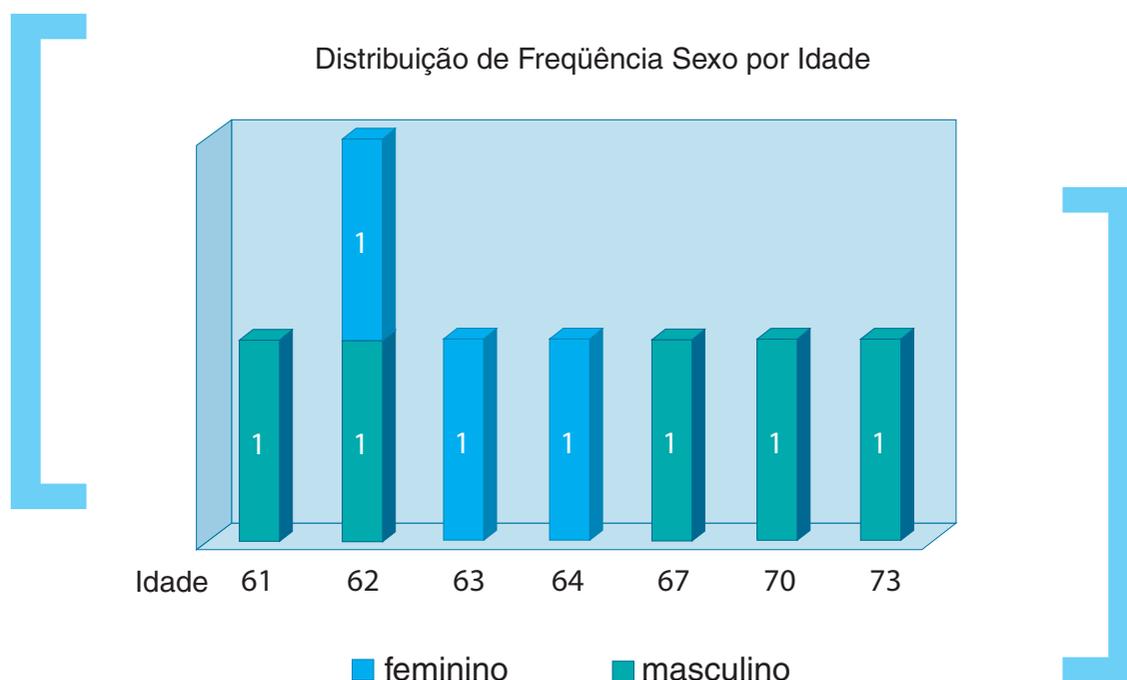
Na análise dos depoimentos, discutimos com esses idosos contaminados pelo HIV sobre como suas experiências podem contribuir com as medidas preventivas em torno da AIDS, já que até o presente momento, pouco ou quase nada se tem feito em relação aos idosos, no sentido de frear um possível avanço da epidemia da AIDS neste grupo etário. Também procuramos levantar dados para que profissionais de saúde observem mais atentamente os sintomas que podem sugerir o diagnóstico de AIDS, buscando evitar uma possível expansão da doença entre pessoas idosas.

Todos os entrevistados foram contaminados pelo HIV através de contatos sexuais desprotegidos; confirmando as pesquisas a esse respeito que mostraram, através dos relatos de idosos soropositivos, que a maioria foi exposta ao vírus pela via sexual.

As pessoas focalizadas neste estudo possuem idade superior a 60 anos, com idades que variam entre 61 e 73 anos. O gráfico 1, mostra o universo da pesquisa, composto por oito casos, sendo cinco homens e três mulheres; todos maiores de 60 anos.

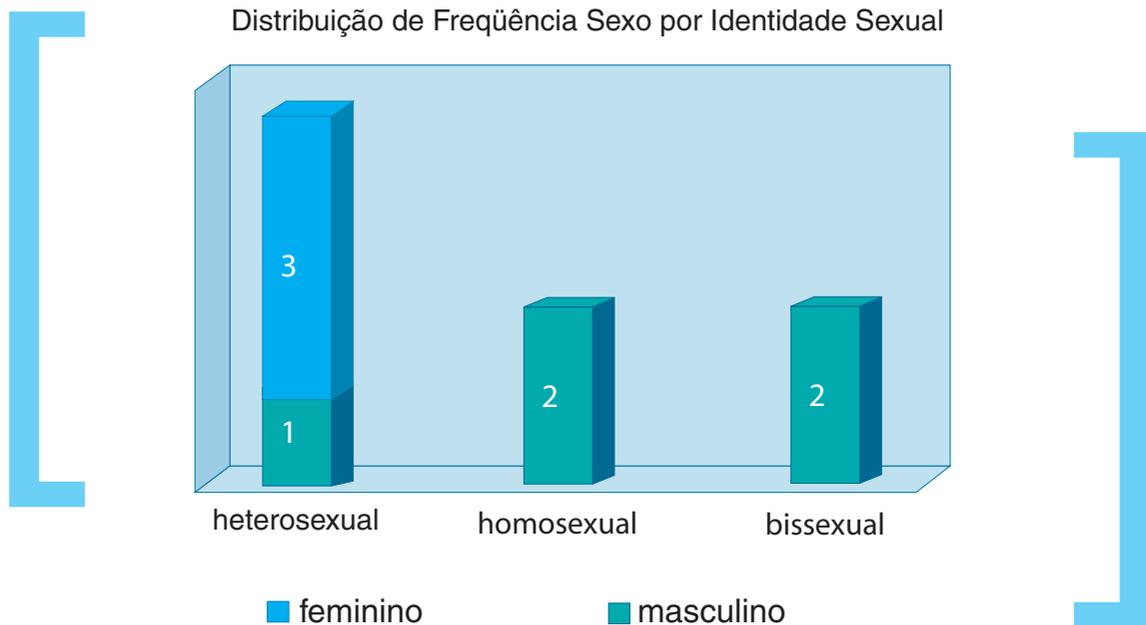


**Gráfico 1 – Sexo por idade – São Paulo 2002.**



Destes, quatro formam dois casais de sexos opostos. Em relação à identidade sexual, do total de homens, dois são homossexuais, um heterossexual e dois bissexuais. As três mulheres idosas entrevistadas são heterossexuais. Conforme gráfico abaixo:

**Gráfico 2 – Sexo por identidade sexual – São Paulo 2002.**



Do total de homens, dois se identificam como homossexuais; dois são bissexuais e apenas um deles é heterossexual. Todas as mulheres entrevistadas se identificaram como heterossexuais. De acordo com os dados obtidos, 50% dos entrevistados são heterossexuais, 25% são homossexuais e os outros 25% são bissexuais.

### **A análise dos depoimentos**

Todos os idosos entrevistados descobriram ser portadores do vírus HIV somente quando tiveram alguma infecção sem causa definida e após uma série de investigações diagnósticas e exclusões de algumas doenças.

Quando questionados sobre os motivos que os levaram a realizar o teste da sorologia para o HIV relataram:

*“Fui internada num hospital e, depois de ter feito vários outros exames que não revelaram um diagnóstico preciso, os médicos descartaram a suspeita de outras doenças e solicitaram o teste anti-HIV” (Isaura).*

“No começo da epidemia, as pessoas muitas vezes não viviam mais do que dois anos após desenvolver a doença. Ao estudar o modo como o vírus ataca as células imunológicas, os cientistas desenvolveram drogas que impedem que o vírus se multiplique. Usadas em combinações conhecidas como “coquetel”, essas drogas têm ajudado os portadores do HIV a viverem mais. A letalidade tem diminuído em grande parte em razão destas drogas “anti-retrovirais”, gerando maior sobrevida das pessoas portadoras do HIV.”



*“Fiquei doente e depois de ter ido a vários médicos e feito vários exames, resolvi ir para o Rio de Janeiro passar numa consulta com uma médica conhecida da minha família e depois de uma consulta longa e de ter visto todos os exames, suspeitou que eu tivesse com AIDS e pediu o teste” (Alfredo).*

*“Meu marido fazia acompanhamento com um cardiologista, por causa de um infarto. Como estava muito emagrecido e apresentando alguns sintomas, o cardiologista o encaminhou a um infectologista para investigação e em seguida ao resultado dele fiz o teste” (France).*

*“Eu estava sentindo muita indisposição, estava muito frágil, pegando gripe, pneumonia, aí resolvi fazer testes gerais” (Jonas).*

*“Estava com dores nas pernas, então o ortopedista pediu um exame de sangue completo e viu que o resultado estava diferente. Então, me mandou para outro médico no H.C. que pediu o teste de AIDS” (Mauren).*

Isso mostra como a AIDS aparece como se fosse uma doença distante da realidade e da vida de pessoas idosas. O próprio idoso se vê como uma pessoa afastada da exposição ao vírus; como pertencente a um grupo inatingível pela infecção pelo HIV.

A associação da AIDS com a homossexualidade e a bissexualidade surgiu a partir da notificação dos primeiros casos, que foram identificados como homossexuais masculinos, jovens e de classe média alta. Este estereótipo foi amplamente divulgado e incorporado no início da epidemia e continua presente no imaginário da população. Além disso, outras imagens tomaram corpo na imaginação popular: a das prostitutas, travestis e usuários de drogas. *“Isto explica porque a população vem percebendo a doença através de representações negativas sobre os grupos mais atingidos inicialmente. A AIDS passa a ser representada, desta forma, como a doença do outro” (PAULILO, 1999, p. 48).*

Todos os idosos pesquisados, no momento da entrevista estavam realizando acompanhamento ambulatorial regular. Dos oito, sete iniciaram o tratamento médico logo assim que souberam ser portadores do vírus HIV. A adesão ao tratamento para o HIV, que necessita de disciplina e vontade, devido aos efeitos colaterais e aos incômodos de tomar a medicação, tais como rigidez no horário, grande quantidade de drogas etc, indica preocupação com a saúde e com o prolongamento da vida.

A reação dos idosos entrevistados quando informados sobre o diagnóstico foi bem variada. A maioria expressa um sentimento negativo, como se o mundo e a vida, em torno de si, tivessem se destruído. É possível observar uma nítida diferença das reações dos homossexuais e dos heterossexuais e bissexuais pesquisados. Os homossexuais já estavam, de certo modo, mais familiarizados com a possibilidade da contaminação pelo HIV, pois já tiveram ou têm companheiros soropositivos, como mostram os depoimentos:

*“Meu último companheiro era soropositivo e por isso eu recebi o resultado com tranqüilidade” (Pablo).*

*“O resultado do meu exame já era esperado, pois me relacionei com uma pessoa portadora do HIV durante quatro anos, sem qualquer tipo de proteção” (Samuel).*

Para os idosos heterossexuais e bissexuais entrevistados, o impacto do diagnóstico pareceu ser muito maior, principalmente para os dois casais com união estável.



*“Senti vontade de me matar, pois nunca esperava por isso. Não gosto nem de lembrar... (ao dizer isso se emociona) Não tenho coragem de falar para as pessoas” (Isaura).*

*“Eu quis me matar. Para mim foi um choque muito grande, sobretudo quando soube que havia contaminado minha esposa” (Jonas).*

*“Não imaginava nunca estar com HIV. Senti um misto de decepção e desmoronamento. Fiquei muito revoltada; não achava justo que meu marido não tivesse o cuidado de se prevenir” (France).*

*“Fiquei muito deprimido, fraco. Emagreci muito, pois não queria comer. Briguei com a minha esposa; ela ficou muito nervosa e dizia que iria contar para todos o que eu tinha feito” (Camilo).*

*“Fiquei desesperada, chorei muito. Senti vontade de matar o meu marido. Senti que meu casamento acabou naquele dia” (Mauren).*

Contrariando essas colocações e surpreendendo a pesquisadora, um dos depoentes afirmou que:

*“Não fiquei desesperado ou coisa do tipo. Para mim doença é doença, independente de qual seja ela. Todos nós vamos morrer e existem doenças piores que essa. O problema é que a AIDS veio com um estigma, por isso as pessoas se assustam” (Alfredo).*

A construção social da AIDS, a qual muitos autores se referem, tenta explicar a reação desses idosos ao diagnóstico. Muitos deles, até em razão da idade, se consideravam um grupo longe da exposição ao HIV. Pela doença ter sido inicialmente relacionada às pessoas com determinadas características, ou seja, pessoas

marginalizadas – homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo – ainda ecoa como algo distante dos outros grupos populacionais. Hoje, as estatísticas mostram que a realidade da epidemia vem mudando, porém, muitos ainda acreditam estarem longe de qualquer exposição ao risco de contrair o HIV.

Paulilo (1999), discutindo a AIDS como um “constructo” social, afirmou que: *“A suposta seletividade da doença para um determinado grupo ou um determinado modo de vida criou uma primeira representação para o fenômeno: na homossexualidade poderia estar a sua origem o que tornaria os homossexuais uma população considerada, na terminologia epidemiológica ‘de risco’. O uso da expressão “grupo de risco”, embora comum no âmbito da epidemiologia, marcaria de forma indelével a construção social e histórica da AIDS”*.

A exposição do grupo de idosos em foco, como mencionamos anteriormente, se deu através do contato sexual. A maior parte deles considera que, de alguma maneira, estiveram expostos ao risco de contaminação pelo HIV através de seus comportamentos sexuais. Todos eles, em algum momento da entrevista, mencionaram detalhadamente como poderiam ter sido infectados e as colocações sempre levavam ao comportamento sexual.

*“Tive apenas dois parceiros sexuais regulares, com quem convivi por algum tempo. Além deles, tive alguns relacionamentos passageiros. Quando tinha saúde ia a bailes, bares, mas era sossegada (risos)”* (Isaura).

*“Nunca utilizei qualquer tipo de prevenção com os meus parceiros. Na época em que comecei a ter relações sexuais não havia informações ou trabalho de prevenção. Mas nunca fui promíscuo”* (Samuel).

*“Não usava preservativos com meus parceiros sexuais. A camisinha, na época em que comecei a minha vida sexual, era pouco divulgada. Além disso, tive algumas fugidinhas”* (Pablo).

Apenas as mulheres casadas e um idoso viúvo afirmaram não ter comportamentos sexuais “arriscados”, pois se relacionavam apenas com seus parceiros. As mulheres afirmaram ter sido infectadas por seus próprios maridos.

*“Nunca fui infiel aos meus parceiros”* (France).

*“Não imaginava estar com essa doença, pois só me relacionava com o meu marido”* (Mauren).

Em relação aos comportamentos sexuais de risco, de acordo com os relatos, apenas três deles não se colocavam em situação de risco. A maioria afirmou ter práticas sexuais inseguras ao longo de suas vidas. Práticas sexuais que envolviam desde relações extraconjugais a múltiplos parceiros, sempre sem a utilização de preservativos.

O impacto do diagnóstico para os idosos que não consideravam seus relacionamentos arriscados, por manterem uma união estável, foi bem maior. Por acreditar que estavam fora dos tradicionais “grupos de risco”, estes idosos nunca pensavam ser atingidos pela AIDS e, com isso, passaram a estar ainda mais expostos à contaminação.

Nos discursos dos interlocutores, a contaminação pelo HIV aparece como algo “fora do lugar” pois, como muito se divulgou e ainda hoje é divulgado nas propagandas e campanhas contra a AIDS, a doença atinge somente pessoas jovens, que variam frequentemente de parceiros e com uma vida sexual pouco convencional.

Quando falamos em AIDS, a primeira imagem que surge da doença é a de sua associação com a noção de grupo de risco e de morte. Assim, a AIDS aparece como uma “doença do outro” ou como algo distante das pessoas ditas “normais” e reservada apenas a determinados segmentos da população.

## Sobre a Prevenção

Nos relatos, verificamos que anteriormente ao diagnóstico, a maior parte dos idosos entrevistados não utilizava nenhum tipo de prevenção para evitar a exposição ou contaminação pelo HIV. Em relação ao uso de preservativos, apenas um deles afirmou fazer uso regular da camisinha masculina, em relação extraconjugal. Os outros sete entrevistados não eram familiarizados ou não tinham prática do uso de preservativos. Independentemente do grau de informação e nível escolar, o uso de preservativos, desde a juventude deste grupo até os dias atuais, não faz parte do cotidiano e da vida sexual dos mesmos:

*“Na minha época não ouvia falar sobre AIDS. Nunca usei camisinha” (Isaura).*

*“Nunca usei camisinha, nem mesmo por curiosidade” (Samuel).*

*“Não usava camisinha com minha esposa” (Alfredo).*

*“Não usava preservativos, mas nunca saía com uma pessoa pela primeira vez, primeiro tinha um tempo para conhecer” (Pablo).*

*“Me casei virgem e nunca usei camisinha com meu ex-marido ou com meu atual marido, antes do diagnóstico” (France).*

*“Sempre usei camisinha, menos com minha esposa” (Jonas).*

*“Nunca usei preservativos, nem mesmo para evitar a gravidez” (Camilo).*





*“Usei preservativo logo que me casei, por um mês. Depois disso, nunca mais”*  
(Mauren).

Os depoimentos confirmam as dificuldades, em razão da nossa cultura machista, da introdução e manutenção do preservativo como um hábito em nossas práticas sexuais. *“No universo de práticas eróticas na cultura brasileira nota-se uma resistência generalizada ao uso do condom por parte de homens e mulheres”* (PAULILO, 1999, p. 156)

Em relação aos casados, o uso de preservativos é uma prática ainda menos comum, pois os relacionamentos ditos estáveis são considerados incompatíveis com o uso da camisinha. Mesmo reconhecendo vivenciar práticas sexuais arriscadas, como a relação com múltiplos parceiros, os idosos casados sempre dispensaram o uso de preservativos com suas esposas.

A negociação do uso de preservativos entre parceiros estáveis é ainda mais difícil. *“Negociar o uso de preservativo subentende negociar a possibilidade de outras parcerias sexuais, diálogo inverossímil para os casais que estejam vivendo em uma relação supostamente monogâmica e que tenham a fidelidade recíproca como um princípio do casamento”* (PAULILO, 1999).

Em se tratando de parceiros casados por longos anos, como é o caso desses idosos, isto, sem dúvida, aparece como uma barreira muito mais difícil de ser ultrapassada. A dificuldade do uso de preservativo é um problema que as campanhas e medidas de prevenção em torno da epidemia da AIDS enfrentam até hoje. Pois, *“No imaginário das práticas eróticas o preservativo é simbolicamente associado a representações de barreira, separação, quebra da intimidade, diminuição do prazer sexual, artificialidade, quando não de desconfiança e discriminação”* (PAULILO, 1999, p. 156).

Após o conhecimento do diagnóstico, foi consensual a mudança de comportamento – descrito nas falas dos idosos entrevistados. Apesar de serem mudanças por razões diferenciadas.

*“Agora só me relaciono com alguém se for com camisinha. Não quero ser responsável por contaminar alguém”* (Isaura).

*“Desde quando fiquei viúvo não me relaciono sexualmente. Tudo tem seu tempo na vida...”* (Alfredo).

*“Procuro não me relacionar com parceiros eventuais. O que não quero para mim, não desejo aos outros”* (Pablo).

*“Somente depois do diagnóstico comecei a usar preservativos. Além disso, a quantidade de relações sexuais diminuiu, fiquei muito ressentida com meu marido...”*  
(France).

*“Eu era muito ativo, fazia sexo intensamente, por isso a camisinha não funcionava no vale tudo. Mas depois do HIV, não procurei mais mulher da vida. Meu desempenho sexual passou a ser péssimo. Parece que perdi o desejo sexual”* (Jonas).

*“Depois que fiquei sabendo do HIV, não me relacionei mais com minha esposa. Continuo dormindo com ela e tenho muito carinho por ela”* (Camilo).

*“Não me relaciono mais com meu marido, não tenho vontade. Tenho muita mágoa e não o perdôo. Quero que ele sinta na pele o que fez comigo!”* (Mauren).

*“Tive um bloqueio psicológico no campo sexual e sentimental. Se tiver que me relacionar novamente, quero me relacionar com alguém também soropositivo”* (Samuel).

É interessante observar como o peso do diagnóstico interferiu na mudança de comportamento deste grupo de idosos. Alguns preferiram até mesmo interromper suas atividades sexuais acreditando que assim poderiam proteger as outras pessoas do HIV. Percebe-se também uma certa dificuldade de lidar com sua atual realidade e as implicações da *soropositividade* em suas vidas. Nas mulheres casadas, a relação sexual não é possível, pois, segundo elas, exige envolvimento emocional e, por se sentirem atingidas e vítimas dos seus maridos, preferem evitar o sexo. Assim, a maioria não se relaciona sexualmente desde quando souberam da sorologia positiva para o HIV.

Quando questionados a respeito do que consideram como práticas sexuais seguras, todos os idosos, de maneira diferente, responderam que o uso de preservativos, bem como os relacionamentos sexuais monogâmicos são fatores importantes neste sentido.

*“Sair preparada! Utilizar a camisinha. Se arrumasse um namorado fixo, exigiria a camisinha para ficar mais tranqüila”* (Isaura).

*“O uso de preservativos em todas as relações sexuais, sejam orais ou genitais, sem dúvida. Também acredito no relacionamento dentro dos padrões monogâmicos”* (Samuel).

*“As pessoas casarem e serem honestas umas com as outras. E se tivesse que sair com outras pessoas seria com preservativo”* (Alfredo).

*“Na minha opinião, quando se está envolvido emocionalmente e sexualmente com alguém, não existe prática sexual segura. Agora preciso usar preservativo porque não tem jeito”* (Pablo).

Os casados, além do uso de preservativos, consideraram como práticas sexuais seguras, a ausência de relações sexuais fora do casamento, ou seja, a fidelidade em uniões consideradas estáveis.

*“Sem a menor dúvida, a camisinha. As pessoas têm que criar o hábito de usar a camisinha. Acho também que o respeito e a sinceridade entre o casal são muito importantes”* (France).

*“Não ter aventuras fora de casa”* (Jonas).

*“Para mim, o uso de camisinha, dentro e fora de casa”* (Camilo).

*“A fidelidade no casamento e a sinceridade”* (Mauren).

Apesar desses idosos considerarem o uso de preservativo como parte da idéia de prevenção relacionada com as práticas sexuais seguras, contraditoriamente, nenhum deles tinha como hábito e como parte do seu cotidiano sexual, a prática do uso da camisinha. Em se tratando do campo sexual, tão cercado de ações irracionais e permeado de emoções e desejos, a prática, em geral, é muito diferente do discurso apresentado. As informações prestadas pelo grupo estudado refletem o que acontece na prática cotidiana dos indivíduos atingidos pelo HIV.

Quando abordados sobre o fato de ter AIDS e ser idoso, metade do grupo afirmou que nesta idade, na faixa etária em que se encontram, não esperavam ser atingidos por este tipo de doença. As pessoas que fazem parte do convívio deles também ficaram surpresas. Para eles permanece a idéia, tão amplamente divulgada entre a população, de que a AIDS só atinge pessoas em idade produtiva e reprodutiva, com vida sexual intensamente ativa, o que, como vimos, é algo equivocado.

*“Nesta idade não esperava ter AIDS, pensava que teria outras doenças, mas não esta.”* (Isaura).

*“Nunca pensei que nesta idade teria este problema, pois nunca fui bagunceiro”* (Camilo).

*“Na idade que tenho, não deveria ter esta doença, pois não bebo, nunca fui de ir para farra. Além disso, confiava no meu marido”* (Mauren).

Contrariando estas colocações, alguns relatam que a AIDS é uma doença como outra qualquer, e que apenas necessita de um controle mais rigoroso.

*“Me sinto absolutamente normal. Apenas preciso lutar mais pela minha qualidade de vida”* (Samuel).

*“Para mim ter o HIV não é uma doença e sim um mal-estar. O importante é se cuidar”* (Pablo).

*“A AIDS é uma moléstia como outra, que necessita de controle permanente”* (Jonas).



A relação entre a doença e a idade avançada não apareceu no discurso dos entrevistados, como algo com significado e conseqüências diferentes dos sentidos pelos portadores mais jovens.

*“Não há diferença entre um portador velho ou jovem. Tem que tomar os remédios, senão quem é mais jovem pode até morrer mais cedo”* (Pablo).

*“Não sei se é melhor ou pior, em qualquer idade.”* (France).

Na reflexão dos interlocutores, no entanto, o que mais parece pesar quando comentam sobre ter a doença nesta idade, é a questão do estigma que cerca a AIDS e o conseqüente preconceito que sofrem as pessoas portadoras do HIV, além do receio da rejeição dos outros.

*“Para mim, é muito triste, tenho medo do preconceito das outras pessoas, por isso não quero contar para ninguém”* (Isaura).

*“Tenho vergonha de mim mesmo. Dá impressão de vulgaridade e promiscuidade”* (Jonas).

*“Essa doença é a pior que existe, porque não tem cura; ela é diferente, pois as pessoas têm preconceito. Temia ter que ficar isolado das minhas netas e família”* (Camilo).

O preconceito arraigado na sociedade e refletido nos depoimentos, dos próprios idosos soropositivos, impede-os de compartilhar com a família, os amigos e, em alguns casos, com os profissionais de saúde, os problemas e dificuldades que a doença gera em suas vidas. Muitas vezes, preferem se isolar e esconder de todos, encarando a sorologia como uma perda lenta e solitária.

## Considerações Finais

Alguns aspectos levantados nos depoimentos dos idosos revelam situações e condições importantes para o entendimento da vulnerabilidade do grupo estudado.

Partindo de alguns aspectos relatados pelos idosos relacionados ao comportamento sexual enquanto expressão individual, observamos que neste grupo específico, um dos principais fatores que os tornaram vulneráveis à infecção pelo HIV, diz respeito às suas práticas sexuais. Práticas sexuais freqüentes, na maioria dos casos, com múltiplos parceiros e, sem proteção.

No sentido mais restrito, é possível afirmar que estes idosos, ao longo de suas vidas, sempre estiveram numa situação que os tornam vulneráveis ao risco de contágio por doenças sexualmente transmissíveis e, mais especificamente nas úl-



**“O preconceito arraigado na sociedade e refletido nos depoimentos, dos próprios idosos soropositivos, impede-os de compartilhar com a família, os amigos e, em alguns casos, com os profissionais de saúde, os problemas e dificuldades que a doença gera em suas vidas.**

**Muitas vezes, preferem se isolar e esconder de todos, encarando a sorologia como uma perda lenta e solitária.”**

timas décadas, pela AIDS. Em poucos momentos de suas vidas conceberam o uso de preservativos como algo importante e como forma de prevenir as doenças. Os poucos usaram quando jovens, o fizeram apenas como forma de contracepção.

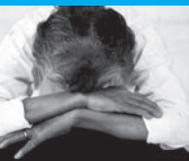
Quando resgatamos o que alguns autores discutem sobre a avaliação da vulnerabilidade das populações, observa-se que em relação a uma possível vulnerabilidade individual, este grupo possuiu um alto grau de risco, pois como relatado nos depoimentos, apesar de saberem sobre a necessidade do uso da camisinha e demonstrarem informação a este respeito, não perceberam que estavam expostos ao risco e, talvez por isso, não introduziram o uso de preservativos durante suas práticas sexuais.

É interessante destacar que nos recentes estudos sobre AIDS entre idosos, um dado sempre presente é o de que os próprios se consideram um grupo imune ao vírus, já que desde o início da epidemia, nos anos oitenta, as imagens atreladas à doença, eram ligadas apenas aos grupos inicialmente mais vulneráveis, como os homossexuais, usuários de drogas injetáveis, jovens heterossexuais e os profissionais do sexo e, mais recentemente adolescentes e mulheres casadas. Pouco ou quase nada se fala a respeito de uma possível disseminação da epidemia entre pessoas mais velhas.

Destacando o comportamento sexual como uma das expressões da vulnerabilidade individual ou pessoal dos sujeitos e o acesso aos serviços públicos, a participação na comunidade e o suporte familiar como aspectos importantes para determinar a vulnerabilidade coletiva dos idosos focalizados, podemos afirmar que o comportamento individual aparece como um dos fatores mais importantes na exposição deste grupo ao HIV. Sem esquecer que os comportamentos individuais, culturalmente construídos, possuem um caráter histórico e, portanto, mutável.

No geral, os aspectos determinantes, que tornaram estes idosos um grupo vulnerável à infecção pelo HIV/AIDS, foram as características individuais representadas pelos comportamentos sexuais arriscados, com ausência de proteção e pouca percepção do risco.

O estigma que nasceu junto com a doença e a acompanha é um dos principais fatores que dificultam a prevenção da doença em determinados grupos da população. A principal dificuldade é garantir que as discussões em torno da doença estejam presentes no cotidiano da população de modo geral e entre os idosos, especificamente, procurando atingir os grupos até então considerados pouco vulneráveis a epidemia, como os idosos.



**“Estudos brasileiros sobre AIDS em pessoas com mais de 60 anos, realizados no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, revelaram um fato complicador para o tratamento do HIV nesta faixa etária: a demora no diagnóstico.”**

## Referências Bibliográficas

ALVES, P.C. ; MINAYO, M.C.S. (Org.) *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1989.

AYRES, J.R.C.M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: 34, 1999.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS/MS. Brasília, ano XIV, n.2, p.31-40, abr/jun. 2001.

GIR, E. *Práticas sexuais e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana*. Goiânia: AB, 1994.

LASHLEY, F.R. AIDS/HIV in older adults. In: *The Encyclopedia of Aging, Third edition*. Maddox: New York, 2001.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T. (Orgs.) *A AIDS no mundo. (História social da AIDS, 1)* 1. Rio de Janeiro: Relume Dumará, ABIA, IMS/UERJ, 1993.

MINAYO, M.C.S. (Org.) *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

PARKER, R.G. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. 2.ed. Boston: Best Seller, 1991.

PARKER, R. *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, ABIA, IMS/ UERJ, 1994.

PAULILO, M.A.S. *AIDS: os sentidos do risco*. São Paulo: Veras, 1999.





**“Com o objetivo de investigar a repercussão do Estatuto do Idoso frente às denúncias de maus tratos no âmbito familiar, realizou-se esta pesquisa. A partir da aprovação do Estatuto, observou-se um aumento considerável das denúncias de maus tratos. Detectou-se nos seis primeiros meses de 2004, através do Programa Disk Idoso/1401 o registro de 162 denúncias, ultrapassando a média dos anos anteriores”.**

# A Repercussão do Estatuto do Idoso nas Denúncias de Maus Tratos

## Introdução

Numerosos estudos demográficos comprovam um crescente aumento da população idosa em todo o mundo, colocando desta forma para os órgãos governamentais e para a sociedade o desafio de problemas médico-sociais próprios do envelhecimento populacional. Segundo Papaléo (1996), este problema era visto até pouco tempo como tipicamente europeu, pois nesse continente vivem 12% da população mundial e 28% de pessoas com mais de 65 anos de idade.

A partir do início da última década, não é mais possível sustentar tal visão, considerando-se que desde 1960 mais de 50% dos gerontes são originários de nações que constituem o Terceiro Mundo.

Um exemplo disto é o que ocorreu com a América Latina, que entre os anos de 1980 e 2000, isto é, em apenas 20 anos, teve um acréscimo de 120% da população como um todo (de 363,7 para 803,6 milhões de pessoas), enquanto que o aumento da população idosa foi de 236% (de 23,3 para 78,2 milhões de idosos), portanto, duas vezes maior que o percentual de aumento da população total.

O Brasil já começa a sentir o efeito desse rápido envelhecimento. Cada vez mais será observado um grande número de pessoas desamparadas socialmente e eco-



## MARIA BETÂNIA JATOBÁ

*Diretora Presidente da Fundação Doutor Thomas e Coordenadora da Política Municipal do Idoso de Manaus/AM - beta.jatoba@bol.com.br*

## ERALDO BANDEIRA MACHADO

*Diretor Administrativo da Fundação Doutor Thomas de Manaus/AM*

## TÂNIA REGINA RODRIGUES MORAES

*Coordenadora do Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso da Fundação Dr. Thomas de Manaus/AM*

## MILANE LIMA REIS

*Assistente Social do Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso da Fundação Doutor Thomas de Manaus*

nomicamente que demandará serviços médicos, psicológicos e sociais da nação. Tal situação, inimaginável até bem pouco tempo, nos obrigará a buscar soluções que os países desenvolvidos procuraram desde a 2ª Guerra Mundial, quando sua população começou a envelhecer aceleradamente.

Segundo Corrêa (1996), o Brasil inserindo-se no contexto mundial, apresentou um processo de crescimento populacional que se tornou mais notável até o censo de 1970. De lá pra cá, as expectativas de crescimento anual elevado não se concretizaram. Observa-se um decréscimo dessas taxas, com menos nascimentos e acentuada redução da mortalidade infantil e o conseqüente envelhecimento populacional.

Para Papaléo Netto (1996), o envelhecimento populacional brasileiro tornou-se uma realidade preocupante, devido ao decréscimo das taxas de natalidade e aumento da expectativa de vida, proporcionadas por campanhas de educação médica e orientação para o controle da natalidade, por uma melhoria das condições sanitárias, pela redução da mortalidade infantil graças à prevenção de doenças do período grávido-puerperal, a uma melhor assistência materno-infantil e às melhorias gerais da assistência médica.

Com esse aumento da população idosa, a maioria vivendo apenas com um salário mínimo, constata-se uma nítida queda no padrão de vida dos idosos, muito dos quais encontram-se espremidos em favelas nos grandes centros urbanos ou nas periferias das cidades, vivendo na base da economia informal e sofrendo algum tipo de maus tratos.

Em Manaus, a Prefeitura Municipal, através da Fundação Doutor Thomas, preocupada com o crescente aumento da população idosa, observada na última década, implantou alguns programas que objetivam oferecer maior qualidade de vida aos idosos, além de estimular o exercício de sua cidadania.

## **A Fundação Doutor Thomas**

A Fundação Doutor Thomas é uma instituição da administração indireta da Prefeitura Municipal de Manaus, criada em 1967, dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e autonomia administrativa. Os seus recursos financeiros constituem-se de contribuições públicas ou privadas e doações e legados.

Tem como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso da cidade de Manaus proporcionando condições para sua autonomia, integração e participação no contexto familiar e social. Isto é alcançado através da execução de vários programas contemplados na Política Municipal do Idoso, regulamentada através da Lei 5488 de 08/03/2001, seguindo os princípios e diretrizes preconizados na Política Nacional do Idoso (Lei 8842 de 04/01/94).

O Programa de Longa Permanência tem como objetivo o internamento de pessoas de ambos os sexos, a partir de 60 anos, que precisam de assistência e abri-

go, bem como o atendimento de suas necessidades físicas, psíquicas e sociais. Ocupa uma área de 52.624,52 m<sup>2</sup>, e atende 160 idosos de ambos os sexos, predominando o sexo masculino com 57,26%.

A faixa etária de idosos atendidos varia de 65 a 103 anos, distribuídos por pavilhões segundo critério da dependência física. Dos internados 62 idosos são independentes, 44 apresentam média dependência e 54 alta dependência.

Relativamente à renda desses idosos, 86,1% recebem aposentadoria de um salário mínimo, 6,6% recebem acima de um salário e 7,3% não recebe nenhuma renda. Apesar da instituição atender na zona urbana, vale destacar que 50% originam-se da zona rural, 30% da zona urbana e 20% de outros Estados da Federação, predominando a Região Norte/Nordeste. Dos idosos residentes 70% têm família e 30% foram abandonados pelos seus familiares. Cerca de 75% recebem com frequência visitas dos seus familiares ou responsáveis.

Com a crescente demanda de serviços pelos idosos de nossa cidade, a Fundação Dr. Thomas, que oferecia apenas o serviço de atendimento de “Longa Permanência” mais conhecido como Programa Asilar ampliou suas atividades. Assim implantou em 1997 o serviço de atendimento pelo telefone 1401 o DISK IDOSO, que presta aos idosos informações sobre seus direitos e sobre os serviços oferecidos na cidade de Manaus, além de receber denúncias de maus tratos e promover o exercício de sua cidadania. Este serviço recebe em média 150 telefonemas/ mês.

Em decorrência desta atividade, percebeu-se que muitas famílias que solicitavam internação no Programa de Longa Permanência necessitavam, sobretudo, de esclarecimentos que lhes permitissem dispensar tratamento mais adequado ao seu idoso.

Essa realidade ensejou a implantação do Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso – PADI, que por meio de uma equipe interprofissional de 20 técnicos, composta por 02 médicos, 05 assistentes sociais, 02 advogados, 03 fisioterapeutas, 02 psicólogos, e 03 auxiliares de enfermagem, realizam visitas domiciliares, prestando orientações, informações e esclarecimentos aos idosos e seus familiares, encaminhando-os e facilitando o acesso à rede pública de serviço, além de evitar a internação e apurar denúncias de maus tratos.

Por outro lado, algumas ações preconizadas pela Política Municipal do Idoso já estão em andamento, como assessoramento técnico a cerca de 100 grupos de idosos de Manaus e a realização de uma pesquisa para identificar o perfil desses grupos: sua organização, atividades que realizam e principais necessidades.

Outra ação realizada é a alfabetização de idosos, em parceria com a Secretaria Municipal de Educação – SEMED, que em 04 anos já alfabetizou cerca de 800 pessoas. Várias outras ações também estão sendo realizadas como o Programa de Capacitação de Recursos Humanos, merecendo destaque o Curso de Capacitação





**“Em Manaus, a Prefeitura Municipal, através da Fundação Doutor Thomas, preocupada com o crescente aumento da população idosa, observada na última década, implantou alguns programas que objetivam oferecer maior qualidade de vida aos idosos, além de estimular o exercício de sua cidadania. “**

de Cuidadores de Idosos, e o Curso de Especialização em Gerontologia Social, em convênio com a Pontifícia Universidade Católica – PUC/SP.

Além de todas estas ações, foi inaugurado em 2002 o Parque Municipal do Idoso, onde é desenvolvido o Programa Conviver, que tem como objetivo promover a qualidade de vida da população idosa, desenvolvendo atividades físicas, culturais, laborativas, recreativas, associativas e de educação para a cidadania. Este Programa atende uma média de 1780 idosos/mês, em 18 atividades: ginástica e alongamento, hidroginástica, natação, caminhada orientada, ioga, karatê, oficina de memória, dança de salão, dança coreográfica, aulas de canto, alfabetização, artesanato, taichi-chuan, teatro, cultivo de plantas medicinais, voleibol.

Diante destas considerações impõe-se reconhecer que a Fundação Doutor Thomas está em constante ajuste de sua estrutura organizacional e de pessoal para responder com qualidade e efetividade às exigências deste novo momento da história do Município e da Administração Municipal, marcado pelo envelhecimento da população, que hoje representa cerca de 6,5 %, ou seja, mais de 110.000 pessoas com idade acima de 60 anos.

### **A repercussão do Estatuto do Idoso frente às denúncias de maus tratos na família**

Com a aprovação do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741), em setembro de 2003 e sancionado em outubro deste mesmo ano e passando a vigorar em janeiro de 2004, os direitos dos idosos foram ampliados e legitimados perante a sociedade, garantindo punição severa para aqueles que desrespeitam ou abandonam os cidadãos da terceira idade. Este Estatuto resgatou princípios constitucionais, que garantem aos cidadãos, direitos que preservam a dignidade da pessoa humana, sem discriminação de origem, raça, sexo, cor e idade.

Essa legislação traz em seu conteúdo a garantia dos direitos fundamentais referentes à pessoa humana, além de penalizar as pessoas que praticam a discriminação, a crueldade, a opressão, a negligência e a violência contra os idosos, bem como aqueles que omitem das autoridades competentes, os crimes que tenham conhecimento.

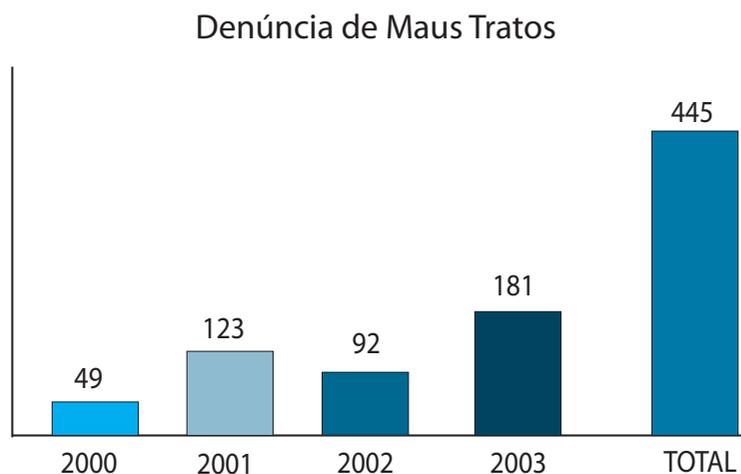
Assim, o Estatuto foi uma conquista legítima da sociedade que teve, com certeza, uma grande repercussão social, a qual nos motivou a realizar uma pesquisa que retrate como a sociedade está assimilando essa Lei e, principalmente, denunciando práticas de maus tratos, que anteriormente muitas vezes eram omitidas.

Para um melhor entendimento desta pesquisa, faz-se necessário, conhecer o conceito de maus tratos. Segundo Machado L. & Queiroz Z. (2002), a Organização Mundial de Saúde considera que constituem abuso com idosos: *“uma ação única ou repetida, ou ainda a ausência de uma ação devida, que cause dano, sofrimento ou angústia, e que ocorre em uma relação onde haja expectativa de confiança”*.

Desta forma a prática dos maus tratos em idosos torna-se comum na convivência com familiares e/ou cuidadores, tendo em vista que neste, contexto, ocorre uma relação de confiança por parte dos idosos.

Com o objetivo de investigar a repercussão do Estatuto do Idoso frente às denúncias de maus tratos no âmbito familiar, realizou-se esta pesquisa, através de levantamento das fichas de solicitação de denúncias no Programa Disk Idoso no período de 2000 a 2003, registrando-se 445 denúncias de maus-tratos, com uma média de 110 denúncias por ano, conforme o gráfico abaixo:

**GRÁFICO 01**



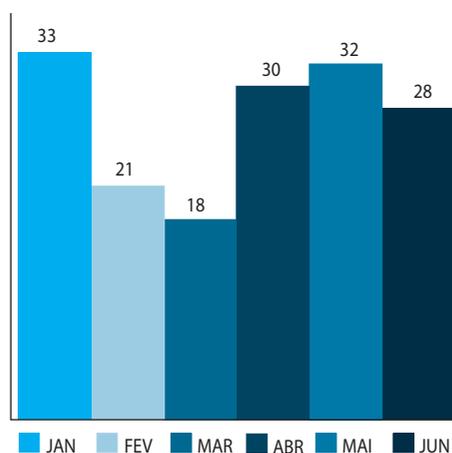
Fonte: Fichas do Disk Idoso, 2000 a 2003.



A partir da aprovação do Estatuto, observou-se um aumento considerável das denúncias de maus tratos. Detectou-se nos seis primeiros meses de 2004, através do Programa Disk Idoso/1401 o registro de 162 denúncias, ultrapassando a média dos anos anteriores, de acordo com o gráfico 02:

**GRÁFICO 02**

**Denúncia realizadas no período de janeiro a junho de 2004**



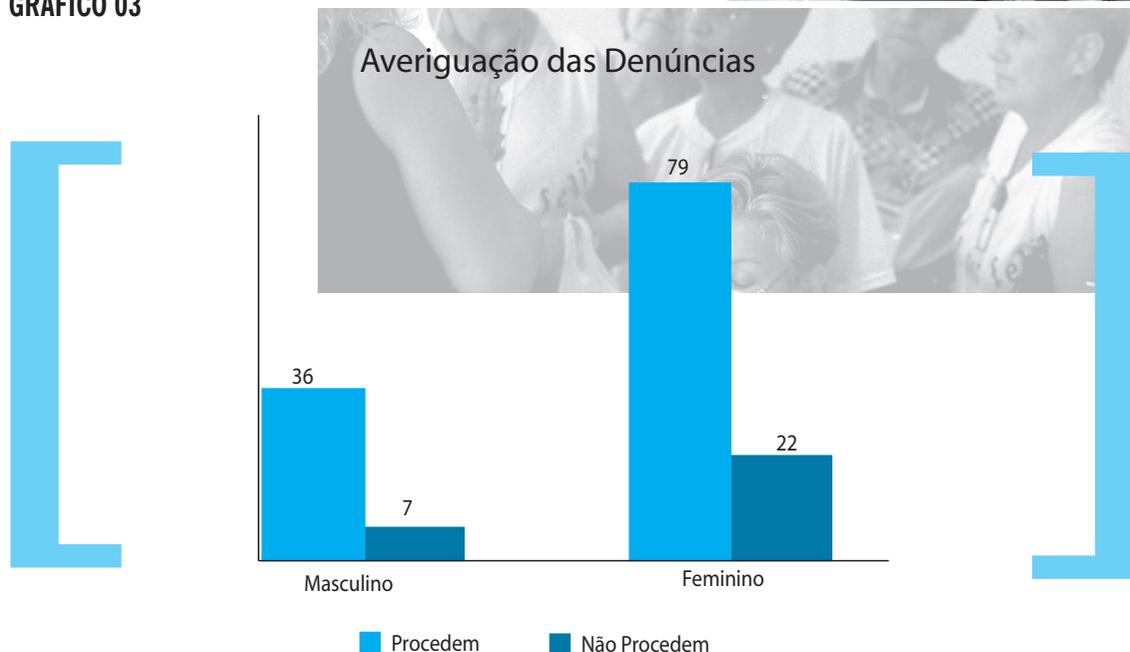
Fonte: Fichas do Disk Idoso, jan a jun / 2004



A pesquisa também constatou que o Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso (PADI), durante os seis primeiros meses de 2004 realizou 271 visitas domiciliares. Deste total constatou-se que em 130 houve a prática de maus tratos. Dessas denúncias, 101 referiam-se a idosos do sexo feminino, em que 79 procediam e 22 não. Do sexo masculino detectamos 43, 36 procedentes e 07 não, conforme ilustramos abaixo.



GRÁFICO 03



Fonte: Fichas do PADI, jan a jun de 2004

Observa-se que nestas averiguações de denúncia, a diferença entre os gêneros é evidente, resultante da feminilização da velhice. Constata-se nas visitas domiciliares a predominância do sexo feminino, que em sua maioria são viúvas e geralmente são independentes na realização das suas atividades de vida diária.

Em geral as denúncias que não procedem originam-se a partir de vizinhos ou parentes que não residem no ambiente familiar do idoso, mas que ao realizarem uma simples visita, tem uma percepção equivocada do processo de envelhecimento, criticando o modo de cuidar, sem buscar as razões que levaram o familiar ou a pessoa que cuida a tomar determinada atitude, que à primeira vista, pode ser considerada como maus tratos.

As denúncias são averiguadas através do acompanhamento nas visitas domiciliares. Em alguns casos os maus tratos são constatados logo na primeira visita e

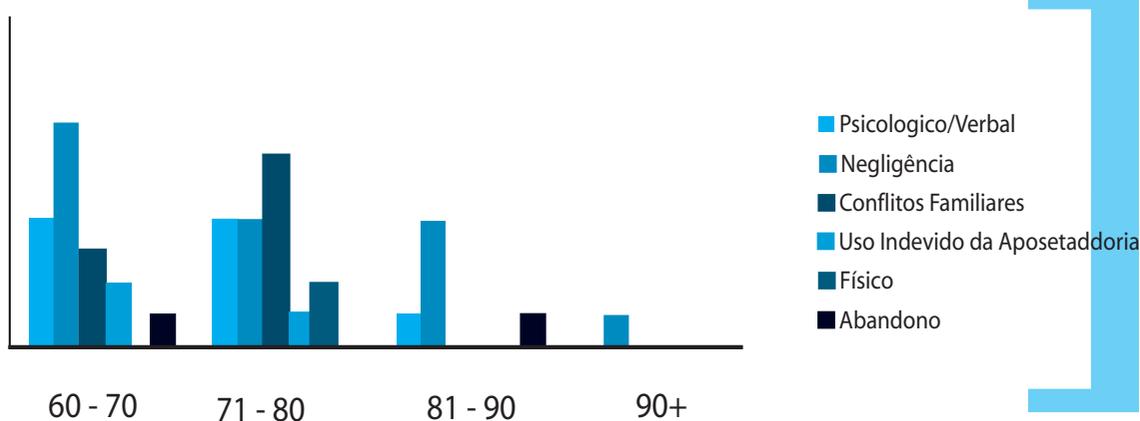
em outros é necessário retornar mais vezes para maiores observações, visto que, dependendo da situação, o próprio idoso tenta esconder a verdade.

A partir das visitas de retorno e com o estreitamento dos laços com a equipe, pode-se perceber os conflitos que realmente existem e então confirmar a veracidade da denúncia.

Na pesquisa observou-se que os principais tipos de maus tratos são: psicológico/verbal e negligência. Ocorrem principalmente por desconhecimento sobre o processo de envelhecimento e desencadeiam conflitos familiares, exemplificados nos gráficos 04 e 05:

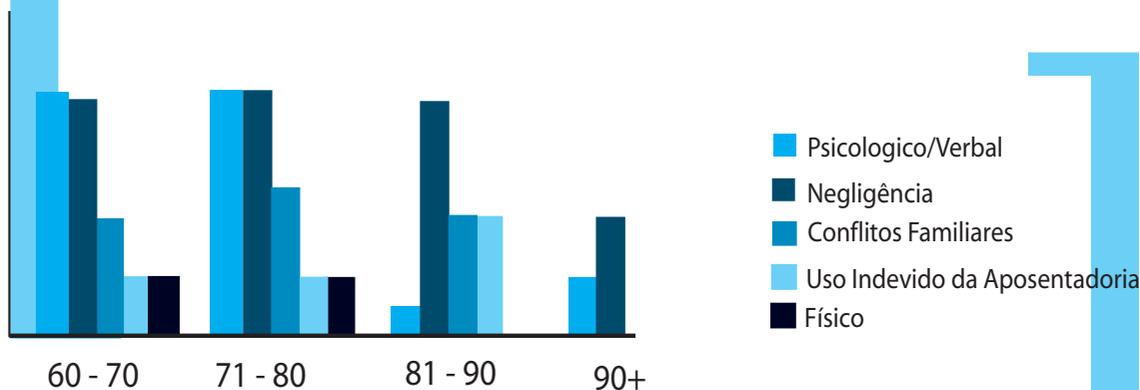
**GRÁFICO 04**

**Tipos de Maus Tratos no Sexo Masculino**



**GRÁFICO 05**

**Tipos de Maus Tratos no Sexo Feminino**



Fonte: Fichas do PADI, jan a jun de 2004



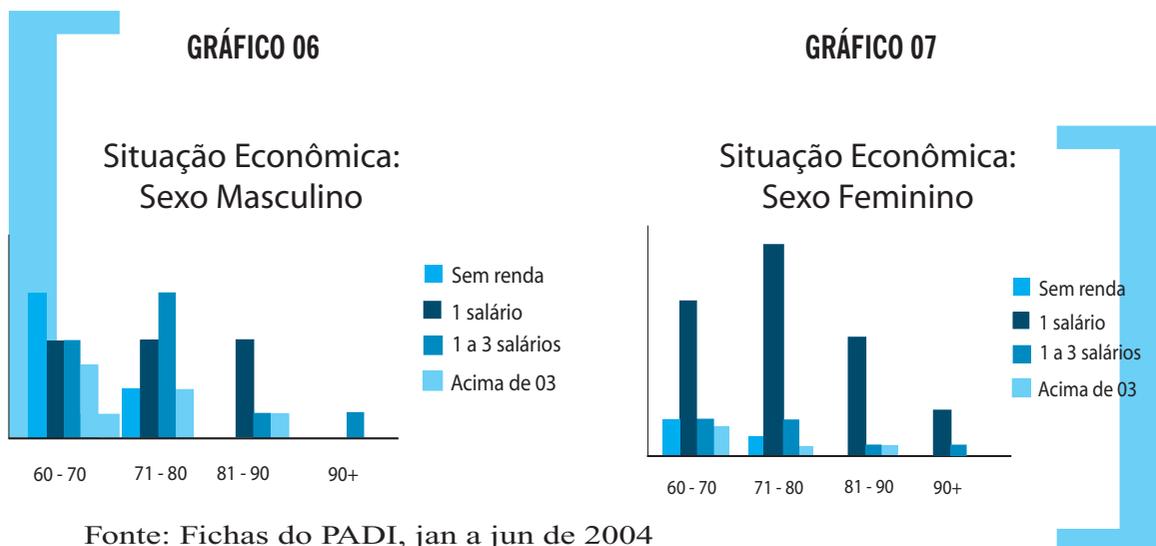
Vale salientar que os maus tratos físicos apresentam um índice baixo, já que geralmente não são comprovados, pois os próprios idosos não confirmam esta agressão por medo das conseqüências legais ao agressor, que na maioria das vezes é seu próprio filho.

A falta de preparo no trato com a pessoa idosa também pode desencadear formas de violência física, psicológica e moral, mesmo que estas não sejam praticadas de forma intencional.

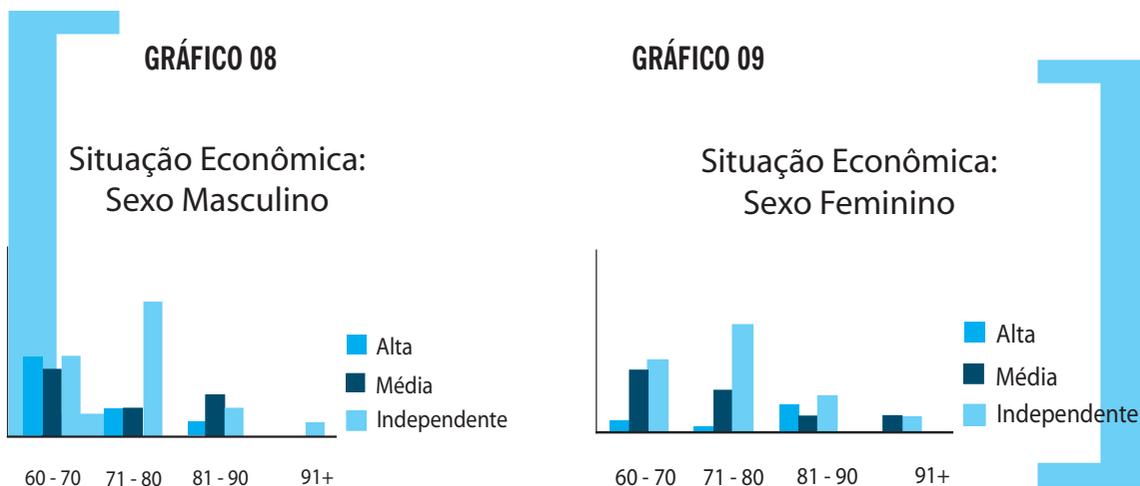
Na esfera doméstica, os maus tratos ocorrem como uma forma de negligência involuntária, sendo comum a indiferença em relação a certos cuidados como: o descuido com a alimentação e higiene corporal, ambiente inadequado, quedas repetidas, falta de atenção com as medicações (principalmente no caso de doenças crônicas degenerativas), não levar o idoso ao médico quando necessário, dentre outras negligências.

A intolerância da família muitas vezes gera maus tratos verbais, principalmente naqueles que estão fisicamente ou psicologicamente dependentes, pois estes idosos ficam mais vulneráveis a essa prática.

O uso indevido da aposentadoria é um outro tipo relevante de abuso. Em sua maioria os idosos recebem um salário mínimo e ainda sustentam os filhos com sua renda, predominando nas denúncias pessoas do sexo feminino. Ver nos gráficos 06 e 07:

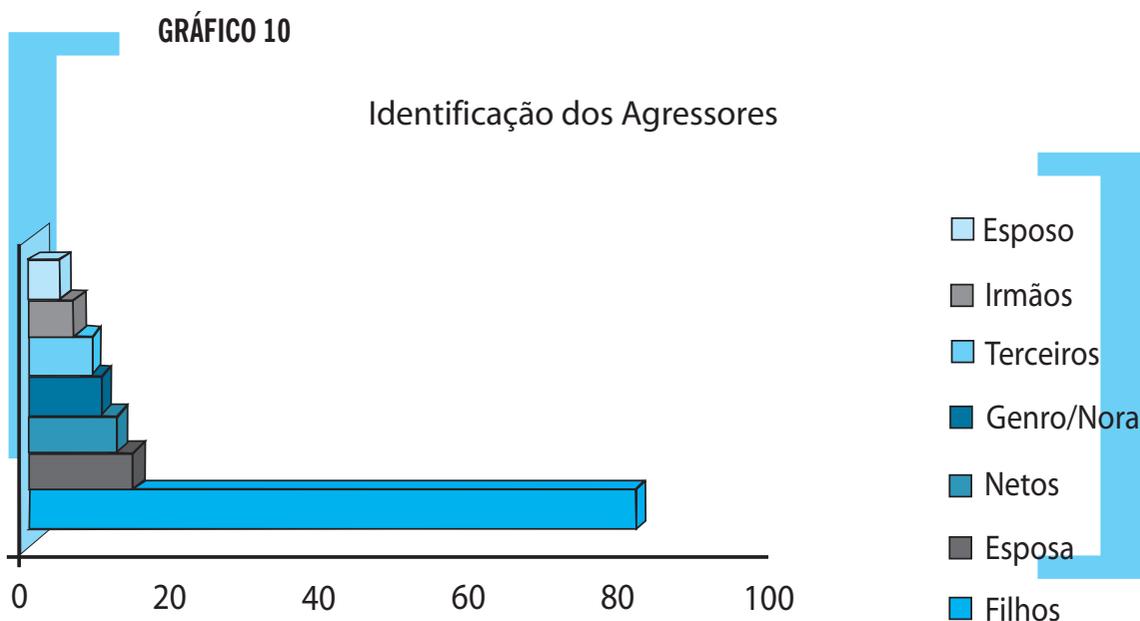


Quanto ao nível de dependência dos idosos que sofrem maus tratos, a pesquisa revela que com relação ao sexo masculino há uma oscilação entre as faixas de idade e no sexo feminino percebe-se que a maioria dos maus tratos ocorre, em todas as faixas, contra idosos considerados independentes, que são negligenciados e maltratados verbalmente, retratando os conflitos vivenciados no domicílio, conforme gráficos abaixo:



Fonte: Fichas do PADI, jan a jun de 2004

Na pesquisa observa-se que os principais agressores são os próprios familiares (filhos, esposa e netos), conforme resultado abaixo:



Fichas do PADI, jan a jun de 2004.

Tendo em vista que este estudo focaliza a questão dos maus tratos com os idosos no domicílio, observa-se que as agressões praticadas pelos filhos são reflexos da vida de desacertos e desencontros que tiveram no decorrer de suas vidas. Pois nas reuniões familiares realizadas pela equipe, esses filhos geralmente informam que também sofreram maus tratos na infância e, de alguma forma, inconscientemente tentam punir seus pais.



Tais formas de convivência familiar podem desencadear diversos tipos de maus tratos, cuja ação, às vezes, não é percebida por quem pratica e também por quem sofre o maltrato. Seus efeitos geralmente têm a ver com a agressividade, violência, insultos, falta de respeito, indiferença, abandono por parte dos filhos e discriminação. Muitos desses conflitos decorrem ou são agravados em virtude da precária situação financeira, social e econômica, em que vivem esses idosos e seus familiares.

Diante deste contexto ao serem constatados maus tratos, a equipe do PADI segue os seguintes procedimentos: visitas domiciliares, orientações sobre os vários aspectos do envelhecimento e cuidados básicos de saúde, encaminhamento à rede pública, reuniões familiares, doações de materiais de higiene e cestas básicas e, em último caso, encaminhamento ao Ministério Público e às Delegacias de Polícia. Quando não são constatados, é verificada a situação social e de saúde do idoso e o programa encaminha o caso à rede de apoio social.

Esse serviço vem obtendo um grande alcance social, pois a maioria dos idosos desconhece o seu processo de envelhecimento e seus familiares banalizam a velhice o que muitas vezes desencadeia diversas formas de maus tratos. Dessa forma, os profissionais do Programa através de ações educativas, orientam sobre o processo de envelhecimento, procurando assim, minimizar essa prática e assegurar ao idoso melhores condições de vida, além de estimular o exercício de sua cidadania, conscientizando sobre a garantia de seus direitos.



## Conclusão

Até meados do século passado a velhice não era vista como um fato social relevante. Nas famílias os papéis eram mais definidos existindo uma rigidez na hierarquia, havendo, portanto, respeito com a pessoa mais velha. Assim, a velhice não era uma condição temida, pois, os idosos sabiam que a responsabilidade dos cuidados e a proteção que receberiam era algo esperado e aceito dentro da família.

Mais recentemente houve uma mudança na dinâmica familiar. A pessoa mais velha é tratada com menos formalidade, muitas vezes é vista como um ser incapaz, um estorvo, um ser improdutivo, principalmente quando se encontra com patologias próprias do envelhecimento.

Esta realidade resultou em perda para os idosos, que descartados do sistema produtivo e econômico e não mais encontrando no grupo familiar o apoio necessário, tornaram-se uma categoria fragilizada e exposta às intempéries sociais, sujeitos ao abandono e ao desamparo no contexto social e familiar, onde os valores humanos estão sendo gradativamente deformados e os maus tratos são apenas conseqüências dessa realidade.

A existência dos maus tratos no ambiente familiar é uma triste realidade. Causados principalmente por relações familiares desgastadas pelo tempo, são



**“Na esfera doméstica, os maus tratos ocorrem como uma forma de negligência involuntária, sendo comum a indiferença em relação a certos cuidados como: o descuido com a alimentação e higiene corporal, ambiente inadequado, quedas repetidas, falta de atenção com as medicações (principalmente no caso de doenças crônicas degenerativas), não levar o idoso ao médico quando necessário, dentre outras negligências.”**

resultado de conflitos e problemas econômicos. Portanto, é importante reconhecer que os maus tratos existem e que têm efeito destrutivo na qualidade de vida dos idosos.

Desse modo, a ausência de apoio familiar, a pobreza material e a insuficiência de programas e serviços em nosso país, fazem com que os idosos sejam excluídos da sociedade, acentuando ainda mais as fragilidades naturais do processo de envelhecimento.

Diante desta realidade, a publicação do Estatuto do Idoso revelou-se como um ganho imprescindível de amparo legal à sociedade, pois na medida em que são asseguradas punições aos agressores, o idoso começa a motivar-se para denunciar, dando credibilidade e confiança a referida Lei.

Cabe à sociedade, à família, ao poder público e às três esferas de governo (federal, estadual e municipal), bem como aos poderes Judiciário e Legislativo, ao Ministério Público, aos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais e aos Fóruns Permanentes do Idoso, fazer valer o Estatuto pra que não se transforme em letra morta.

É imprescindível a participação e o envolvimento da sociedade e a conscientização dos idosos, no sentido de que eles internalizem seus direitos garantidos no estatuto e divulguem para seus familiares. É necessário também que os órgãos públicos e privados que prestam serviços à população idosa, conheçam o conteúdo desse Estatuto, para fazer valer os benefícios garantidos na Lei.

Por outro lado, entendemos que não é apenas com a assinatura de uma Lei, que vai se fazer justiça social aos idosos em nosso país, mas sim através das atitudes do cidadão comprometido com este segmento onde ele está inserido ou que dele é responsável.

Enquanto responsável pela coordenação e implantação da Política Municipal do Idoso na cidade de Manaus, temos consciência da nossa responsabilidade e do nosso compromisso de divulgar o Estatuto para que o seu conteúdo possa ser apreendido pelos idosos e por toda a sociedade envolvida nesta nobre causa em defesa dos direitos dos cidadãos da Terceira Idade.



**“Na esfera doméstica, os maus tratos ocorrem como uma forma de negligência involuntária, sendo comum a indiferença em relação a certos cuidados como: o descuido com a alimentação e higiene corporal, ambiente inadequado, quedas repetidas, falta de atenção com as medicações (principalmente no caso de doenças crônicas degenerativas), não levar o idoso ao médico quando necessário, dentre outras negligências.”**

## Referências Bibliográficas

BRASIL. Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994. *Política Nacional do Idoso*. Brasília: MPAS, 1996.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Estatuto do Idoso*. Brasília: MPAS, 2003.

CARVALHO, M.C.B.; ALMEIDA, V.L.V. (Orgs.). *Programas e serviços de proteção e inclusão social dos idosos*. São Paulo: IEE / PUC-SP; Brasília: Secretaria de Assistência Social/ MPAS, 1998.

CORRÊA, Antônio Carlos de Oliveira. *Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer*. Belo Horizonte: Infortexto, 1996.

DOCUMENTOS do Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso (PADI). Manaus: Fundação Dr. Thomas, 2000.

IBGE. *Censo Demográfico*. 2000. Disponível em: <[www.ibge.net/home/estatistica/população/censo2000/default.shtm](http://www.ibge.net/home/estatistica/população/censo2000/default.shtm)>. Acesso em 28 out. 2002.

MACHADO, L. & QUEIROZ, Z. Negligência e maus tratos. In: FREITAS, E. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MANAUS. Lei 5.482 de março de 2001. Política Municipal do Idoso. Manaus, 2001.

PAPALÉO NETTO, Matheus. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em uma visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 1996.

*PROGRAMA Piloto da Central de Valorização ao Idoso: atendimento domiciliar em expansão*. Manaus: Fundação Dr. Thomas, 2000.

SANTOS, M.C.C. L. (Org.) *Idosos: legislação*. 2. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 1999.





# Políticas Públicas e Envelhecimento: Conquistas e Desafios

*“A concretização da cidadania ocorre através do espaço político. Parte-se do pressuposto que o direito a ter direitos passa pela questão do exercício da cidadania em um Estado Democrático de Direito como o nosso, em que o segmento idoso, através da participação efetiva no processo democrático, luta pela positivação de seus direitos, ou seja, luta para a elaboração de leis específicas voltadas ao idoso”.*



## **CLAUDIA MILNITZKY**

*Socióloga. Pós-graduada pela FIA e FEA/USP - MBA de Gestão e Empreendedorismo Social. Coordenadora do Voluntariado do Residencial Israelita Albert Einstein – Lar Gold Meir - claudia@milnitzky*

## **FLORENCE SUNG**

*Arquiteta e administradora. Pós-graduada pela FIA e FEA/USP - MBA de Gestão e Empreendedorismo Social. Fundadora da ANI – Associação Nova Idade, entidade sem fins lucrativos focada na prevenção para a Terceira Idade - fsung@bol.com.br*

## **RODRIGO MENDES PEREIRA**

*Bacharel em Direito, pós-graduado pela FIA e FEA/USP - MBA de Gestão e Empreendedorismo Social. Assessor jurídico e técnico em projetos sociais. romepe@terra.com.br*

## Considerações Iniciais

Com maior longevidade, autonomia, qualidade de vida e independência econômica, o segmento idoso irá ocasionar impactos nas regras atuais da sociedade. Portanto, torna-se relevante o conhecimento mais acurado das expectativas e necessidades próprias do futuro idoso, bem como a sua adequação e integração social.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o envelhecimento populacional é uma conquista e um triunfo da humanidade no século XX, ocasionado pelo sucesso das políticas de saúde públicas e sociais. Portanto, não pode ser considerado como problema. Entretanto, para as nações desenvolvidas ou em desenvolvimento, o envelhecimento populacional poderá se tornar um problema, caso não sejam elaborados e executados políticas e programas que promovam o envelhecimento digno e sustentável e que contemplem os direitos, as necessidades, as preferências e a capacidade das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

A Constituição brasileira de 1988 trouxe a possibilidade da participação efetiva da sociedade no desenvolvimento das políticas públicas, através dos Conselhos Paritários e colaborou para garantir a elaboração de diversas leis que vieram atender as expectativas demandadas pelos diversos segmentos sociais. Assim, ela foi um marco no sentido de ampliar os olhares do idoso para novas perspectivas que são apresentadas enquanto cidadãos.

Desta forma e nesse contexto, em virtude das determinações constitucionais, elaborou-se a Lei nº 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96).

Recentemente, enfatizando ainda mais a relevância e urgência no enfrentamento das questões envolvendo os idosos, reafirmando direitos e princípios já consagrados na Constituição e também na legislação infraconstitucional, assim como trazendo avanços, foi promulgado o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03).

Ressalte-se, entretanto, que não basta a simples existência de normas jurídicas. A questão é mais ampla, uma vez que os direitos devem ser efetivamente exercidos pelos idosos, e isto porque seu efetivo exercício é o elemento fundamental e imprescindível de inclusão do idoso na sociedade, ou seja, para que o idoso exerça um papel ativo na sociedade e para que a sociedade trate o idoso com respeito e dignidade.

O distanciamento entre legislação e a realidade dos idosos no Brasil ainda é enorme. Para que essa situação se modifique, é preciso fomentar o debate e estimular a mobilização permanente da sociedade.

Interessante é a questão levantada por Silva (1998), no sentido de que a longevidade conquistada no Brasil, para a grande maioria da população, foi um contraponto para a degradação da qualidade de vida desse segmento no decorrer de suas vidas e da falta de políticas preventivas.

Outra relevante questão é a colocada por Saffioti apud Carvalho, 2002, ao afirmar que o poder tem sempre a mesma natureza, seja ele exercido em processos



**“A Constituição brasileira de 1988 trouxe a possibilidade da participação efetiva da sociedade no desenvolvimento das políticas públicas, através dos Conselhos Paritários e colaborou para garantir a elaboração de diversas leis que vieram atender as expectativas demandadas pelos diversos segmentos sociais. Assim, ela foi um marco no sentido de ampliar os olhares do idoso para novas perspectivas que são apresentadas enquanto cidadãos.”**



micro ou macropolíticos, os quais não são passíveis de separação, pois não se sobrepõem. Assim, a micropolítica é tão importante quanto a macropolítica, e isto porque o micropoder, apresentando um alto potencial de subversão, é capaz de solapar o macropoder. O micropoder inserido no macropoder pode levar ao exercício democrático deste último. Isso demonstra que a micropolítica transforma incessantemente a macropolítica.

E é nesse exercício de micropoder que se formam as lideranças que atuam nas questões dos idosos, e que exercem suas atribuições de liderança mediante uma atuação efetiva nas organizações da sociedade civil de proteção e amparo aos idosos, nos Conselhos dos Idosos e até mesmo nos órgãos e entidades públicos, que têm por finalidade interagir diretamente com a população que os circunda – Universidades e Centros de Atendimento aos idosos. Eis, assim, a importância destes espaços de exercício de micropoder – organizações da sociedade civil, Conselhos, Universidades e Centros de Atendimento – para a efetiva implementação de políticas públicas voltadas ao atendimento da população idosa, e a luta pelo direito à igualdade, à dignidade e à autonomia da pessoa idosa.

De acordo com as considerações acima, entendemos que a velhice ganha visibilidade quando põe em xeque a própria sociedade, impondo-se como um risco social, que deve ser enfrentado com políticas públicas.

Neste contexto, definiu-se como objetivo geral do presente trabalho, avaliar a possibilidade do “empoderamento” do idoso, através do exercício da cidadania, e qual o papel do poder público e da sociedade civil organizada neste processo, levando-se em consideração a farta legislação de proteção ao idoso e a percepção da carência na implementação de políticas públicas.

Neste contexto, definiu-se como objetivo geral do presente trabalho, avaliar a possibilidade do “empoderamento” do idoso, através do exercício da cidadania, e qual o papel do poder público e da sociedade civil organizada neste processo, levando-se em consideração a farta legislação de proteção ao idoso e a percepção da carência na implementação de políticas públicas.

## **Caminho Percorrido, Abordagem de Temas e Questões Referentes aos Idosos.**

Para alcançarmos o objetivo proposto no trabalho, percorremos, em síntese, o seguinte caminho: abordagem preliminar de temas e questões referentes aos idosos, estudo de casos envolvendo a realização de entrevistas com gestores de quatro organizações selecionadas e a análise e interpretação dos dados coletados.

Como o estudo de casos e as análises serão desenvolvidos em itens específicos, iniciaremos nosso caminho prestando esclarecimentos sobre os temas e questões abordados, inclusive destacando alguns pontos que entendemos relevantes.

Sobre o conceito de idoso e nomenclatura, destacamos que ante o teor das normas jurídicas insertas na Constituição Federal, na Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso, a legislação brasileira utiliza o critério cronológico – 60 (sessenta anos) - e a nomenclatura “idoso”.



Objetivando demonstrar a urgência para a questão do idoso, pesquisamos alguns dados estatísticos que registram uma grande mudança no perfil demográfico, consistente no envelhecimento da população mundial. Os dados pesquisados referem-se ao mundo, ao Brasil e à cidade de São Paulo.

Ressaltamos que o problema maior nem é o envelhecimento da população no Brasil, mas, sim, o envelhecimento sem saúde e qualidade de vida.

Para melhor compreensão do assunto optamos também por percorrer o caminho da história, e isto para ressaltar que os comportamentos, costumes e normas, em cada época e local, demonstram que historicamente a sociedade sempre tratou o idoso de forma diferenciada, ora respeitando-o e dignificando-o, ora tratando-o sem o devido respeito e dignidade.

Com a finalidade de demonstrar que não basta apenas a positivação dos direitos ou faculdades indisponíveis pela legislação, e sim que a sociedade possibilite o efetivo exercício desses direitos ou faculdades, entendemos que antes de abordarmos a legislação, seria interessante abordarmos esses direitos e faculdades indisponíveis.

Martinez (1997) elenca como indisponíveis os direitos à: vida, liberdade, cidadania, trabalho, segurança física e social, associação e convívio, asilo, lazer e sexualidade. Já Fernandes (1997) aponta quatro pontos ou aspectos essenciais que devem estar presentes em qualquer reflexão ou discussão acerca da garantia dos direitos intangíveis do idoso: tratamento equitativo, igualdade, autonomia e dignidade.

Com relação à cidadania, buscamos desenvolver questões sobre o desconforto causado pela discriminação, e suas razões, e pela falta de consciência da sociedade sobre os problemas e as particularidades vivenciados pelos idosos. Discutimos, inclusive, se a própria existência de uma legislação específica voltada ao idoso não é um fator de reconhecimento do desrespeito a sua cidadania e dignidade ou, ao invés, é um instrumento necessário para que o segmento idoso consiga reivindicar a efetivação dos seus direitos, ou seja, o direito de ter direitos. Também, foram abordados os meios para que a situação atual de desrespeito ao idoso se modifique, dentre os quais, aspectos que envolvam o direito à informação e ao exercício da cidadania pelo idoso.

Concordamos com Bruno (2003) que o exercício da cidadania é uma questão crucial para a inclusão do idoso. A educação para cidadania é um grande desafio a ser enfrentado junto ao idoso: incentivá-lo e instrumentalizá-lo para assumir o papel de protagonista na busca de seu espaço social.

Como a cidadania é exercício, é movimento, educar para a cidadania é estabelecer o desenvolvimento de um processo de aprendizado social na construção de novas formas de relação, contribuindo para a formação e a constituição de cidadãos como sujeitos sociais ativos.

O desafio se torna particularmente interessante quando enfrentado junto ao segmento idoso, onde é comum encontrar pessoas que viveram toda uma vida, muitas vezes passada ao largo da possibilidade de fazer reflexão sobre o significado de sua condição de cidadão.

Agora enfatizando o papel do próprio idoso na busca de seu espaço social, Bruno (2003) assim se manifesta: *“A visibilidade para o segmento idoso terá que ser conquistada por meio da ação política, garantindo dessa forma, o espaço social para o ser que envelhece”*.

*Na caminhada em direção a essa conquista, o idoso deve ocupar o papel de protagonista, não o de coadjuvante. O próprio segmento deve efetivar a busca de seu espaço social”*. (BRUNO, 2003).

Essa busca tem crescido muito, com a participação cada vez maior dos idosos que vêm se organizando em grupos de discussão e formação, como os Centros de Convivência e os Conselhos de Idosos.

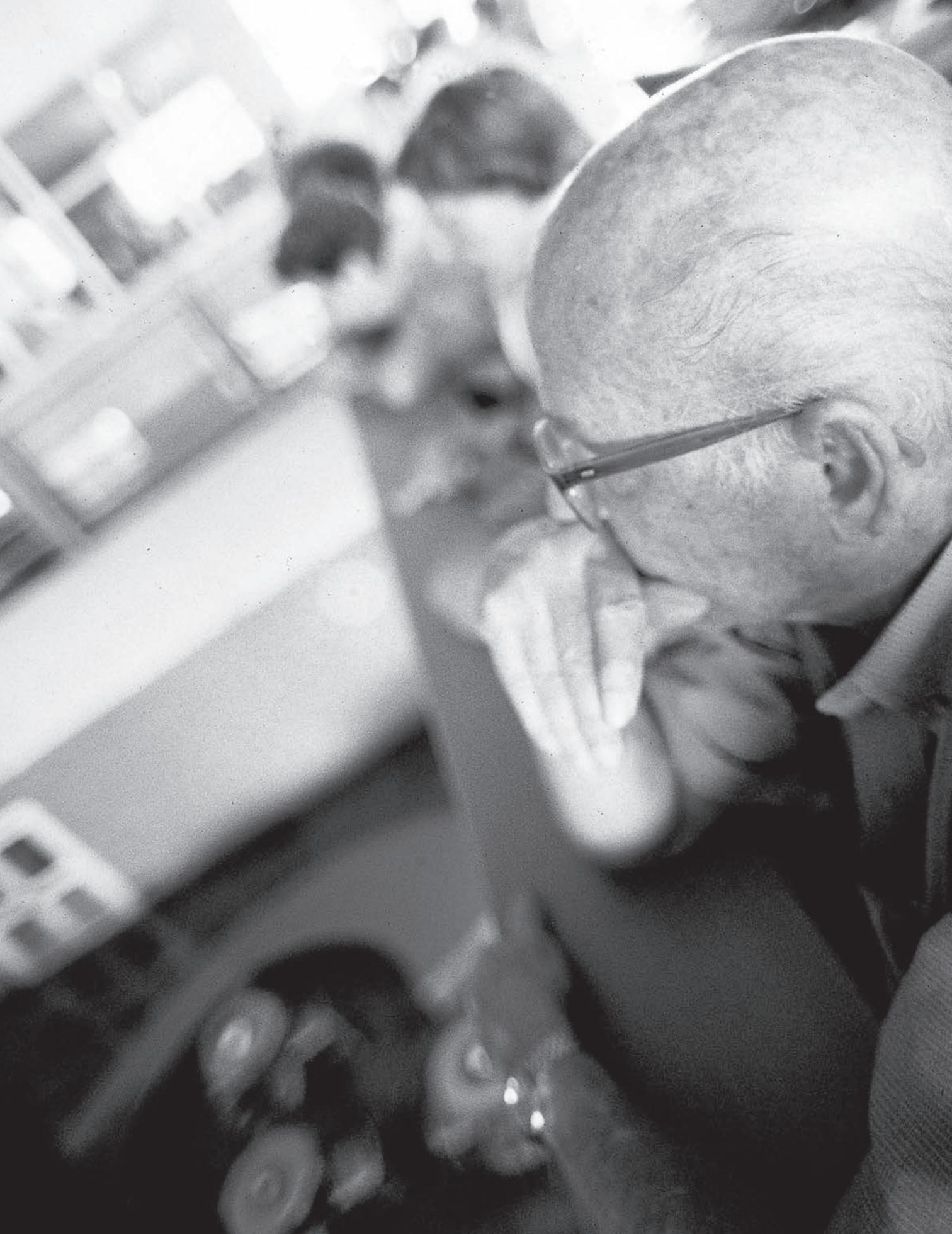
Assim, a sociedade deve ser sensibilizada e alertada para que tenha uma conduta junto aos idosos que respeite, sobretudo, a sua autonomia. Deve-se ultrapassar a visão de que o idoso precisa de quem lute e fale por ele. O idoso precisa de quem lute e fale com ele. Somente dessa forma poderá ser estabelecida uma relação de respeito efetivo entre o idoso e quem o cerca.

Portanto, é fundamental que se estabeleça uma integração entre as gerações a favor da construção de uma nova sociedade, onde haja solidariedade e respeito pela diferença, seguindo a lição que Paulo Freire nos deixou: *“Ninguém liberta ninguém – ninguém se liberta sozinho – os homens se libertam em comunhão”* (Freire apud BRUNO).

Sobre os Direitos do Idoso na legislação brasileira, optou-se por destacar as normas de âmbito federal contidas na Constituição Federal, na Política Nacional do Idoso, na Lei sobre a Organização da Assistência Social – LOAS - e no recente Estatuto do Idoso.

Acreditamos que uma questão merece ser ressaltada. Ferreira e Bonfá (2003) destacam que o artigo 1º da Constituição, ao declarar que são princípios fundamentais da República Federal do Brasil, a cidadania e a dignidade humana (incisos I e II), já seria suficiente para garantir os direitos dos idosos. Não fosse isso, a disposição do artigo 230, da Constituição Federal, não deixa nenhuma dúvida sobre a preocupação dos constituintes sobre a questão do idoso: *“A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”*.

Finalmente, discutimos algumas questões conceituais sobre o Estado e o poder, sobre a sociedade civil e o terceiro setor; e isto, diga-se, para demonstrar as transformações ocorridas e que vem ocorrendo em nossa sociedade e como essas transformações ocasionaram e ocasionam uma redefinição do papel do Estado e da sociedade civil organizada, no tocante às questões sociais. Frise-se que tais questões são relevantes para o trabalho, uma vez que tem como objetivo geral avaliar a possibilidade do “empoderamento” do idoso, através do exercício da cidadania, e verificar qual o papel do poder público e da sociedade civil organizada neste processo.



## Estudo de Casos.

### 1) Organizações ou Órgãos Estudados e Forma da Coleta dos Dados.

Para o estudo de casos foram escolhidos organizações ou órgãos que, no momento da escolha, pareciam desenvolver atividades efetivas e com grande visibilidade perante a sociedade em questões envolvendo os idosos, que representassem um espaço para o exercício do micropoder e que tivessem uma natureza propícia à interação entre o poder público e a sociedade civil organizada.

Apresentamos a seguir as organizações ou órgãos objeto do estudo, em que foram feitos os levantamentos empíricos:

- Grande Conselho Municipal do Idoso da cidade de São Paulo, espaço criado por lei pelo Poder Público municipal, para a atuação da sociedade civil em questões envolvendo os idosos;
- SESC/SP - Serviço Social do Comércio de São Paulo. Uma organização do Serviço Social Autônomo, também componente do Sistema “S”;
- Centro de Referência do Idoso – CRI – de São Miguel Paulista, constituído pelo governo do Estado de São Paulo - órgão do poder público voltado especificamente ao atendimento da população idosa;
- Centro de Convivência da Terceira Idade da AMAVI – Associação Mais Vida, em parceria com a UNIFESP/EPM - Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina.

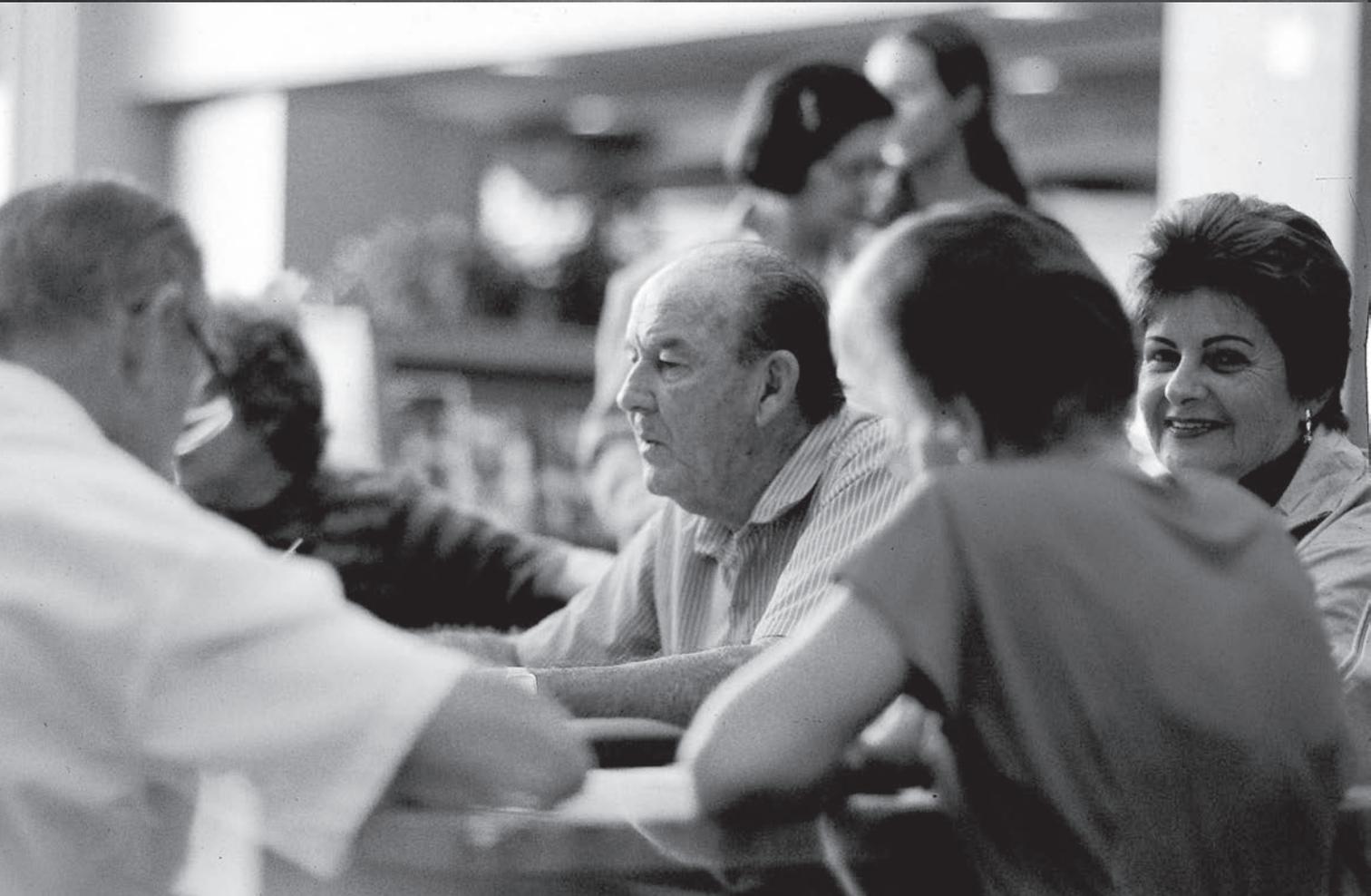
A coleta de dados teve como ponto central a realização de entrevistas semi-estruturadas com dirigentes e gestores das organizações.

### 2) Análise e Interpretação das Entrevistas.

A ausência de uma agenda estratégica bem definida no campo da política pública voltada ao atendimento do segmento em questão, cria obstáculos no processo de “empoderamento” do idoso.

Nas entrevistas com gestores das entidades analisadas, notamos que, apesar do crescimento da população idosa e maior visibilidade de suas demandas pressionando a proposição de ações, ainda não são consideradas prioritárias para merecerem a atenção do poder público. Essas demandas, percebidas como problemas sociais, não se tornaram suficientemente visíveis à sociedade como um todo para merecerem uma ação emergencial das políticas públicas. Percebe-se a preocupação com





outros segmentos populacionais, mais aptos a mobilizarem a opinião pública, por explicitarem de forma mais contundente as contradições do sistema econômico, especialmente o segmento de menores de rua.

Portanto, para que o idoso possa exercer a sua cidadania ativa é preciso que ele compreenda e saiba situar a própria existência e, de forma coletiva, lute por interesses e benefícios coletivos. Torna-se imprescindível incentivá-lo e instrumentalizá-lo a assumir o papel de protagonista na busca de seu espaço social.

Essa busca tem crescido significativamente, com a participação crescente de idosos, que vem se organizando em grupos de discussão e formação, como Centros de Convivência e Conselhos de Idosos. Embora, ainda, em número muito limitado na cidade de São Paulo, os Centros de Convivência e de Referência tais como os estudados - SESC, AMAVI/UNIFESP e CRI - se constituem em centros de excelência, pioneiros no segmento em questão e que têm como objetivo principal dar uma maior visibilidade ao segmento para que a sociedade possa ser sensibilizada sobre o processo de envelhecimento.

O número de participantes do Grande Conselho Municipal do Idoso tem crescido muito. Na última eleição foram inscritos 28.000 idosos. Essa participação significativa decorre, principalmente, da atuação dos Fóruns Regionais que, embora sejam independentes em relação ao Grande Conselho, exercem um papel importante na divulgação e disseminação das reivindicações discutidas no Grande Conselho.

A legislação, como garantia dos direitos ou faculdades indisponíveis do idoso é avaliada como excelente e de fácil interpretação tanto pelo SESC/SP quanto pelo Centro de Convivência do Idoso da AMAVI/UNIFESP. Porém, o Grande Conselho Municipal do Idoso tem encontrado muitas dificuldades, ou seja, dúvidas na sua interpretação. A legislação, segundo a presidente do Conselho, não é muito clara. Já a entrevistada do CRI declara não ter nenhuma competência para avaliar a legislação do idoso, pois não fez a leitura e a crítica necessária.

Depreende-se, portanto, pelo acima exposto, que a legislação não foi, ainda, integralmente incorporada pelas organizações estudadas.

Notamos, segundo entrevista realizada no Grande Conselho Municipal do Idoso, a necessidade dos conselheiros se prepararem para as novas situações provenientes de uma administração descentralizada e democrática no tocante à implementação de políticas públicas, conforme determinado pela Constituição Federal de 1988. Segundo entrevista com a presidente do Grande Conselho, observamos que os conselheiros ainda não se apoderaram do seu papel, demandando maior apoio do poder público.

Os Conselhos de Idosos e os Fóruns são instâncias políticas às quais muitos líderes das organizações da sociedade civil e mesmo de órgãos públicos, com foco no idoso, poderiam estar ligados e realizar uma militância, que forçasse a implementação efetiva pelo Estado de políticas públicas para os idosos, universalizando os direitos sociais. Entretanto, observou-se que ainda não se consolidou uma aliança efetiva entre os diversos espaços de micropoder do segmento estudado; ressaltando-se, porém que, apesar da resistência de algumas orga-

nizações, é perceptível o interesse de articulação para dar maior visibilidade ao público alvo.

Notamos, através das entrevistas com os gestores das organizações, uma certa resistência em manifestar uma avaliação sobre a atuação do Grande Conselho, alegando não terem informações precisas sobre a atuação do respectivo órgão, além de nunca terem participado de suas Assembléias. O contato sistemático se dá diretamente com a comunidade de idosos, porém não através do Conselho. Portanto, ficou claro que as organizações estudadas não mantêm intercâmbio com o Grande Conselho Municipal e, conseqüentemente, não o reconhecem como veículo de legitimação de seus direitos.

O Grande Conselho Municipal do Idoso de São Paulo tem, por força da legislação existente, competências limitadas, não assumindo a responsabilidade pela execução das ações. A execução fica a cargo do gestor propriamente dito, ou seja, do Poder Executivo.

Ora, assim sendo, o Grande Conselho, como micropoder, não consegue desempenhar o papel de poder político, uma vez que a Prefeitura – macropoder – inviabiliza toda a possibilidade de autonomia e deliberação; e isto, diga-se, inclusive e principalmente porque a legislação municipal, que instituiu o Grande Conselho, não respeita as regras sobre a paridade e atribuições deliberativas dos Conselhos estabelecidas pela Política Nacional do Idoso. Desta forma, a modalidade de Conselho do Município de São Paulo, constituída em 1992, já está defasada e precisa ser revista. Torna-se necessária a elaboração de uma agenda estratégica que rediscuta a constituição e funcionamento do atual Conselho.

Entretanto, observe-se que o idoso organizado pode e deve articular, reivindicar e pressionar, o que, ainda, não tem conseguido na sua plenitude. Na medida em que estas ações forem se concretizando, serão estabelecidas, tanto da parte do poder público quanto da sociedade civil, novas formas de dar cidadania à velhice.

Os Conselhos representam uma alternativa viável neste patamar almejado pelo idoso, apesar dos impedimentos que se fazem presentes.

## Propostas e Questões Relevantes

Finalizando a análise dos dados obtidos pelo estudo, julgamos relevante abordar os aspectos destacados pelas organizações como aqueles que se apresentam mais significativos no tocante às questões sobre o envelhecimento e as políticas públicas. Esses aspectos se apresentam como desafios, questionamentos e perspectivas a serem consideradas no encaminhamento de ações voltadas para o idoso:

a) **Exclusão social:** expressos pela pobreza e baixo nível educacional, agravam-se mais com o enfraquecimento da saúde nessa fase da vida. A prevenção seria uma

das formas de contribuir para um envelhecimento com qualidade de vida. No entanto, há muita dificuldade em sua implementação junto aos idosos. Diante do quadro apresentado, encaminha-se o idoso para o asilamento, aonde ele dificilmente vai se mobilizar para reivindicar os seus direitos e executar os programas voltados para atender as suas necessidades.

**b) Saúde:** diversas questões relativas a essa área são apontadas como relevantes, dentre elas:

- b.1) Programas de promoção à saúde para todas as faixas etárias, com enfoque na informação preventiva sobre as origens de diversas doenças do envelhecimento;
- b.2) A necessidade de atendimento preferencial ao idoso na rede pública de saúde;
- b.3) A necessidade de implantação de serviços especializados para o atendimento ao idoso de alta dependência, tanto física como mental; e
- b.4) Programas de atendimento domiciliar e apoio às famílias pela rede pública.

**c) Programas de capacitação de técnicos para o segmento idoso.**

**d) Necessidade de adequação do espaço urbano às necessidades da população idosa.**

**e) Convivência intergeracional:** estudos acadêmicos apontam que uma das várias formas de integrar o segmento idoso à sociedade é através da convivência entre as gerações de jovens e idosos. A integração do idoso na sociedade é enfatizada como relevante e urgente no decorrer de todas as entrevistas.

**f) Programas alternativos:** realizados pela rede pública – órgãos da administração direta ou autarquias – e pelas organizações não governamentais – ONGs - visando atender as necessidades da população idosa da comunidade próxima, tais como:

- f.1) Implantação de grupos de convivência em bairros de periferia para melhorar as condições de vida do idoso carente, incentivando a participação comunitária e prevenção do asilamento;
- f.2) Implantação de centros de cuidados diurnos (day center) em bairros de periferia, apoiando e permitindo às famílias a manutenção do idoso no núcleo familiar;
- f.3) Programas voltados para o desenvolvimento das potencialidades do idoso; e
- f.4) Programas de recolocação e recapacitação para o trabalho. Entendemos que todos os esforços devem ser voltados, em primeiro lugar, para a manutenção do emprego. Porque, não há dúvida de que manter o trabalhador no emprego é mais fácil do que reinseri-lo no mercado de trabalho.

**g) Políticas públicas:** a explicitação das Políticas Públicas, através de ações voltadas para o atendimento de necessidades e cumprimento de direitos do idoso, é exigida por todos os entrevistados. A legislação em vigor é muito bem intencionada e redigida, mas a sua implementação deixa muito a desejar. Numa eventual falha e



ato contrário ao idoso, não há como saber como recorrer e se há realmente efetividade na reclamação.

**h) Intersetorialidade:** a colaboração intersetorial não é fácil de se efetivar, mas é essencial para alavancar qualquer programa social. Apesar da proposta ser excelente como estratégia de ação dos grupos envolvidos, percebemos que na prática não se efetivou satisfatoriamente.

**i) Replicação de organizações inovadoras:** tendo em vista a crescente demanda da população idosa na cidade de São Paulo e a reduzida ou quase nenhuma oferta de espaços de convivência, urge a necessidade de replicação dos modelos de sucesso como SESC, CRI e AMAVI/UNIFESP, em áreas que não possuem equipamentos adequados para esse segmento.



## Considerações Finais

A concretização da cidadania ocorre através do espaço político, como o direito a ter direitos. Assim, parte-se do pressuposto que o direito a ter direitos passa pela questão do exercício da cidadania em um Estado Democrático de Direito como o nosso, em que o segmento idoso, através da participação efetiva no processo democrático, luta pela positivação de seus direitos, ou seja, luta para a elaboração de leis específicas voltadas ao idoso. Do contrário, sem o amparo do sistema legal, o segmento idoso não estaria instrumentalizado para reivindicar a efetivação dos seus direitos em seu aspecto sócio-político e cultural.

A sociedade brasileira apresenta uma frágil cultura política, resultado de práticas pouco democráticas, práticas estas que perduram até hoje. Romper com esta ideologia não é algo imediato, pois a ruptura implica em ações políticas concretas que envolvam a reflexão, articulação, reivindicação e estabelecimento de novas estratégias.

Assim, apesar do direito de conquistar direitos estar formalmente garantido através de conquistas recentes, como o Estatuto do Idoso, que avança na busca da equidade, entendida como direito à diferença e respeito às necessidades especiais; a efetivação do processo de “empoderamento” deverá superar o legal/formal através da atuação efetiva dos espaços públicos, como Fóruns Regionais, Conselho Municipal do Idoso e outros equipamentos. Os centros de convivência analisados não são equipamentos de atuação política que levem a uma mobilização coletiva ativa. São espaços de melhoria de qualidade de vida individual e não de conscientização política do segmento. Porém, não invalida a possibilidade de espaços transitórios estimularem a formação futura de espaços de atuação e reivindicação política.

No desenvolvimento do trabalho percebemos que o processo de mudança, ainda que de forma lenta, vem ocorrendo. A crescente mobilização do segmento

idoso, no sentido de dar uma resignificação de seu papel na sociedade, é irreversível. A semente foi plantada, basta assim, que a sociedade civil organizada, em seus espaços políticos, continue desenvolvendo o exercício da discussão para melhor apreender o significado das novas competências atribuídas ao segmento. Esse é o real papel de toda a sociedade civil no processo de “empoderamento” do idoso.

## Referências Bibliográficas

BRUNO, Marta Regina Pastor. Cidadania não tem idade. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, ano XXIV , n.75 , set. 2003.

CARVALHO, Denise Gomide. *Mulheres na coordenação de organizações do terceiro setor no município de São Paulo (1990-2000): construção de sujeitos coletivos e de propostas sócioeducativas*. Campinas, 2002. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, 2002.

FERNANDES, Flávio da Silva. *As pessoas idosas na legislação brasileira*. São Paulo: LTr, 1997.

FERREIRA, Vandir da Silva; BONFÁ, Sandra Julião. *Direito dos idosos*. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, PRODIBE – Promotoria de Defesa do Idoso e do Portador de Deficiência. Disponível em: <<http://www.mpdt.gov.br>> e <<http://www.direitoidoso.com.br>>. Acesso em 05 jan. 2004.

MARTINEZ, Wladimir Novaes. *Direito dos idosos*. São Paulo: LTr, 1997.

SALGADO, Marcelo Antonio. *Velhice, uma nova questão social*. São Paulo: SESC, 1982.

SILVA, Janaína Carvalho da. *A contribuição do programa conviver para construção da cidadania da população idosa em Cuiabá de 1994 a 1998*. São Paulo, 1998. Dissertação (Mestrado) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1998.



# Teatro Intergerações: Processo e resultado de um espetáculo jovem e idoso

*“A cada nova situação, fosse ela imposta pelas dificuldades do cotidiano, ou pela inexperiência dos mais moços diante dos problemas, ou pela compreensão do texto e de nossa história, sempre havia um idoso disposto a ensinar e a ajudar. Era comum vê-los trazendo um presente, um pedaço de bolo ou até remédio que pudesse ajudar seus colegas ‘de terra idade’ a enfrentar a difícil tarefa de, simplesmente, viver. E enquanto eu ensinava teatro, todos aprendiam com todos”.*



## **NEYDE VENEZIANO**

*Doutora e Livre Docente em Teatro pela ECA/USP, professora no Instituto de Artes da UNICAMP. Autora dos livros “Teatro de revista no Brasil: dramaturgia e convenções” e “A cena de Dario Fo: o exercício da imaginação”, entre outros.*

Em 2002, o SESC/Santos, sempre empenhado com o bem-estar do idoso, me convidou para realizar um trabalho teatral com o grupo de terceira idade. A princípio me assustei, pois não tinha experiência nessa área. Como diretora de espetáculos, havia feito um longo caminho desde o teatro amador até o profissional. Como professora universitária da Unicamp, especializei-me em teatro brasileiro e direção, publiquei artigos e livros, dava palestras, orientava pesquisadores em seus mestrados e doutorados. Estava, portanto, muito acostumada a lidar com jovens e desenvolvi técnicas para isso, que sempre funcionavam bem. Mas eu nunca havia trabalhado com idosos. Estava chegando da Itália, após ter feito o pós-doutoramento com Dario Fo, o autor, diretor e dramaturgo prêmio Nobel de Literatura, quando fui chamada pelo SESC.

A primeira grande dificuldade foi a de buscar mecanismos e instrumentos para motivar e atingir aquele grupo diferenciado. Diferenciado? Começava aí o meu longo aprendizado, pois não se tratavam de pessoas diferentes e meu primeiro impulso foi, no mínimo, preconceituoso. Apenas não eram atores profissionais. Não foi difícil conseguir o entrosamento do grupo. Alguns vinham de montagens anteriores. Outros, nunca tinham pisado num palco, nem ouvido palestras e nem sequer imaginavam que, para fazer teatro era necessário ter muito mais do que “jeito”, muito mais do que “talento”. Era necessário, acima de tudo, ter muito trabalho.

No começo do processo eram tantos e tão diferentes os interesses das pessoas do grupo, que experimentei uma certa ansiedade com relação aos desempenhos: “Eu vim para me desinibir”, “Eu, por lazer...”, “Como é que a gente faz para não ficar nervosa diante da platéia?...”, “Eu gosto de cantar...”, “Eu, de dançar”.

Optei, então, por traçar um panorama histórico do teatro a fim de estabelecer os códigos do futuro espetáculo. Foi quando alguém me disse: “Estou aqui para aprender e crescer!” Entusiasmei-me. Percebi que o terreno era fértil e que poderíamos trabalhar duro. Aos poucos, começamos as cenas. Não foi difícil fazê-los entender que estariam contando, de uma forma épico-teatral, a história deles mesmos e de todas as pessoas que viveram a juventude no barco dos anos 60, navegando para descobrir um Novo Mundo. Os loucos anos 60: das repressões, da rebeldia, das conquistas, das mudanças radicais!... Começamos por ouvi-los. Começamos pelos relatos. Eram tantos os fatos importantes e marcantes, que o autor, Perito Monteiro, se viu obrigado a fazer cuidadosa seleção para incluí-los no texto que seria encenado. Ao mesmo tempo, o elenco treinava com empenho e, cada vez mais, ia tomando a forma de um conjunto harmonioso.

Da responsabilidade e do entendimento vieram os lucros de se ter mantido a mente ativa, o corpo disponível e o pensamento voltado para a concretização coletiva de um espetáculo. O lazer, a preocupação com o nervosismo, os objetivos práticos e terapêuticos deram lugar ao prazer da criação artística.

“Agora eu entendo porque é que as pessoas que fazem teatro são todas um pouco loucas. A gente deixa a família esperando, é obrigada a esquecer as dores,

adiar os compromissos, mas quando a cena sai boa, a sensação é a mais maravilhosa do mundo!...”, confessou emocionada uma voz feminina.

*E veio a estréia. O espetáculo se chamou “Ouvindo a vós”, um trocadilho interessante como a preparar o público para ouvir a voz desses avós. Estava criado um grupo que se empenhou em defender uma estética, que quis mais do que teatro como terapia ou forma de expressão, que ultrapassou as exigências do processo. Um grupo que foi além e mostrou resultados de um trabalho duro. Que foi além com fibra, energia e determinação, que quis fazer teatro bem feito.*



### A experiência teatral intergerações...

No ano seguinte, em 2003, tive a honra de fazer parte de uma nova e enriquecedora experiência do SESC: o trabalho intergeracional.

*O princípio parecia simples: juntar jovens e idosos num único trabalho, em torno de um mesmo objetivo. Mais do que isso, porém, deveria haver o cuidado dispensado à integração, à dinâmica do grupo, ao entendimento e ao crescimento através da criação artística. E foi assim, com essas idéias, que chegaram os jovens atores, dispostos a trabalhar com um elenco que, até então, se chamava de “terceira idade”. O grupo foi organizado com 27 pessoas: 10 homens e 17 mulheres sendo que 14 já faziam parte do grupo anterior de terceira idade e 12 eram os novos e jovens componentes. Uma nova atriz de meia-idade entrou para completar o elenco. Em termos de idade, ela não ficava nem lá nem cá. Estava na casa dos 50, era bonita e sensual e eu já a tinha visto como atriz em outros espetáculos. Sua adesão ao grupo foi uma experiência a mais para todos nós. Ela é cega.*

Iniciamos os encontros com a preparação do conjunto. Pelo caráter peculiar dos “atores”, basicamente, o primeiro objetivo a ser atingido foi o da integração do grupo. Depois vinham outros objetivos, nesta ordem de importância: o treinamento da expressão artística como fonte desinibidora e de equilíbrio; a responsabilidade com o trabalho que dá sentido à vida; o bem estar, a satisfação e o prazer do processo criativo durante a construção de um espetáculo; a experimentação de diferentes formas de expressão dramática; e o estudo da dramaturgia brasileira.

O primeiro passo foi, então, o de desenvolver uma oficina para preparação corporal e vocal. As atividades foram desenvolvidas em três momentos: improvisações de ações físicas, improvisações de ações verbais e improvisações de ações



dramáticas. Todas essas improvisações apontavam para, principalmente, o primeiro objetivo que era o da integração. Misturávamos as pessoas mais diferentes, sem deixar que formassem “turminhas” entre eles. A boa vontade e o carinho entre todos começaram a me contaminar. Uns aprendiam e outros ensinavam. Uns tinham medo enquanto outros encorajavam. Alguns tinham mais resistência, outros se cansavam mais cedo. Curiosamente, dentre os que se cansavam primeiro e abandonavam os primeiros aquecimentos eram jovens. Igualavam-se na exaustão e no abraço coletivo que encerrava os encontros de todos os dias. Não era a alegria da juventude que se espalhava e contaminava os velhos. A alegria era geral e vinha da disponibilidade para o trabalho.

Após os primeiros exercícios físicos, começamos com as ações vocais. Terminado o aquecimento pedia-lhes que contassem e dramatizassem histórias, explicando o que era uma “situação dramática”. A imaginação jovial não conseguiu ser mais fértil do que a experiência dos que tinham vivido mais tempo e mais histórias para contar. A experiência de vida e as marcas dos anos compensavam qualquer fragilidade física. Ninguém era melhor ou pior. Em uma dessas tardes, lembro-me de um fato que marcou essa primeira semana. Havia uma senhora engraçada e desinibida. Além de ótima atriz, ela desfilava, pois tem um belo corpo e um ótimo porte. Naquela tarde ela não pôde ensaiar, pois iria desfilar ali mesmo, na área de convivência do SESC. Todos paramos para assistir, lá de cima onde ensaiávamos, ao tal desfile. Havia mocinhas desfilando também. Mas quando ela aparecia, os garotos do nosso grupo aplaudiam, gritavam, assobiavam, torcendo e apoiando a colega, de forma espontânea e sincera. Era como se a gritaria da moçada energizasse a manequim madura que desfilava sorridente. Ninguém se sentia descontextualizado. Nem envergonhado. Nada estava fora de lugar. Estávamos no caminho certo. O terreno se igualava, porque havia troca entre aquelas pessoas.

Após essa primeira semana, chegávamos à hora da apresentação do texto ao elenco e dos ensaios propriamente ditos. Tínhamos um grupo de teatro, ainda que diferenciado. Esse diferencial, porém, já estava a nosso favor, ou seja, a heterogeneidade era exatamente o que mais colaborava para que se atingisse o objetivo da “integração pelo trabalho”.

Os dirigentes do SESC insistiam que não me preocupasse excessivamente com os resultados e que o valor do trabalho estaria no processo. Ao mesmo tempo em que me davam um voto de confiança depositando em minhas mãos aquelas pessoas totalmente dispostas a trabalhar, pretendiam amavelmente me tranquilizar com relação ao produto final, pois poderia não ser exatamente muito bom dentro das exigências “profissionais”. O importante é que, de acordo com a proposta

**“Da responsabilidade e do entendimento vieram os lucros de se ter mantido a mente ativa, o corpo disponível e o pensamento voltado para a concretização coletiva de um espetáculo. O lazer, a preocupação com o nervosismo, os objetivos práticos e terapêuticos deram lugar ao prazer da criação artística.”**





intergeracional, estávamos nos integrando a um programa de co-educação entre gerações com o intuito de beneficiar ambas as partes. De minha parte, havia a responsabilidade de observar, entrevistar, acompanhar e conduzir o grupo para que chegasse ao pleno entendimento, sem qualquer preconceito etário.

No entanto, sou muito ligada às estéticas, ao formalismo, à precisão e aos detalhes. E não saberia trabalhar de outra forma, pois nunca fui ligada à linha de teatro-educação. Tentei me informar com professores de outras universidades que trabalhavam com teatro-educação e percebi, ao saber de outras experiências, que deveríamos nós, ali, no grupo, formar nossos próprios códigos e definir nossa metodologia de trabalho.

Aos cuidados com os procedimentos ideais para a co-educação entre gerações, somaram-se as preocupações estéticas com o resultado final. Foi quando comecei a dar aulas de estética da encenação, história do teatro, de técnicas de interpretação, que corriam paralelamente aos ensaios, acreditando que lucrariam mais se soubessem exatamente o que estavam fazendo e porque se expressariam dessa ou daquela maneira.

E foi assim que, aos poucos, tudo foi ficando mais fácil, pois eles se empolgaram com o exercício e responderam, quase profissionalmente, às minhas solicitações como diretora.

Confesso que me preocupei quando comecei a exigir demais. Haveria disputa por papéis, confiança e paciência de ambas as partes? Os tempos de cada um, claro, ainda eram diferentes, apesar dos exercícios preparatórios. E a disponibilidade física, também. As diferenças se mostraram ainda maiores quando demos início às primeiras leituras do texto que, na linguagem teatral, se chama “trabalho de mesa”. Foi muito divertido porque os mais velhos levaram enorme vantagem. A relação que se tinha, antigamente, com a palavra, dava a eles maior entendimento do texto e mais facilidade na interpretação. As gerações de agora não tiveram latim na escola, nem análises sintáticas, nem aulas de redação, nem foram solicitados a exercitar a leitura da forma como aprenderam os meus empenhados senhores.

Às diferenças de idade juntaram-se outras: os jovens (podemos chamá-los assim?...) também eram muito diferentes entre si, pois havia os mais novinhos e, até algumas moças casadas, com filhos pequenos. Portanto, estávamos diante de uma realidade bem mais complexa que, em última análise, é a verdadeiramente humana:



a mais rica das experiências. A cada nova situação, fosse ela imposta pelas dificuldades do cotidiano, ou pela inexperiência dos mais moços diante dos problemas, ou pela compreensão do texto e de nossa história, sempre havia um idoso disposto a ensinar e a ajudar.

Era comum vê-los trazendo um presente, um pedaço de bolo ou até remédio que pudesse ajudar seus colegas “de tenra idade” a enfrentar a difícil tarefa de, simplesmente, viver. E enquanto eu ensinava teatro, todos aprendiam com todos.

Um dos maiores benefícios foi trazido pela convivência com a atriz deficiente visual. Ela mostrava duas vantagens: era capaz de emitir sons com incríveis variações sonoras e não tinha medo de altura, pois não enxergava. Dava-me medo quando subia em uma mesa e se jogava confiante nos braços dos rapazes que a apoiavam com a firmeza típica dos jovens. A coragem dessa mulher encorajava ainda mais aqueles que descobriram que a piedade não seria o melhor caminho para conquistar sua amizade. E, em conseqüência, a negação da autopiedade aflorou. Agora eram todos poderosos, porque estava desafiando os conceitos transmitidos em tantos e tantos anos. E o grupo acabou fazendo um extraordinário trabalho de expressão corporal, vocal e de solidariedade.

O texto teatral não foi escolhido por acaso, nem por paixão. E nem por questões estéticas. Foi escolhido como uma homenagem a um dos maiores dramaturgos brasileiros e que, não por acaso, como eles, também era santista.

Esse autor chama-se Carlos Alberto Soffredini que, como grande parte do nosso grupo de teatro, nascera nos anos 40. Um autor que não tinha sido um estudante engajado no período da ditadura apesar de ter vivido a época. Que não se ligou à turma do teatro de resistência, mas que quis fazer um teatro “diferente” sem se preocupar em escrever corretamente.

O texto escolhido para a montagem tinha um grande título: “O caso desta tal de Mafalda que deu muito que falar e que acabou como acabou num dia de carnaval”. Com essa obra o autor recebeu o primeiro lugar no Concurso do SNT – Serviço Nacional de Teatro. Foi em 1967 e Soffredini tinha 27 anos. Foi considerado um jovem talentoso que escrevia com novas estruturas e inventava falas pitorescas nada literárias, nada convencionais em que as personagens falavam num desastrado e estrambótico português: “num foi tu?... tu viu?... tu sabe como são as coisa?... menino! mas olha só o outro! Tu qué acabá comigo, é?... bregada, viu?” Soffredini foi a São Paulo estudar teatro na EAD e não parou mais de escrever e dirigir. Viajou muito pelo Brasil, trabalhou em vários estados, pesquisou. Recebeu inúmeros prêmios e honrarias.

Mas o texto de Soffredini não era importante para nós por causa dos prêmios. Foi escolhido pelo compromisso com o ser humano e, principalmente, por causa da história que era assim: em um bairro popular da cidade de Santos, as vizinhas, os jovens, os operários (que freqüentam o mesmo bar), as casadas e as solteiras, os aproveitadores e os “bem-intencionados”, todos se unem para a eliminação daquilo que consideram uma séria ameaça a seus valores conservadores e antiquados. Essa



ameaça vem de uma tal de Mafalda, a prostituta que se instalou em local “familiar”. Ela acabava morrendo envenenada, vítima do preconceito. A união da população, que prefere ver o problema distante de seus olhos, acaba tendo um desfecho trágico, mas também poético e muito atual. Porque Mafalda é uma representante clássica de todos os excluídos: dos negros, dos deficientes, das prostitutas, dos gays, dos idosos.

A escolhida para fazer Mafalda foi essa atriz cega. Não houve ciúmes, nem inveja, nem reclamações. O que houve foi um trabalho em processo colaborativo. O elenco me ajudava na direção, pois eu nunca poderia “mostrar a ela como se faz”. Precisava verbalizar e todos deveriam ajudar, pois ela não podia captar a percepção do espaço em suas reais dimensões. Além de atuar, repetir, ensaiar, organizar, preparar, superar o cansaço, todo o grupo se empenhava em nunca esquecer uma cadeira ou um sapato fora de lugar porque ela poderia se machucar. Todos se preocupavam em, literalmente, “dar uma mão” ou de “oferecer um braço” à atriz, enganando a platéia e fazendo pensar que era com a personagem que estavam se solidarizando.

A importância do texto se deve ao compromisso com a estética popular, atingido após sério mergulho na pesquisa. Muitas vezes caímos na armadilha de confundir “fama” com “sucesso” e valorizamos demais os artistas famosos de TV. É comum nos esquecermos de prestigiar aqueles profissionais de sucesso que são importantes pela sua obra, pela competência, ainda que não tenham sido eleitos pela mídia. O valor dos textos de Soffredini está na sua extraordinária teatralidade, na fala trivial e simples das personagens, nas estruturas elaboradas de forma não realista, porém verdadeira, na capacidade de pintar cada fragmento com efetiva poesia, na sua maneira peculiar de ver o mundo, o país, a cidade, a casa, a vizinhança. Soffredini mostrou, no teatro, o cotidiano santista banal e colorido. E revela o que nem todos têm a capacidade de ver e ouvir. Seu compromisso foi com o ser humano. Seu universo criativo nutriu-se, basicamente, de seu mundo, que era santista com o cuidado em resgatar os costumes e pequenos troços lingüísticos. “Mas olha só o outro... Tu me vem com cada uma!... Sá cumé que é, né? Magina!” Com estas pequenas jóias construiu o mosaico que ultrapassa a tranqüila rua de Santos, num bairro perto da Linha da Máquina, e o distingue no teatro brasileiro. Conseguiu ser popular, poético e psicológico ao mesmo tempo. Eis a extraordinária façanha!

E foi assim que chegamos à estréia, após quatro meses de ensaios. Com mais ansiedade do que nervosismos, pois todos estavam seguros e queriam mostrar o trabalho. O texto, a estética, as músicas, a cuidadosa produção que o SESC ofereceu valeram para que o trabalho transcendesse. Não era diferente porque tinha jovens e idosos no mesmo palco. Era diferente porque o elenco estava preparado. Era diferente porque estavam alegres, descontraídos, felizes. Muito felizes. E foi o entrosamento entre eles que encantou o público.

Muitos nem perceberam que Mafalda não enxergava. Outros nem se preocuparam com as peculiaridades do elenco. Viam e se entusiasmavam com o espetáculo. Era o trabalho deles que encantava. Não “eles”.

Dizem que *O caso dessa tal de Mafalda* é verídico. Como são verdadeiras a vizinhança e as ruas daquele bairro. Por causa “deles” e do enredo, ao final do espetáculo todos sabiam que a intolerância pode ser um veneno. E que não se devem discriminar pessoas. Nem julgá-las. Nem puni-las.

A fala final de Mafalda, com extraordinária força poética, reforça a homenagem que quiseram prestar e abre a bandeira da igualdade dos direitos que é a base da idéia intergeracional:

*“...eu não queria ir agora*

Embora

Queria tanto ficar nessas coisas

Nas que ficam para sempre

E, no entanto, eu vou me embora

Olha, faz favor, vocês. Vocês sabem tanta coisa

Diz pra todos barcos que vão pro estrangeiro

Diz pra’quela nuvem de cara tão branquinha

Que é pra ela dizer pra chuva

Que é pra ela dizer pro mar quando cair

E quando cair no chão...

Diz pra’quela lua redondinha

Que aparece no sábado. Ah, e diz pro sábado

E quando não for domingo

Que bem cedo se acordarem

E que pegarem o bonde pra ir pro dia

Ah, diz pro dia

Que Mafalda existiu.”

O espetáculo foi emocionante e recompensou. E mostrou que quando o resultado é bom a auto-estima se fortalece e alimenta a força vital. A cena falou que esse grupo foi com garra até o final, que a compreensão é possível, que o trabalho existe e que os excluídos são iguais. Porque afinal, estamos todos juntos no mesmo barco.

**O importante é que, de acordo com a proposta intergeracional, estávamos nos integrando a um programa de co-educação entre gerações com o intuito de beneficiar ambas as partes. De minha parte, havia a responsabilidade de observar, entrevistar, acompanhar e conduzir o grupo para que chegasse ao pleno entendimento, sem qualquer preconceito etário.**







# Entrevista



## Renée Gumiel

*Nascida na cidade francesa de Saint Claude, Renée participou de riquíssima vida cultural da Paris, antes e após a II Guerra. Trabalhou e conviveu com personalidades como Jean Cocteau e Igor Stravinsky, além de ter sido aluna de Rudolf Laban. cursou psicologia e filosofia na Sorbonne. Durante a II guerra enquanto estava refugiada na Espanha, conhece seu marido o espanhol Raphael Gumiel Lopez, pai de seus dois filhos René e Evelyn, nascidos mais tarde no Rio de Janeiro. A vinda da artista para o Brasil é o ponto central da história da vida de Renée e também um marco no cenário da dança no país; não só pelo momento propício para a modernização da dança brasileira, como também pela importância política de seus espetáculos. Renée recebeu a equipe da revista “A Terceira Idade” em sua casa, possibilitando-nos compartilhar suas lembranças e ganhar uma parcela de sua contagiante vitalidade.*



**REVISTA:** *Sabendo um pouco a sua história, começando pela infância, você poderia nos contar um pouquinho da sua trajetória?*

**RENÉE:** Olha, isso já foi muito escrito na mídia: jornais, revistas, televisão. Eu acho mais importante o hoje. Mais importante porque, mesmo na minha idade, meu trabalho continua e deve haver um sentido para que continue. Minha infância foi uma infância como de todo mundo. Comecei minhas aulas de dança, em Paris e depois fui para a Inglaterra. Fui aluna de Kurt Joss, trabalhei com Laban, com Pat Schaun, com Rudy Sahankar. Isso foi realmente muito importante para toda a minha formação e desenvolvimento. Pouca gente tem essa oportunidade aqui no Brasil. Uma formação boa e total. Há muita falta de cultura e de leitura.

**REVISTA:** *Quem conhece sua história sabe da ligação que você faz da dança com as outras áreas da arte: música, pintura, literatura e teatro principalmente. A Renée bailarina transformou-se assim em uma artista completa?*

**RENÉE:** Não sou bailarina, sou dançarina. Nunca fui clássica. Vivo no ano de 2004, não vivo no século XIX. Atriz, sim. Professora, sim. Agora, para mim, a arte é a única coisa que pode nos salvar contra a mecanização e contra a violência no mundo. A arte pode nos ajudar a ter uma vida intensa e emocional. Dança é movimento e no movimento você tem que sentir sua alma e suas emoções. Hoje se pratica muito o movimento pelo movimento, com pressa, sem pensar, sem consciência. Para mim o mais importante é a respiração e com ela você pode obter a concentração e consciência. Isso são duas coisas que considero muito importantes. Respiração é movimento e movimento é vida. Você sabe minha idade? Eu tenho 90 anos. A respiração deixou claro meu cérebro, minha alma, minha imaginação e meu silêncio, que é criação.

O silêncio dentro de nós deve ser ouvido, para que as memórias possam fluir no espaço e no tempo.

**REVISTA:** *Qual é sua visão do corpo? Qual a importância do trabalho corporal para você?*

**RENÉE:** Hoje em dia se fala muito do corpo. Falam do corpo físico, falam do espírito. Falam que do corpo sai nosso coração, nossa alma, bem estar, doenças. Do corpo sai tudo. Quer dizer: o corpo é uma coisa inteira. Você sem o corpo nada faz. Você deve saber andar. Muita gente nem andar sabe. Muita gente não sabe sentir o baixo, o meio, o alto; a coluna não é somente a coluna física que é muito importante, mas a coluna, isto é, uma boa coluna é a sua personalidade.

**REVISTA:** *Além do corpo, de onde mais você busca energia?*

**RENÉE:** Bem, muita gente me pergunta isso. Eu não posso dar uma fórmula certa como resposta. Eu tive três cânceres, duas fraturas de fêmur e cada vez eu sarei e dancei, e até hoje danço. Essa energia me pôs “uma boa fada no berço”. E essa energia, em minhas aulas eu passo para os alunos e para o público. O público é

muito importante, o público também deve mudar. Não deve sair do espetáculo como entrou.

**REVISTA:** *Seria o espetáculo como uma possibilidade de transformação?*

**RENÉE:** De transformação para o artista e para o público. É o caminho para uma fusão entre palco e platéia. Tem muita gente que nunca foi ao teatro e fica assustada porque não somos uma pessoa só. Nós temos muitas pessoas dentro de nosso subconsciente e temos que trazer “essas pessoas” para o consciente. Quando fiz “Huis Clo” de Sartre, em 1964, foi justamente no princípio da ditadura que tornou, então, o mundo pequeno, quadrado. Fiz o “Muro”, também de Sartre, justamente por causa da guerra civil espanhola. Realmente nesses momentos históricos a vida perdeu seu valor e hoje em dia estamos de novo em um clima parecido. O ser humano não tem valor, as pessoas se matam com a maior facilidade e nós temos que lutar contra isso.

**REVISTA:** *O corpo e a arte podem ser instrumentos na guerra contra essa desvalorização da vida?*

**RENÉE:** Não exatamente um instrumento. A palavra instrumento é um pouco derrotista, eu diria, em vez de instrumento: movimento. Mas o movimento tem que ser com consciência. Quem faz dança, ou teatro, ou pinta só por pintar, sem motivação, sem vibração, sem respiração, não faz nada. Faz apenas para si mesmo, porque não tem outra coisa para fazer. Mas nada na sua intimidade, nada faz com poesia. Uma arte que não tem poesia não é arte. A vida das pessoas foi sempre de muita luta. Houve a II guerra mundial, a guerra na Indochina... onde não tem guerra? Tem guerra no mundo todo. Estamos buscando de novo o amor e a paz. Sem amor e sem paz a vida não é boa. Não é vida, é morte. Hoje eu olho as pessoas de modo bem diferente de como eu olhava há 15 anos atrás. Nosso olhar muda com a época.

**REVISTA:** *Que fatos mais marcaram a sua vida durante a II Guerra?*

**RENÉE:** Durante a Segunda Guerra Mundial, engajei-me na Resistência Francesa. Fui perseguida pelos nazistas, atravessei os Pirineus a pé e enfrentei duas prisões na Espanha. Numa delas, em Gerona, fiz uma performance ao som da Ave-Maria de Gounod, recebendo em troca cama, passe livre na prisão e comida na enfermaria. Quando fui presa, roubaram todos os meus diplomas e recortes de jornais. Apesar dos esforços do embaixador americano durante a guerra e do embaixador francês depois dela, esses documentos nunca foram encontrados.

“Para mim morte é vida e vida é morte. Eu que já estive tantas vezes perto dela! Tanto durante a guerra, como durante as doenças. Eu acredito em reencarnação total. Para mim não existe morte que vai ao céu e acabou.”





**REVISTA:** *A dança lhe trouxe a liberdade?*

**RENÉE:** A liberdade eu trago em mim. Estamos a três dias do “14 de julho”, essa data não é importante apenas para a França. A revolução francesa transformou o mundo inteiro. Então eu sempre falo: “fraternité”, “égalité”, e aí faço uma pausa para respirar e dizer o mais importante para todos nós: “liberté”.

**REVISTA:** *Como você vê as novas práticas de trabalho corporal?*

**RENÉE:** Todo mundo se chama “terapeuta corporal”. Lá na escola de teatro Célia Helena fiz um teste com esses que se chamam “terapeutas corporais” e constatei que não sabem nada. A palavra “terapia” tem a ver com a cura e esta terapia que fazem não cura; eles mesmos deveriam antes aprender o que é terapia corporal.

**REVISTA:** *O tempo pode impor limites ao corpo. Como você lida com esses limites. Você tem limites? Você sente esses limites?*

**RENÉE:** Tenho. Eu não tenho mais a técnica que tinha há 20,30 anos atrás, especialmente por causa das fraturas que tive, mas quem na realidade não tem limites? Eu sei exatamente a imagem com a qual quero dançar. Tudo depende de meu interior. Tudo deve ser feito do interior para o exterior e nunca do exterior para o interior, nunca.

**REVISTA:** *Qual era o foco do trabalho “Uma lágrima nasce de mim para todos” que você fez em 86?*

**RENÉE:** Bem, na realidade suas lágrimas, suas tristezas, sua melancolia, seu amor também vai de uma boca para outra, vai para alguém. Já o espetáculo “A memória gruda na pele”, não foi autodidático, mas foi muito eu mesma, tinha muito a minha personalidade ali. Não tinha uma imagem literária, de pintura. Bem, na realidade uma boa coreografia é matemática. O espaço é super importante, é nosso parceiro. Sem espaço não tem existência. O espaço é muito importante. Como meus filhos estão fora do Brasil tenho nesses dois anos e meio este pequeno apartamento, mas que tem um terraço que tem vista para tudo. Tenho espaço. Eu não quero ter um prédio aí em frente.

**REVISTA:** *E a idade, o que significa para você?*

**RENÉE:** Tem gente de 25, 30 anos que não tem vida interior, não tem imaginação, não tem silêncio. Isto para mim é a terceira idade. Terceira idade que na realidade a palavra é muito mal usada. Não é a idade que está no seu passaporte que faz você ser da terceira idade. É o seu interior, sua emoção e sua cabeça que faz a sua idade.



**REVISTA:** *Porque você foi mal recebida quando chegou a São Paulo em 1957?*

**RENÉE:** Fui pichadíssima! Os clássicos me picharam. Porque foi tudo muito novo para eles. Por isso em seguida voltei para a Europa e quando ia assinar contrato com a diretora do “Ópera” de Paris ela me perguntou: “Renée, você que é sempre badalada, desta vez está sendo pichada”?! Retornei logo depois ao Brasil e com Márrika Gidali e Marilena Ansaldi trabalhei os grandes clássicos.

**REVISTA:** *O que você acha da fama do artista?*

**RENÉE:** Quando me falam que sou famosa, digo: “mentira”! Ainda tenho muito o que aprender e continuo aprendendo. A vida muda a cada momento. Muita gente me conhece mas a palavra “famosa” é muito chata e inútil.

**REVISTA:** *E seus filhos, onde estão?*

**RENÉE:** Um filho e um neto estão na França. Minha filha está no Canadá. Ela me liga quase todos os dias, principalmente agora que estou doente. Ela tem dois filhos que já são adultos, moram em Toronto e estão na faculdade. Eles não vem muito para cá porque a viagem é muito cara. Minha filha esteve aqui há três anos.

**REVISTA:** *Você sente solidão?*

**RENÉE:** Não, nunca! Solidão é para gente que não tem nada dentro de si. Muitas vezes eu faço uma auto crítica: o que fiz bem, o que fiz mal. Sou bastante dura comigo mesma. Todos os grandes gênios com os quais tive muita convivência na Europa, antes de vir para o Brasil, morreram. Hoje em dia quando alguém chega a uma certa idade como eu, perde muitos amigos. É preciso lidar com essas perdas.

**REVISTA:** *O que você pensa sobre a morte?*

**RENÉE:** Para mim, é natural. Para mim morte é vida e vida é morte. Eu que já estive tantas vezes perto dela! Tanto durante a guerra, como durante as doenças. Eu acredito em reencarnação total. Para mim não existe morte que vai ao céu e acabou. Sou de certa forma anti-católica, anti-judia, anti-evangélica... que religião temos mais?... anti-protestante, anti-islâmica. Estou muito próxima da filosofia budista que é maravilhosa e todos precisaríamos seguir.

**REVISTA:** *Você frequenta algum templo Budista? Você tem alguma proximidade com algum grupo dessa religião?*

**RENÉE:** Não, eu leio muito mas não vou a templos. Muitos dos meus amigos são budistas, mas não tenho tempo para frequentar reuniões, nem quando estou bem. Tenho tido muito trabalho. Estou trabalhando nos “Sertões” com o Zé Celso, que é um homem muito especial, muito diferente e de quem gosto muito. Depois, tenho os espetáculos aos sábados e domingos. Não posso fazer nada e nem vejo os outros





espetáculos e nem posso ler porque não dá tempo. Dou minhas aulas no teatro, no Teatro - Escola Célia Helena.

**REVISTA:** *Você é muito vaidosa?*

**RENÉE:** Para mim não existe vaidade. Eu acho que toda mulher é obrigada a fazer-se o mais bonita que puder, mas isto não é vaidade. Alguém que não se cuida, nem do cabelo, nem da pele, tem algo errado. Eu nunca vou a cabeleireiro, mas me cuido. Gosto realmente de jóias, não de bijuterias, mas não sou vaidosa. Quando me falam: “você é muito bonita”, então eu dou risada.

**REVISTA:** *Porquê?*

**RENÉE:** Porque não me acho bonita. Acho engraçado. Gostaria de fazer uma foto sem óculos. Aí tenho uma vaidade. Para o palco maquio muito os olhos e uso lentes de contato. Detesto como algumas pessoas se vestem. Gosto que os vestidos tenham uma relação de uma coisa e outra. O que eu acho importante é aprender cada vez mais e continuar a dar aulas aos meus alunos.

**REVISTA:** *Você tem alguma orientação alimentar muito rígida?*

**RENÉE:** Sempre fui magra. Não sei porque motivo deixei de ter vontade de comer carne vermelha. Como muita verdura: saladas, frutas, frango, mas não todos os dias. Como verduras, batatas, arroz integral e como tudo “à la francesa”: separado. Quando como batata não como arroz. Não janto, só quando recebo algum convite. Como pão com queijo e normalmente tomo um copo de vinho e não importa a que horas chegue, sempre tomo um copo de vinho à noite. Tenho, na minha idade, a pressão de 11 por 9, “como uma menina”, falam. O corpo, o trabalho físico é muito importante para várias coisas, mas com intensidade, com consciência. Evito tudo que é sem consciência, sem finalidade, sem sentimento, sem fogo, sem ar, sem natureza. Esta sala é pequena, mas tem coisas do mundo inteiro. Sou um pouco de tudo com raízes francesas muito fortes.

**REVISTA:** *Você tem medo da violência? Sente-se ameaçada por ela?*

**RENÉE:** Há, de fato, uma ameaça a todos. Sim, acho terrível. Pela televisão, a gente só constata que mataram esse, que mataram aquele. À noite não tomo táxi sozinha. Não gostaria de ser assaltada, mas não faço disso um empecilho para sair.

**REVISTA:** *Para encerrar, que retrospecto você faz de sua vida?*

**RENÉE:** Tive oportunidade de adquirir uma boa cultura. Vivi com os maiores gênios da nossa época, meus pais eram muito cultos. Não sou muito inteligente, especialmente para coisas práticas. Não consigo abrir uma garrafa de vinho! Ah, mas meu instinto é bem desenvolvido, com ele eu posso contar. Não sou freudiana, mas apesar de tudo acho que dormindo e sonhando nós mudamos as coisas.



# Encontro Internacional de Gerontologia Social

**Realização**

**SESC/SP e Universidade de Barcelona**

**Período:** de 9 a 12 de Novembro de 2004

**Local:** SESC Paulista – Av. Paulista, 119 São Paulo/SP.

Especialistas europeus e da Ibero-América que atuam nas áreas da pesquisa social sobre o envelhecimento, do atendimento à Terceira Idade e da formulação de políticas públicas e privadas para o setor, estarão reunidos neste Encontro Internacional de Gerontologia Social que o SESC São Paulo promoverá conjuntamente com a Universidade de Barcelona. O primeiro encontro dessa natureza foi realizado na cidade de Barcelona em junho de 2003, ocasião em que o SESC São Paulo esteve presente apresentando o trabalho que realiza há 41 anos com a chamada Terceira Idade. Dada sua indiscutível importância, o SESC assumiu o compromisso de sediar sua segunda versão perseguindo os seguintes objetivos:

- Apresentar modelos ibero-americanos e mediterrâneos de atendimento ao idoso e de preparação para o envelhecimento.
- Examinar experiências sobre envelhecimento existentes em instituições públicas, empresas privadas e organizações não governamentais dos países participantes, nas áreas de saúde, previdência, educação, cultura e lazer.
- Prever as demandas futuras em termos de políticas públicas e privadas em países emergentes como o Brasil, tendo em vista a realidade atual das nações européias.
- Destacar duas questões cruciais para o planejamento de um envelhecimento digno para as próximas décadas: 1) o atendimento especializado à velhice avançada e fragilizada, e 2) a integração entre gerações.
- Este evento constitui um marco para a gerontologia brasileira. Estão aqui reunidos representantes do mais alto gabarito de 11 países: França, Itália, Espanha, Portugal, México, Cuba, Colômbia, Peru, Chile, Argentina e Brasil.

Sem dúvida, a qualidade das experiências apresentadas serão preciosas para o aperfeiçoamento de propostas de atendimento aos idosos dessas nações. Este Encontro Internacional de Gerontologia Social é resultado dos esforços do SESC São Paulo e da Universidade de Barcelona. O estabelecimento de parcerias institucionais é uma preocupação constante do SESC. Acreditamos que assim alcançamos uma otimização de recursos financeiros, materiais, humanos e técnicos, essencial para concretizarmos ações sólidas e de repercussão em nossa sociedade.

Neste evento contamos também com a presença de especialistas de importantes instituições científicas brasileiras, como a Sociedade Brasileira de Gerontologia, a Associação Nacional de Gerontologia, a Universidade de São Paulo, a Universidade de Campinas, a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, o Instituto Sedes Sapientiae de São Paulo, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro e a Universidade Cândido Mendes também do Rio de Janeiro.

Estamos certos de que os laços históricos, étnicos e de amizade que unem as nações aqui representadas se fortalecerão na edificação de uma sociedade mais justa e solidária para com seus velhos.





**Conselho Regional do SESC de São Paulo**  
2004-2010

**Presidente**

Abram Szajman

**Efetivos**

Carlos Eduardo Gabas  
Cícero Bueno Brandão Júnior  
Eduardo Vampré do Nascimento  
Eládio Arroyo Martins  
Ivo Dall'acqua Júnior  
José Maria de Faria  
José Maria Saes Rosa  
José Santino de Lira Filho  
Luciano Figliolia  
Manuel Henrique Farias Ramos  
Orlando Rodrigues  
Paulo Fernandes Lucânia  
Valdir Aparecido dos Santos  
Walace Garroux Sampaio

**Suplentes**

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

**Representantes do Conselho  
Regional Junto ao Conselho Nacional**

**Efetivos**

Abram Szajman  
Euclides Carli  
Raul Cocito

**Suplentes**

Aldo Minchillo  
Costabile Matarazzo Junior  
Ozias Bueno

**Diretor do Departamento Regional**

Danilo Santos de Miranda

## SESC SP

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

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

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

**SESC SP**  
SÃO PAULO - BRASIL  
[www.sescsp.org.br](http://www.sescsp.org.br)

ISSN 1676-0336



9 771676 033005 31