

VOL. 22 - Nº 52 - NOVEMBRO DE 2011

ISSN 1676-0336

ATERCEIRIDADE

Estudos sobre Envelhecimento



Sexualidade feminina e envelhecimento
no mal-estar da cultura contemporânea



ATERCEIRIDADE

studos sobre Envelhecimento

ISSN 1676-0336



VOLUME 22
NÚMERO 52
NOVEMBRO 2011

Publicação técnica editada pelo
SESC – Serviço Social do Comércio

SESC - Serviço Social do Comércio

Administração Regional no Estado de São Paulo

Presidente do Conselho Regional

Abram Szajman

Diretor do Departamento Regional

Daniilo Santos de Miranda

Superintendentes

Administração Luiz Deoclécio Massaro
Galina

Técnico-Social Joel Naimayer Padula

Comunicação Social Ivan Giannini

Assessoria Técnica de Planejamento -
Coordenador Sérgio José Battistelli

Gerentes

Estudos e Programas da Terceira Idade
Cláudio Alarcon

Adjunto Lília Ladislau

Artes Gráficas Hércio Magalhães

Comissão Editorial

José Carlos Ferrigno (coordenação),
Adriese Castro Pereira, Celina
Dias Azevedo, Clívia Ramiro,
Fernando Fialho, Francis Marcio
Alves Manzoni, Lourdes Teixeira
Benedan, Malu Maia, Marta Lordello
Gonçalves, Regiane Cristina
Galante, Regina Célia Sodrê Ribeiro,
Terezinha Augusta Gouvêa.

Secretária Carla Ferreira da Silva

Editoração e capa: Lourdes Teixeira Benedan

Fotografias pag. 1, 3, 6, 22, 34: Ed
Figueiredo; pag.: 1, 3 e 52: Banco
de Imagem do SESC; pag. 1, 3, 66,
68, 73, 76, 81 e 4ª capa: Alexandre
Nunis

Revisão: Marco Storani

Transcrição entrevista: Maria Clara Machado

Artigos para publicação podem ser
enviados para avaliação da comissão
editorial, nos seguintes endereços:

Serviço Social do Comércio
– SESC-SP

Revista "A Terceira Idade" – (GETI)

Av. Álvaro Ramos, 991 - 3º andar

CEP 03331-000 - São Paulo - SP

Fone: (11) 2607-8241

Fax: 2607-8250

e-mail: revista3idade@sescsp.org.br

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

A Terceira Idade 1988 – 2006

Quadrimestral

ISSN 1676-0336

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

CDD 362.604

Esta revista está indexada em:
Edubase (Faculdade de Educação/
Unicamp)

Sumários Correntes de Periódicos Online

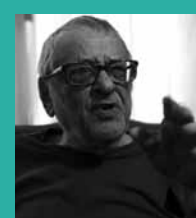
SIBRA (SIBRADID – Sistema Brasileiro de
Documentação e Informação

Desportiva – Escola de Educação Física
– UFMG)

Nota: As opiniões e afirmações contidas
em artigos e entrevista publicadas
na RTI são de responsabilidade de
seus autores.

Sumário

- 7** **Sexualidade feminina e envelhecimento no mal-estar da cultura contemporânea**
Ângela Mucida
- 21** **Na ciranda da vida: um estudo sobre o papel das relações intergeracionais no processo de (re) integração social dos velhos na contemporaneidade**
Germanne Patricia Bezerra Matos e
Adriana de Oliveira Alcântara
- 33** **Perfil neuropsicológico de idosas com sintomas depressivos**
Juciclara Rinaldi, Gigiane Gindri, Irani Iracema de Lima e
Argimone Rochele Paz Fonseca
- 52** **Efeito do treinamento de força de membros inferiores em mulheres idosas**
Daniel Machado Yonashiro, Alex Eduardo dos Reis Figueiras,
Sérgio Souza Parmezzani, Dino de Aguiar Cintra Filho e
Robson Chacon Castoldi
- 66** Entrevista com o médico **Oscar Del Pozzo**



O envelhecimento feminino em nossa cultura

Vivemos um tempo de expressivo aumento da longevidade humana. As populações da grande maioria dos países envelhece a um ritmo considerável. Chegar aos oitenta anos de idade e em boas condições de saúde, já não é privilégio de poucos. Avanços da ciência aliados a hábitos saudáveis, tem provocado esse fenômeno inédito na história da humanidade. Sob a ótica de gênero, constata-se que as mulheres, em média, são mais longevas que os homens. A maior longevidade feminina é fato bem estabelecido e provado pelos resultados de sucessivos e amplos levantamentos estatísticos. Possivelmente, fatores constitucionais somados a um *modus vivendi* feminino tenham a ver com uma vida mais extensa e produtiva. Sem dúvida, refletir sobre o envelhecimento na perspectiva de gênero é um empreendimento pouco frequente na gerontologia e, no entanto, muito necessário. As mulheres representam ampla maioria nos grupos de Terceira Idade e em relação à participação social em diferentes contextos, em decorrência do fenômeno que os cientistas sociais têm chamado de “feminização da velhice”.

Nesta edição, destacamos a reflexão trazida por Ângela Mucida que discute a construção da subjetividade feminina em nossa cultura, de um ponto de vista psicanalítico, sobretudo a partir das contribuições de Freud e Lacan. Apoiada não só nos teóricos, mas em sua própria clínica, a autora analisa os efeitos do envelhecimento sobre a sexualidade feminina, assim como as razões para que o envelhecimento seja entendido como um caminho para a desvalorização da mulher. Conclui

que cabe às mulheres “maduras” de hoje a importante tarefa de criar novos espaços na cultura que sustentem suas escolhas e, sobretudo, sua feminilidade.

Não devemos esquecer que as mulheres que nesta década estão adentrando na velhice eram adolescentes nos chamados “Anos Dourados”, anos 60. Aliás, nem tão dourados assim, pois foram anos de movimentos de resistências de jovens, de mulheres, de negros, de homossexuais, de várias minorias, a toda sorte de autoritarismo, na família e no Estado. A boa nova é que as mulheres brasileiras avançam no caminho da emancipação, como pudemos constatar em recente pesquisa que o SESC SP promoveu em parceria com a Fundação Perseu Abramo. As mulheres consultadas se revelaram politicamente mais amadurecidas e mais conscientes de seus problemas e de seus direitos e também dos caminhos a percorrer para uma equiparação social com os homens. Essa nova atitude certamente trará impacto positivo sobre as próximas gerações de mulheres maduras.

Nosso entrevistado é o médico Oscar Del Pozzo que tem dedicado sua velhice a serviço de outros idosos, isto é, daqueles que vivem em condições de vida desfavoráveis por imposição da pobreza e da doença. Dono de uma vitalidade invejável e de um espírito de luta admirável, Oscar Del Pozzo é um exemplo a ser seguido por todos aqueles que pretendem envelhecer com dignidade.

DANILO SANTOS DE MIRANDA
Diretor Regional



Sexualidade feminina e envelhecimento no mal-estar da cultura contemporânea

ÂNGELA MUCIDA¹

RESUMO

Desde os primórdios de nossa civilização a mulher e sua sexualidade suscitam questões e diferentes interpretações que se estendem dos mitos ao saber científico. Associada muitas vezes ao pecado, à ruína e ao mal-entendido, a mulher é palco de discriminação e medo. Tomada como mistério ela torna-se um tabu em muitas sociedades primitivas; tabu que se perpetua de outras formas em muitas sociedades contemporâneas. A Psicanálise também se pergunta o que é uma mulher e o que quer uma mulher, tentando distinguir nestas questões o feminino do conceito de mulher. É frequente encontrar entre as mulheres um sentimento de menos valia e desvalorização advindos de uma falsa interpretação em relação à diferença sexual. Isso se torna mais aguçado à medida que envelhecem, já que nossa cultura, sustentada por valores como poder, juventude, beleza e sensualidade padronizada, toma o envelhecimento como um mal a ser erradicado. Nesta direção, quais são os efeitos da cultura atual sobre a sexualidade feminina? Este artigo discute, a partir da Psicanálise, a diferença entre mulher e feminino, o destino e as saídas possíveis à sexualidade feminina em uma cultura que apregoa o “novo” e o poder.

Palavras-chave: cultura; mulher idosa; sexualidade.

¹ Psicóloga, psicanalista, Mestre em Filosofia, doutoranda em Psicanálise, professora universitária do Centro Universitário Newton Paiva e autora dos livros: *O sujeito não envelhece e Escrita de uma memória que não se apaga*. Bolsista da Capes no exterior (Paris), no período de dezembro de 2010 a junho de 2011.

angelamucida@terra.com.br

ABSTRACT

Since the dawn of our civilization, women and their sexuality raise issues and views that cover a wide range of topics, from myths to science. Women are oppressed by discrimination and fear and their sexuality is often associated with sins, ruined conditions and misunderstandings. Involved in mystery, their sexuality has become a taboo in many primitive societies and this taboo has been perpetuated through the ages in many contemporary societies. Psychoanalysis also seeks to analyze what it means to be a woman and what women want in an attempt to differentiate the concepts feminine and woman. It is common for women to feel worthless and devalued as a consequence of false beliefs related to gender differences. These feelings become more powerful as women get older because our culture overvalues power, youth, beauty and sensuality, treating the process of aging is as an evil to be eradicated. In view of this, what are the effects of contemporary culture on female sexuality? This article discusses, from a psychoanalytic standpoint, the differences between the concepts of woman and feminine, destiny and the possible outcomes of female sexuality in a culture that overvalues the “new” and the powerful.

Keywords: culture; elderly woman; sexuality.

INTRODUÇÃO

Antes de abordar o tema em questão indicaremos rapidamente alguns pontos em comum às visões mítica e religiosa concernentes à mulher, para em seguida retomar com a Psicanálise, a partir de algumas indicações de Freud e Lacan, o conceito de sexualidade, mulher e feminino.

Se Freud pôde interrogar com clareza o que é e o que quer uma mulher, tais questões não são, entretanto, um privilégio do inventor da Psicanálise. Desde os primórdios de nossa civilização a mulher e sua sexualidade suscitam questões e diferentes interpretações que se estendem dos mitos ao saber científico. Concebida como mistério, ela é fonte

de inspiração para muitos mitos e concepções religiosas nas quais, não raro, ela é associada ao pecado, à ruína e ao mal-entendido. Esse mistério em torno do funcionamento da sexualidade feminina se encontra presente em muitas sociedades primitivas, onde a mulher se constitui um tabu². O mistério da sexualidade feminina é tema de pesquisas contemporâneas que tentam responder, sem grande sucesso, sobre todo seu funcionamento e sobre aquilo que é próprio à feminilidade.

Na história da humanidade o mito bíblico de Adão e Eva não se constitui uma exceção ao lugar reservado à mulher. Ele exhibe uma ambiguidade interessante que vemos se apresentar em outros mitos; portadora do pecado e responsável pela expulsão do paraíso, Eva é também aquela que com sua curiosidade inaugura a possibilidade de saber. Feminino, curiosidade, transgressão e busca do saber formam uma cadeia que se liga, por sua vez, ao inesperado e à estrutura de falta presente na relação do homem com a linguagem. A busca do saber – necessária para oferecer ao sujeito a possibilidade de compreender e conduzir sua realidade – alia-se a certa vivência de sofrimento. Ao tentar nomear, o sujeito depara-se com o limite da palavra; faltam palavras para nomear seu ser, seu desejo, suas escolhas, os laços com o Outro bem como faltam palavras para explicitar sua escolha sexual. A sexualidade escapa sempre a cada um.

O mito de Eva sinaliza que só é possível ascender a algum saber perdendo-se a totalidade fechada e fusionária do paraíso. Ele demonstra ainda a condição de desamparo constitutiva dos seres que falam. Às descendentes de Eva reservou-se ainda a dor corporal, representada pelo parto, como parte do pagamento da dívida pela transgressão, curiosidade e pela perda do paraíso. Nessa punição a figura de mulher se mistura à de mãe.

A mitologia grega é rica de figuras femininas nas quais se associam beleza, feminilidade, meiguice, sabedoria, intuição, mistério, curiosidade, mas que portam o germe da traição e da mentira. Em todos esses mitos prevalece a mesma estrutura: a mulher com sua curiosidade desperta o mal e o sofrimento, trazendo, concomitantemente, uma mensagem a ser decifrada ou um ensinamento.

Nesta direção o mito de Pandora é um paradigma. Mulher que carrega em si as qualidades acima mencionadas, aquela que “tudo tem e tudo dá” é a enviada pelos Deuses para espalhar aos homens todos

² A propósito remetemos o leitor a artigo de FREUD, Sigmund. O tabu da virgindade. [1917-1918]. (ESB). V. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1970. p. 185. Nesse artigo ele acentua que o *homem primitivo institui um tabu quando teme algum perigo* e que a mulher, muito mais do que a virgindade ou a menstruação, constitui-se o próprio tabu. Salientamos (MUCIDA, Ângela. *O sujeito não envelhece – Psicanálise e velhice*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.) que a mulher era o tabu pois, encarnando a diferença e expondo a falta, ela expunha também o enigma do sexo e o risco dos efeitos feminizantes sobre o viril. Neste sentido, Freud sinaliza que, sempre que o homem primitivo se lançava em expedições importantes, ele se afastava da mulher para evitar esses efeitos feminizantes e a possibilidade da morte.

os males que os assolam. Criada por Zeus como punição aos homens por herdarem de Prometeu o segredo do fogo, desobedece à ordem de seu marido Epimeteu de que não abrisse jamais certa caixa. Tomada pela curiosidade Pandora abre-a, espalhando todos os males (doenças, vícios, pragas, catástrofes), mas deixando em seu fundo a única virtude, a esperança; “à espera de alguma coisa”. Tradução interessante para reafirmar nossa hipótese; a mulher, metáfora do pecado, do mal, da dor, entre outros males, porta em si o inesperado, o que não tem nome e se abre ao novo.

Podemos nos perguntar qual é a função do interdito, da curiosidade e da desobediência no caminho ao saber, e por que ele é sempre associado à condição feminina. Adiantamos uma hipótese a partir do que foi indicado anteriormente: a mulher, portando a diferença radical – retomaremos esse ponto –, traz em si um limite à Lei masculina que tem como fundamento o poder e o falo. Mesmo que fundadora e constituinte para os homens e as mulheres, essa Lei pode tornar-se insana se não acolhe a diferença.

A metáfora da desobediência pode ser interpretada como condição do homem de ascender ao saber; única possibilidade de cada sujeito se responsabilizar e construir algo com sua diferença. Há ainda um detalhe nesse mito: Pandora abre a caixa, mas fecha-a em um momento preciso, indicando que a mulher se submete também à Lei da interdição. A metáfora da desobediência pode indicar que nenhuma lei pode pretender regular tudo. O impossível e a falha encontram-se presentes na vida. Para abarcar o universal uma lei não pode desconsiderar o particular. Em contrapartida esses mitos exibem que toda transgressão acarreta uma punição ou a existência do retorno do ato sobre o sujeito. Não há escolha, não há ato e palavras sem consequências.

No conhecido mito de Eros e Psiquê a curiosidade e a transgressão encontram-se atreladas à concepção de amor. Talvez o amor, por sua estrutura de falta, implique sempre suportar que algo não se nomeia e não tem garantias. Mas, conforme nos indica Lacan³, se Psiquê não tivesse visto o rosto de Eros, ela não ascenderia à condição de mulher, restando apenas como alma.

Vale lembrar ainda a relação entre mulher e bruxa, portadora de um mal a ser extirpado, vigente na Idade Média. Se nessa época presenciemos a caça às bruxas, na qual milhares de mulheres são postas

³ LACAN, Jacques. *O Seminário. A transferência*. [1960-1961]. Livro 8. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992. p. 225.

na fogueira da Santa Inquisição, o século XIX, por sua vez, tentou abrir portas “mais científicas” ao mistério feminino com a prática da histerectomia (cirurgia de retirada do útero), no intuito de exterminar os ataques histéricos a partir de uma associação errônea entre histeria e problemas do útero.

Surge nessa época o termo psiquiátrico (pitiatismo) de Babinski que se tornou o conhecido “piti”, utilizado ainda nos dias de hoje como maneira de desvalorizar as manifestações histéricas. Todavia sem as histéricas e tudo que elas denunciaram com seus corpos, seus sintomas e seus protestos, a Psicanálise não teria existido e muitas das descobertas científicas estariam ainda em estado embrionário. O discurso histórico denuncia desde sempre que o mestre não é bem o que ele se apresenta ser. Mesmo que denunciar não seja suficiente para produzir mudanças, como indicou Lacan, esse discurso produz seus efeitos ao longo da História.

A mulher, associada à falta e ao mistério, encontra-se sempre do lado do que Lacan denominou de Real⁴: impossível de ser dito, nomeado, mas que não se apaga. O real encontra-se representado sob diferentes formas, mas em si mesmo ele é apreensível. Seus efeitos provocam a angústia, afeto que não engana e mobiliza o sujeito e expõe sinais do desejo.

Freud e Lacan: a mulher em questão

Freud, o inventor da Psicanálise, indica a presença de certo horror quando as crianças de ambos os sexos se deparam com a falta de pênis, demonstrando a existência de algumas consequências psíquicas diante da diferença anatômica entre os sexos⁵. Mesmo que a anatomia não seja em si determinante na escolha sexual, não há como desconsiderar o real do sexo. Todavia a diferença, possuir um órgão sexual masculino ou feminino, é apreendida por ambos os sexos como presença e ausência de pênis e não como presença de órgãos genitais diferenciados.

Pode-se imaginar que as crianças de hoje, vivendo uma época totalmente informatizada, não sofram os efeitos psíquicos desse real e que isso concerniria apenas à época em que Freud desenvolveu essa teoria. Mas não é o que se passa. Apesar de toda informação atual, há sempre algo insuportável na descoberta da diferença sexual que a

⁴ LACAN, Jacques. *O Seminário. O sinthoma*. [1975-1976]. Livro 23. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

⁵ FREUD, Sigmund. Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. [1925]. In: _____. Edição Standard Brasileira das *Obras Completas de S. Freud*. (ESB). V. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

criança tende a negar, produzindo teorias para explicá-la. Uma delas é a de que, se o pênis não se encontra presente, é porque algo de trágico se passou.

Essa ideia imaginária de castração, tendo por objeto real o pênis, encontra-se na raiz de muitos sintomas e escolhas sexuais. Tomado como símbolo da completude, o falo, representação imaginária do pênis, torna-se palco para muitas ideias associadas ao poder. Basta verificar em diferentes civilizações as conotações de poder e potência dadas aos objetos fálicos.

Esses efeitos psíquicos, advindos de uma falsa interpretação da realidade, tomando a mulher como representante da falta e da incompletude, têm diferentes efeitos nas culturas. Se as tribos primitivas, existentes ainda, tomam a mulher como tabu, nas culturas contemporâneas presenciamos diversas maneiras do horror ou da depreciação ao feminino.

Freud indica ainda que o inconsciente desconhece a diferença sexual; ali só existe o sim ou o não, a presença ou a ausência de pênis. Todavia, possuir o órgão masculino não faz um homem e, muito menos, ter uma vagina faz uma mulher.

Não obstante, se o homem pode muito comumente reconhecer seu “ser” de homem pela identificação fálica, o mesmo não ocorre com as mulheres. Em nosso contexto as mulheres ocupam hoje cargos e funções antes destinados apenas aos homens; encontram-se na política, dirigem instituições, são independentes financeiramente, mas elas não reconhecem nessas conquistas seu ser de mulher. Nem mesmo a maternidade ou o casamento, como supunha Freud, são suficientes para que uma mulher se reconheça como mulher. Podemos resumidamente afirmar que as teorias freudianas do Édipo se constituem respostas sobre a sexualidade masculina e a identificação fálica, deixando em aberto a questão do que seja a mulher. Apesar disso Freud nos deixa indicações importantes, sobretudo ao acentuar uma assimetria radical entre homens e mulheres. Hoje vivenciamos, ao contrário, uma tentativa de igualar os sexos. A cultura do unissex, tendo como norma a identificação masculina, dita uma simetria sexual que provoca efeitos destrutivos nos laços entre homens e mulheres. Se tudo se torna igual, onde encontrar os traços da diferença que servem de atração entre os sexos? Mesmo entre os casais homossexuais a diferença é essencial à atração sexual. Uma coisa é

igualar os direitos do cidadão e outra é tentar igualar os sujeitos e os sexos.

Outra herança freudiana é de que uma mulher, apesar dos órgãos femininos, não nasce mulher, ela se torna mulher ou ela encontra o que lhe é próprio, quando vai além da identificação fálica, ao passo que o homem encontra traços de seu “ser” de homem por essa identificação. Explicitemos melhor. Se para os dois sexos o primeiro objeto de amor é a mãe ou quem ocupa esta função, no caso do menino a escolha por uma mulher passa pela identificação com o pai na busca de uma escolha semelhante à dele. Isso não implica que não haja inversões. De toda maneira o homem se identifica como homem pela via fálica. No caso da mulher a questão se complica: o primeiro objeto de amor é também a mãe, como para o menino, mas ela deve se identificar a esse objeto que se torna, ao mesmo tempo, rival. O caminho à feminilidade encontra, pois, duas funções nada fáceis: a troca de objeto de amor, passar da mãe ao pai, e, ao mesmo tempo, identificar-se com esse objeto abandonado que é, muitas vezes, palco de críticas, ressentimentos e rivalidades.

A anatomia oferece apenas uma certeza do gênero. Ela não responde sobre a escolha sexual e, muito menos, sobre o que seja uma mulher ou um homem. Nesta direção, as diferentes culturas tentam oferecer ícones do que seja um homem e uma mulher, sobretudo servindo-se dos objetos de consumo. Algumas tentam fazer uma analogia entre atividade e masculinidade, e passividade e feminilidade. Para Freud a pulsão sexual é sempre ativa e a libido é sempre masculina, estejam presentes em homens ou mulheres. A supressão da agressividade nas mulheres é algo cultural.

A ciência, por sua vez, tenta responder à diferença sinalizando caracteres secundários femininos e masculinos, óvulos e espermatozoides. Mas a masculinidade e a feminilidade fogem ao alcance da anatomia⁶.

O que é e o que quer uma mulher são questões presentes para os homens e para as próprias mulheres. É por isso que muitas elegem um ideal feminino, a outra, como maneira de responder a essas complexas questões.

Lacan sinaliza que sexualidade é colocada para os seres falantes, à diferença dos animais, pela falta de nomeação. Falta palavra (significante) para nomear o sexo feminino, representante psíquico da falta e, portanto, portadora do enigma sexual. A falta apresenta-se

⁶ FREUD, Sigmund. Feminilidade – Conferência XXXIII [1932]. (ESB). V. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

para ambos os sexos, pois, como dissemos, a referência é a presença ou ausência do pênis, representado pelo falo, símbolo imaginário da completude. Mas a mulher, voltamos a frisar, na qualidade de ser falante encontra-se como o homem, inscrita pela referência fálica, mas essa referência não consegue definir seu ser de mulher. Lacan diferencia a mulher da mãe; ser mãe é algo inscrito também na função fálica. Muitas mães tomam seus filhos como substitutos da falta, mas isso não as realiza como mulher. Ele sublinha ainda que a Mulher, escrita com letra maiúscula, não existe (sua existência encontra-se apenas no imaginário de algumas mulheres e homens).

Lacan diferencia ainda o feminino da mulher histérica. Esta se encontra presa à referência fálica. Nesta direção, presencia-se nas históricas uma rede infundável de demandas, queixas e insatisfações. Cultivando ainda o sentimento de menos valia, elas elegem outra mulher como tentativa à resposta: o que é uma mulher?

A posição feminina indo além da referência ao falo implica, sobretudo, suportar que algo falte, e falta também para os homens, e fazer algo com essa falta. Isso se difere do uso de certas “máscaras” pelas quais algumas mulheres dão ares de masoquista, sofredora, “Amélia”, mulher fatal, submissa, entre outras “máscaras”, para “darem ares de mulher”⁷. Como sinaliza Colette Soler, tais posições só colocam à distância o desejo feminino. Demandar e estar sempre insatisfeita define a mulher histérica, mas não a posição feminina.

Notas sobre a sexualidade para a Psicanálise

Retomaremos brevemente algumas discussões que já desenvolvemos em outra época⁸. Desses trabalhos extraímos algumas teses relativas ao conceito de sexualidade em Psicanálise e que tocam o nosso tema no momento.

Pelo exposto até aqui se torna claro que a sexualidade para a Psicanálise não se reduz ao sexo nem ao encontro sexual. Ela se posta para o sujeito bem cedo, pelos primeiros encontros com o Outro, a mãe ou quem cuida da criança. Essas experiências deixam marcas para a criança que vão muito além dos cuidados em torno da necessidade: comer, beber, dormir, ser cuidado fisicamente e higienicamente. Nesses encontros algo é oferecido à criança sem que ela peça isso ou aquilo.

⁷ SOLER, Colette. *O que Lacan dizia das mulheres*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. p. 31.

⁸ A propósito remeto o leitor a duas publicações: MUCIDA, Ângela. *O sujeito não envelhece – Psicanálise e velhice*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006; MUCIDA, Ângela. *Escrita de uma memória que não se apaga – Envelhecimento e velhice*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

O bebê chora porque tem algum desconforto e a mãe tenta aplacar o choro. Às vezes ela acerta e às vezes erra nas interpretações e ações para tratar o mal-estar. De toda maneira algo é oferecido e provoca alguma “satisfação” que não implica necessariamente o prazer.

Contudo há um descompasso entre o que se pede, ou nem se pede, e o que se recebe. Entre o que se pede e o que se recebe, nesse intervalo, surge o desejo. Nosso desejo se estrutura, pois, por uma falha. Desejamos porque algo nos falta, mas essa falta não é preenchível. Falta o objeto perfeitamente adequado ao desejo e por isso criamos objetos pela falta do objeto adequado.

A sexualidade constitui-se por pequenos traços, marcas que nos escapam e não formam uma totalidade. A incompletude faz parte do amor e dos encontros sexuais, pois em ambos encontra-se presente a fantasia. É a fantasia em torno do objeto que sustenta o desejo e não o objeto em si.

Vale lembrar que para Freud a sexualidade adulta é a sexualidade infantil. A sexualidade adulta encontra seu “substrato” nas marcas da infância com seus primeiros objetos de amor e as experiências de prazer e desprazer. Os traços precocemente recebidos incidem sobre as escolhas posteriores, as preferências ou aquilo que não se suporta no campo sexual.

Não havendo instinto sexual, não há um conector entre um homem e uma mulher aos moldes do encontro entre um macho e uma fêmea, como se pode observar no mundo animal. Por isso a atração entre os sexos é algo tão complexo.

Não existem regras sexuais, mas regras sociais e cada época, cada cultura ou cada discurso tem suas regras e maneiras de conduzir a sexualidade. Assim a sexualidade de cada um não se globaliza.

Sexualidade feminina e envelhecimento

Na clínica e fora dela escuto de diferentes mulheres queixas concernentes aos efeitos da menopausa sobre seu estado de humor, sintomas como “fogachos”, secura vaginal, instabilidade de humor, secura da pele, entre outros sintomas corporais. Mas nem todas as mulheres sofrem da mesma forma esses efeitos e algumas, inclusive, vivem a menopausa de maneira branda e tranquila, encontrando substituições interessantes

para algumas perdas inevitáveis⁹. É certo que são efetivas as mudanças hormonais, mas não se podem desconhecer também os efeitos sobre as mulheres de tudo que circula sobre a menopausa e a velhice, com seus prognósticos muitas vezes amedrontadores levando à ideia de um destino funesto.

Se a reposição hormonal foi concebida anos atrás como uma saída para a baixa de estrógeno no organismo, hoje há controvérsias sobre essa prescrição e ela não é indicada em casos de histórico de câncer. Além do mais são muitos os efeitos colaterais do uso de hormônios, sobretudo quando utilizados por longos anos. A opção de uma terapia hormonal não se faz sem ressalvas nem é indicada a todas as mulheres. Não nos deteremos na análise dos prós e contras da terapia hormonal, pois não é nosso campo de estudo, mas apenas no que tange a alguns dos efeitos reais e imaginários da menopausa.

Algumas mulheres dizem sentir-se “elas mesmas” com o uso do hormônio; com mais libido, mais jovens e femininas. Mas isso não ocorre da mesma maneira com todas, e algumas, mesmo com a reposição, continuam a se queixar do envelhecimento, sentem-se desvalorizadas sexualmente com a entrada na menopausa e queixam-se de outros sintomas. Isso para dizer que é ilusório pensar que a terapia hormonal resolveria todas as questões trazidas pela menopausa e o envelhecimento, pois eles se associam a traços singulares. A menopausa e o envelhecimento não trazem em cena outro sujeito.

É comum encontrar mulheres que fazem uma relação direta entre algumas modificações trazidas pelo envelhecimento e a perda dos atrativos sexuais. Muitas consideram que com o passar do tempo perdem as chances de encontros sexuais e amorosos, como se estes fossem destinados apenas às jovens, tecendo uma relação direta entre a atração sexual e juventude. Dessa maneira elas descuidam de si mesmas, pois tomam as mudanças como um trágico destino diante do qual não haveria nada a fazer.

Esse pensamento se alia ao mal-estar da cultura, presente em cada época e cada cultura, como efeito dos discursos e do saber produzidos. Em nosso caso, sofremos os efeitos da “globalização”, que toca de maneira pungente o envelhecimento. Sofremos os efeitos do mercado das “novidades”, para ironizar um pouco essa gama de objetos fabricados pelo mercado que portam o selo do “novo” e se oferecem como produtores

⁹ Ver a propósito o caso de Maria Helena Andrés em *Escrita de uma memória que não se apaga* (2009), p. 141.

de felicidade. Essa “nova geração” de objetos e serviços se impõe como uma verdadeira ditadura contra o envelhecimento. Só é atrativo o novo com uma beleza programada pela nova “aldeia” global.

Esse imperativo, apagar as diferenças em prol de uma mesma “estampa”, uma mesma forma de fazer laços sociais, escolher e desejar, empobrece as relações, suscitando angústia e outros sintomas e demonstrando que algo do sujeito resiste, ainda bem!

Então, o que dizer das mulheres que já não portam mais os traços da juventude? A mulher “balzaquiana”, termo utilizado em décadas passadas para se nomear as ditas “solteironas”, foi inspiração do romance de Balzac escrito em 1834, intitulado *A mulher de trinta anos*¹⁰. Ao contrário do sentido depreciativo deste termo em nossa cultura, Balzac tornou-se conhecido por ter sido um escritor que valorizou as mulheres “maduras” da época. O romance exhibe traços “psicológicos” interessantes da mulher madura da época, valorizando-os em detrimento daqueles encontrados em jovens. Hoje estranharíamos considerar uma mulher de 30 anos solteirona ou “madura”.

De toda maneira a “mulher balzaquiana” ensina que “mulher” e “mulher madura” são conceitos criados culturalmente. Podemos interrogar como seria a mulher madura de hoje e como Balzac poderia descrevê-la. Talvez ele encontrasse traços os mais contraditórios convivendo juntos. Mas, com certeza, ele observaria que não apenas a mulher e sua sexualidade, mas tudo que tange o envelhecimento se encontra no geral sob o signo da desvalorização.

Regrada pela importação de muitos hábitos americanos nos quais imperam juventude, poder e um tipo determinado de beleza, nossa cultura produz discursos contraditórios sobre a mulher “madura”. Em uma cultura na qual predominam tipos empobrecidos de beleza e feminilidade, o mercado dos bisturis torna-se o suporte para muitas das insatisfações consigo e com as imagens.

Destinado ao público de qualquer idade, esse mercado toma no Brasil proporções enormes, com técnicas invasivas que podem gerar problemas irremediáveis. Grande parte dessas intervenções é feita sem uma reflexão mais apurada do que se quer cortar ou mudar no corpo. O espaço entre a demanda e a resposta é pequeno, não permitindo ao sujeito se deparar com aquilo que deseja. O resultado muitas vezes não

¹⁰ BALZAC, Honoré de. *A mulher de trinta anos*. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

atende ao imaginado, gerando outro campo de insatisfação e, por vezes, outros bisturis. Não se trata aqui de uma apologia contra o uso das próteses e cirurgias estéticas, mas uma crítica ao imediatismo de muitas dessas ofertas de mercado.

Há casos, quando o sujeito se encontra naquilo que demanda e deseja, em que uma intervenção traz bons efeitos sobre a relação do sujeito com sua imagem. Entretanto não se pode desconhecer que uma insatisfação com a imagem vai além daquela exibida pelo espelho real.

Na velha Paris, cidade da moda e da estética, veem-se pelas ruas centenas de mulheres com seus cabelos brancos, suas rugas e outras marcas do tempo, e que nem por isso se apresentam mais envelhecidas. Essa cultura, ao contrário do que prevalece entre nós, parece acolher melhor algumas marcas do envelhecimento, e muitas mulheres, identificadas a uma maneira singular de envelhecer e de tratar os efeitos do envelhecimento, encontram com mais facilidade os caminhos para dispor sua sensualidade e sexualidade. Além do mais, essas mulheres se encontram atuantes na política, no campo artístico, social e cultural, continuando a exercer de outras maneiras a feminilidade.

Em nosso mal-estar o senso de estética se tornou medíocre, porque uniformizado e sem lugar para a diferença. Nenhum tratamento estético pode parar os efeitos da passagem do tempo. As intervenções cirúrgicas têm seus limites e a insistência além desses limites provoca efeitos nocivos sobre o corpo e a imagem. Nenhuma cirurgia estética pode resolver a relação, muitas vezes de ódio, que o sujeito tem com sua imagem e cujo envelhecimento apenas é o bode expiatório. Odiar a imagem não é indiferente à formação de vários sintomas e isso recai inevitavelmente sobre a sexualidade.

Como salientamos, não existem regras para a atração entre os sexos e, desconhecendo isso e colocando-se do lado dos objetos que não têm mais serventia, muitas mulheres sentem-se elas mesmas portadoras de um mal que não tem cura. Como se sentirem atraentes diante do olhar do Outro se elas mesmas se recolhem ou escondem-se de si mesmas? Somando-se a isso, não são poucas as que fazem um pacto bizarro com o lema machista: “as mulheres envelhecem e os homens tornam-se charmosos”. Imaginário que não se sustenta, pois, se as mulheres idosas de hoje sofrem os efeitos das mudanças, sobretudo sobre a imagem, há

efeitos da passagem do tempo também sobre os homens que tocam à diminuição da potência e do poder relativo ao trabalho¹¹.

Agarrando-se unicamente aos valores ditados pela cultura em torno da beleza, da sensualidade e da feminilidade, algumas mulheres suportam muito mal a passagem do tempo. É fato que não é fácil para ninguém envelhecer, mas não se constitui uma saída tentar esconder ou esquivar-se dele, pois ele não se apaga e pertence a todos. Toda perda exige um trabalho de luto, implicando com isso suportar as mudanças e abrir outras vias de inscrição da feminilidade. Dado que o envelhecimento, da forma como ocorre atualmente, é algo novo entre nós, cabe às mulheres “maduras” de hoje criar novos espaços na cultura para sustentarem o desejo, suas escolhas, sua sensualidade e, sobretudo, sua feminilidade.

Deve-se levar em conta que a sensualidade passa por traços que se aliam a um modo de ser e isso se alia também à aceitação da própria imagem. Vale concluir com Proust: “(...) nenhuma importância teriam as bolsas sob os olhos e as rugas da testa se não fosse a tristeza do coração”¹².

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALZAC, Honoré de. *A mulher de trinta anos*. São Paulo: Abril Cultural, 1985.
- FREUD, Sigmund. O tabu da virgindade. [1917-1918]. Edição Standard Brasileira das *Obras Completas de S. Freud* (ESB). V. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1970. p. 185.
- _____. Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade. [1905]. (ESB). V. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1972.
- _____. O inconsciente. [1915]. (ESB). V. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- _____. A sexualidade feminina. [1931]. (ESB). V. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- _____. Feminilidade – Conferência XXXIII. [1932]. (ESB). V. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- _____. Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. [1925]. (ESB). V. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- LACAN, Jacques. *O Seminário*. [1972-1973]. Livro 20: Mais ainda. Tradução de M. D. Magno. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- _____. *O Seminário*. A transferência. [1960-1961]. Livro 8. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992. p. 225.
- _____. *Télévision* [1973]. In: _____. *Autres écrits*. Paris: Éditions du Seuil, 2001. p. 509-545.

¹¹ Sobre a sexualidade masculina remetemos o leitor às obras anteriormente referidas da autora e ao artigo: Sexualidade e amor no homem idoso. *A terceira idade*, São Paulo: Sesc, n.º 46, outubro 2009.

¹² PROUST, Marcel. *O tempo redescoberto*. São Paulo: Globo, 1994. p. 180.

- _____. *O Seminário. O sintoma*. [1975-1976]. Livro 23. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
- MUCIDA, Ângela. *O sujeito não envelhece* – Psicanálise e velhice. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.
- _____. *Escrita de uma memória que não se apaga* – Envelhecimento e velhice. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. p. 141.
- _____. Sexualidade e amor no homem idoso. *A terceira idade*, São Paulo: Sesc, n. 46, outubro 2009.
- PROUST, Marcel. *O tempo redescoberto*. Tradução de Lúcia M. Pereira. São Paulo: Globo, 1994. p. 180. 303 p.
- SOLER, Colette. *O que Lacan dizia das mulheres*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. p. 31.

Na ciranda da vida: um estudo sobre o papel das relações intergeracionais no processo de (re)integração social dos velhos na contemporaneidade

GERMANNE PATRICIA BEZERRA MATOS¹
ADRIANA DE OLIVEIRA ALCÂNTARA²

RESUMO

O presente artigo está voltado a analisar o papel das relações intergeracionais no processo de (re)integração social dos velhos na contemporaneidade. Com este objetivo, empreendemos uma apreciação crítica das atividades desenvolvidas por um Grupo de Convivência de Fortaleza-CE, o *Trabalho Social com Idosos* (TSI), do Serviço Social do Comércio (Sesc), buscando apreender em que medida essas atividades possibilitam a construção de uma sociabilidade intergeracional extrafamiliar. Foi interesse ainda compreender os significados atribuídos, pelos sujeitos atendidos no TSI, a esse tipo de sociabilidade e verificar se as referidas atividades contribuem efetivamente para a (re)integração social dos sujeitos atendidos. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa, na qual foram empregadas as pesquisas bibliográfica, documental e de campo. A partir disso, inferimos que os sujeitos têm uma percepção positiva acerca das relações intergeracionais, concebendo-as como importantes tanto para os velhos quanto para os jovens, pois representam uma possibilidade de troca de saberes e experiências. Nesse contexto, o TSI apareceu como um fator influenciador dessa percepção positiva, sem, contudo, ter sido livremente caracterizado como um espaço que viabiliza a intergeracionalidade. Diante disso, concluímos que as atividades do *Trabalho Social com Idosos* não atuam diretamente na direção de viabilizar o estabelecimento de relações intergeracionais, sem, porém, configurar-se como uma nova modalidade

1 Assistente Social graduada pela Universidade Estadual do Ceará (Uece), técnica do Centro de Referência da Assistência Social – CRAS Jereissati, vinculado à Secretaria de Assistência Social e Cidadania do município de Maracanaú – Ceará, e técnica de referência do grupo de convivência para idosos e do grupo de cuidadores de usuários do Benefício de Prestação Continuada (BPC).

germannematos@gmail.com.

2 Assistente Social graduada pela Universidade Estadual do Ceará (Uece), Mestre em Gerontologia e Doutora em Antropologia Social pela Universidade de Campinas (Unicamp) e docente do Curso de Serviço Social do Instituto Superior de Teologia Aplicada – Faculdades INTA.

alcantara2002@yahoo.com.br.



Profession
SURF TEAM

de isolamento. Isso porque a sociabilidade intergeracional não aparece, para os sujeitos da pesquisa, como mecanismo fundante da participação social.

Palavras-chave: relações intergeracionais; Trabalho Social com Idosos; sociabilidade.

ABSTRACT

This article seeks to examine the role of intergenerational relationships in the process of (re)integrating elderly people into contemporary society. To this end, we have undertaken a critical assessment of the activities developed by an elderly community group from Fortaleza (CE) called Trabalho Social com Idosos-TSI (Social Activities with Elderly People) of the Social Service for Commerce Workers (SESC) with the purpose of understanding the extent to which these activities help build intergenerational sociability outside the family. We also sought to understand the meanings attributed by the subjects assisted by the TSI group to this kind of sociability and ascertain whether these activities effectively contribute to the (re)integration of the assisted subjects. To this end, we have undertaken a qualitative survey through the application of bibliographic, documental and field surveys. Based on the survey, we have concluded that the assisted individuals have a positive perception regarding intergenerational relationships, viewing them as important both for the elderly and the young since they represent an opportunity to exchange knowledge and experiences. Within this context, the TSI group became a contributing factor to this positive perception, without, however, being characterized a space that promotes intergenerational relationships. In view of this, we have concluded that the activities developed by the TSI group do not directly contribute towards the establishment of intergenerational relationships, without, however, being a new modality of isolation. The reason for this conclusion lies in the fact that intergenerational sociability does not appear to the survey subjects as an underlying mechanism of social participation.

Keywords: Intergeracional relationships; Social Activities with Elderly People; Sociability.

INTRODUÇÃO

Escolhemos a ciranda para intitular este trabalho sobre relações intergeracionais na contemporaneidade porque essa dança popular e, ao mesmo tempo, lúdica oportuniza uma equânime participação de crianças, jovens, adultos e velhos, isso em virtude do seu ritmo lento e suave (SILVA, s.d.). Desse modo, ela representa a sociedade que almejamos: para todas as gerações, na qual todos convivam lado a lado, com seus direitos, deveres, potencialidades e necessidades reconhecidas e respeitadas. É essa sociedade que pretendemos ajudar a construir, e nossa contribuição vem por meio da pesquisa aqui apresentada, que foi realizada no *Trabalho Social com Idosos* (TSI) do Serviço Social do Comércio (Sesc) de Fortaleza, um grupo de convivência, modalidade de atendimento à velhice própria da contemporaneidade e em franca emergência.

Neste ponto é imprescindível ressaltarmos a opção pelos termos “velho” e “velhice” para serem utilizados ao longo do texto. Essa escolha se deu por considerarmos que termos como “idoso”, “terceira idade”, “melhor idade” e tantos outros comumente utilizados na contemporaneidade obscurecem a complexidade e a diversidade da velhice e das condições de vida dos indivíduos que envelhecem no mundo moderno. Isso porque, com o advento da *terceira idade*, iniciou-se um movimento para tornar pública a velhice.

Todavia, esse processo implica os indivíduos não deixarem aparente seu envelhecimento, legitimando, dessa forma, um “(...) trabalho coletivo de imposição de uma identidade social específica” (GAGLIETTE e BARBOSA, 2007, p. 142). Tal identidade social intenta, principalmente, a homogeneização da velhice, isso se dando por meio da adoção de um modelo de envelhecimento a ser seguido por todas as classes sociais.

Como reforça Alcântara (2010, p. 15):

Na sociedade brasileira, percebo que, existe um certo melindre para pronunciar a palavra “velho”, pois parece que soa como insulto, o que não é difícil de compreender, uma vez que a juventude é uma categoria privilegiada, apresentando-se como um padrão valorizado, em oposição à desvalorização da velhice.

Diante disso, faz-se urgente uma mudança de atitude em relação à velhice, com o escopo de construir uma sociedade para todas as idades, conceito formulado como tema do “Ano Internacional do Idoso”, cele-

brado em 1999, e que encerra em si quatro dimensões: desenvolvimento individual durante toda a vida, relações entre várias gerações, relação mútua entre envelhecimento da população e desenvolvimento, e a situação de vida dos velhos (ONU, 2003).

No entanto, é necessário ressaltarmos que uma sociedade para todos os grupos etários deve pautar-se, sobretudo, pela eliminação de preconceitos e estereótipos negativos, possibilitando que todos os indivíduos realizem plenamente sua capacidade de participação nos mais diversos âmbitos – familiar, social, político, econômico e cultural –, sem discriminação e em condições de igualdade, combatendo, assim, o isolamento e garantindo a integração social desde a infância até a velhice.

Assim, foi visando alcançar esse horizonte que analisamos o papel das relações intergeracionais no processo de (re)integração social dos velhos na modernidade, haja vista que compreendemos que a relação entre as gerações se configura como um mecanismo de combate à segregação etária e possibilita o desenvolvimento de um processo de coeducação entre crianças, jovens, adultos e velhos, concorrendo para o reconhecimento das potencialidades, limitações e demandas próprias de cada grupo etário, favorecendo, assim, a formulação de políticas sociais que levem em conta essas particularidades e contribuam para uma efetiva transformação social.

Aspectos metodológicos

No que concerne à natureza, realizamos uma pesquisa qualitativa, pois, como ressalta Pádua (1997, p. 31), “(...) as pesquisas qualitativas têm se preocupado com o significado dos fenômenos e processos sociais, levando em consideração as motivações, crenças, valores, representações sociais, que permeiam a rede de relações sociais (...)”. Tal fato possibilitou, no caso da pesquisa aqui apresentada, a compreensão dos significados atribuídos às relações intergeracionais e sua relação com o sentimento de pertença social existente entre os velhos que foram pesquisados.

Utilizamos, a fim de obtermos subsídios teóricos para a realização desta investigação e para analisar e interpretar as informações obtidas no campo, a pesquisa bibliográfica, definida por Carvalho (2003, p. 154) como “(...) a realizada por meio da identificação, localização e compilação dos dados escritos em livros, artigos de revistas especializadas, publicações de órgãos oficiais, etc. (...)”.

No tocante aos sujeitos, foram considerados, para efeito desta pesquisa, os velhos que ingressaram no TSI do Sesc de Fortaleza, pelo menos um ano antes de sua realização³ e que aceitaram tomar parte, voluntariamente, do estudo, o que totalizou oito partícipes. Buscamos abranger usuários de ambos os sexos, no entanto, em razão do número reduzido de homens que frequentam as atividades do TSI e da recusa dos usuários do sexo masculino que foram convidados, a pesquisa foi composta somente por mulheres. Além disso, uma vez que o programa escolhido como campo empírico atende indivíduos a partir dos 50 anos de idade, delimitamos que deveriam ser incluídos na pesquisa apenas indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, pois essa idade é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a de início da velhice.

Durante a pesquisa de campo, optamos por utilizar, como instrumento, a entrevista aberta semiestruturada, guiada por um roteiro de perguntas abertas e claras, que não possuía respostas padronizadas ou objetivas. Além disso, empregamos a observação participante artificial, categoria encontrada em Lakatos & Marconi (1985) e em Gil (2007), e que, conforme aponta May (2004), encoraja o pesquisador a mergulhar nas atividades do dia a dia do grupo estudado, possibilitando, assim, o desenvolvimento de novas ideias a partir da observação.

Neste ponto, é imprescindível destacarmos que, durante a realização da pesquisa, lançamos mão de um instrumento de suma importância no processo de investigação, o diário de campo, tendo este se apresentado como relevante fonte de dados. A importância de sua utilização prescinde da necessidade de haver “um registro adequado para garantir a fiabilidade e a pertinência dos dados e para eliminar impressões meramente emotivas, deformações subjetivas e interpretações fluidas, sem dados comprobatórios” (CHIZZOTTI, 1991, p. 91).

Destarte, os dados coletados foram cuidadosamente registrados e analisados por meio dos referenciais teóricos apreendidos. Neste sentido, mesclamos as informações obtidas durante as entrevistas com as impressões suscitadas no processo de observação dos sujeitos e do cotidiano profissional do Sesc. Com isso, procuramos dar conta de aspectos da realidade que fossem relevantes e contribuíssem para desvendar as questões propostas pela pesquisa, procedimento que culminou com a obtenção dos resultados apresentados a seguir.

3 A pesquisa foi iniciada em fevereiro de 2009 com a pesquisa exploratória, mas, para definição dos critérios de participação, consideramos o mês de janeiro de 2010.

Velhice e intergeracionalidade: *ninguém pode viver sem somar, dividir e multiplicar...*

Como diz Bosi (2007, p. 77), embora seja uma fase “natural”, a velhice é também uma categoria social e historicamente produzida, “(...) pois cada sociedade vive de forma diferente o declínio biológico do homem”.

Assim, segundo Debert (2007), faz-se distinção entre um fato natural e um fato sócio-histórico. O que é, incontestavelmente, “natural” é o fato de envelhecer. Todavia, as representações dessa velhice, a posição social ocupada pelos velhos dentro de uma sociedade, a relação mantida entre os indivíduos das novas gerações com os representantes das gerações passadas e o tratamento que lhes é dispensado dependem do contexto histórico do período analisado, e diferenciam-se de uma sociedade para outra, podendo, em alguns casos, apresentar variações dentro de um mesmo grupo social (DEBERT, 2007). É, portanto, no que concerne a estes aspectos que podemos considerar a velhice uma categoria histórica e socialmente determinada.

Em relação ao envelhecimento populacional, percebemos que este é um fenômeno mundial, entretanto envelhecer é, sobretudo, um fato biográfico, ou seja, um processo que cada indivíduo vivencia de forma particular e única. Foi essa particularidade que buscamos apreender neste estudo, a fim de compreendermos qual o papel das relações intergeracionais no processo de (re)integração social dos velhos na contemporaneidade, isso a partir dos significados atribuídos pelos sujeitos a esse tipo de relacionamento. Procuramos, ainda, associar a sociabilidade intergeracional ao trabalho desenvolvido pelo TSI do Sesc de Fortaleza, de modo a percebermos a influência deste programa na percepção dos velhos acerca das relações intergeracionais e no sentimento de pertença social destes.

Esta pesquisa foi suscitada a partir da realização de estágio supervisionado em Serviço Social no grupo mencionado. Em razão disso, acreditamos que a aproximação com os sujeitos fosse ser fácil, pois estariam diante de alguém conhecido e, em certos casos, com quem mantinham vínculos afetivos. Contudo, percebemos que, ao se colocar como pesquisador, a pessoa que sempre fora tratada com naturalidade e, até, intimidade impõe certo distanciamento e resistência, pois passa a representar alguém que deseja conhecer fatos que não são trazidos para o âmbito institucional, isto é, aspectos da vida privada dos interlocutores.

A REPRESENTAÇÃO POSITIVA DO
RELACIONAMENTO ENTRE AS GERAÇÕES
APARECEU ATRELADA AO SEU
ESTABELECIMENTO, POR PARTE DAS
INTERLOCUTORAS, E À RESOLUÇÃO
PACÍFICA DOS POSSÍVEIS CONFLITOS
ADVINDOS DESSA RELAÇÃO.

Além disso, como a pesquisa de campo foi realizada, em sua maior parte, no período de férias das atividades do TSI (mês de julho), notamos, entre os velhos, uma dificuldade em deixar que os relacionamentos estabelecidos no Sesc extrapolassem os limites institucionais, de modo que alguns usuários convidados a participar do estudo recusaram, pois não estavam frequentando o programa no período em que foram contatados e não se disponibilizaram a realizar a entrevista em outro espaço fora da instituição. Neste ponto, recordamos que Motta (2004, p. 114) já havia apontado para essa tendência:

Ainda que tenha encontrado, na pesquisa, expressões de grande entusiasmo pelos novos amigos nos grupos [de convivência], parece existir, paralelamente, uma resistência cautelosa dos mais velhos, principalmente de camadas médias, a novas amizades feitas no espaço semipúblico dos grupos e, principalmente, a estendê-las ao cotidiano privado.

Não obstante a isso, a pesquisa realizada nos colocou em contato com posicionamentos diversos dos esperados pelo senso comum, uma vez que somos levados a acreditar que a convivência dos velhos com pessoas de outras gerações é um fator preponderante para que aqueles indivíduos se sintam socialmente integrados. No entanto, apesar de atribuírem um significado positivo à sociabilidade intergeracional, reconhecendo sua importância, nossas interlocutoras não a associaram ao sentimento de pertença social.

Nessa direção, consideramos que o contexto familiar das entrevistadas influenciou essa construção das relações intergeracionais, pois todas elas relataram que mantinham, desde a infância, relacionamentos com pessoas de outras gerações, dando ênfase às coisas que aprenderam com essas pessoas, relatando-as com afetividade e carinho. Assim, a representação positiva do relacionamento entre as gerações apareceu atrelada ao seu estabelecimento, por parte das interlocutoras, e à resolução pacífica dos possíveis conflitos advindos dessa relação.

Embora seja comum a consideração de que os mais velhos atuam na sociedade como transmissores da cultura, dos valores e dos saberes aos jovens, foi recorrente entre as entrevistadas a dimensão da troca intergeracional de experiências. Neste sentido, as interlocutoras colocaram-se no papel que lhes é socialmente atribuído – elo entre o passado e o presente –, ao passo que os jovens foram identificados como agentes

facilitadores do aprendizado, principalmente das novas tecnologias, o que caracteriza o reconhecimento da possibilidade de uma coeducação entre as gerações, já apontada por Ferrigno (2003, 2006). Nessa perspectiva, a sociabilidade intergeracional aparece como um constante processo de aprendizagem, este se dando em uma dupla direção: dos velhos para os jovens e vice-versa.

Mesmo considerando o relacionamento intergeracional algo positivo e profícuo, as entrevistadas ressaltaram que, na contemporaneidade, jovens e velhos não estão preparados para conviverem, de modo que apontaram para a necessidade de uma educação para o envelhecimento, que deve perpassar todos os âmbitos da vida dos indivíduos e deve ser direcionada para pessoas de todas as idades.

É interessante notarmos que a necessidade de educar os indivíduos para conviver com seu próprio envelhecimento e com o envelhecimento do outro já vem preconizada pela Política Nacional do Idoso:

Art. 4º. Constituem diretrizes da Política Nacional do Idoso:

[...]

VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;

Aspecto este contemplado pelo Estatuto do Idoso:

Art. 22. Nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formal serão inseridos conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, ao respeito e à valorização do idoso, de forma a eliminar o preconceito e a produzir conhecimentos sobre a matéria.

Entretanto, é imperativo ressaltarmos que os sujeitos da pesquisa destacaram, ainda, que, para que tal educação seja efetiva, é fundamental que se gestem espaços nos quais a sociabilidade intergeracional se realize, de forma que os sujeitos possam reconhecer mutuamente as potencialidades do outro.

Aqui apresentamos uma contradição verificada: as entrevistadas assinalam o TSI como um agente influenciador de suas percepções acerca do relacionamento intergeracional, sem, contudo, elencarem entre as principais mudanças observadas desde o ingresso no programa a ampliação desse tipo de relação, apenas uma das senhoras participantes fez essa menção. Além disso, o TSI não é identificado como um desses

NESSA PERSPECTIVA, A
SOCIABILIDADE INTERGERACIONAL
APARECE COMO UM CONSTANTE
PROCESSO DE APRENDIZAGEM, ESTE
SE DANDO EM UMA DUPLA DIREÇÃO:
DOS VELHOS PARA OS JOVENS E
VICE-VERSA.

espaços que propiciam o encontro intergeracional, de forma que, quando mencionam o estabelecimento de relações intergeracionais no espaço institucional, referem-se ao Sesc em geral e não ao programa. A partir disso, consideramos que o grupo ora analisado não tem uma atuação proeminente no que se refere a viabilizar a sociabilidade intergeracional.

No que diz respeito à influência das relações intergeracionais e do trabalho do TSI no sentimento de pertença social, embora tenhamos observado a presença deste entre todas as nossas interlocutoras, como já mencionamos, não foi estabelecida nenhuma relação direta entre a sociabilidade intergeracional e o sentimento de integração social. Seguindo essa tendência, nem todas as participantes destacaram que a inserção no referido programa foi um evento relevante para alterar a percepção delas mesmas na sociedade, de modo que algumas apontaram já se sentir socialmente integradas antes de ingressarem nas atividades do TSI.

Apesar disso, identificamos nas falas das senhoras que participaram deste estudo que as principais mudanças na vida cotidiana relatadas espontaneamente, após a entrada no programa, foram associadas à melhor capacidade de comunicação e expressão, reconhecimento das próprias potencialidades, ampliação das redes sociais e um aumento da segurança de “estar em” e de “participar de” um grupo. Nessa perspectiva, notamos que os aspectos ressaltados influenciam claramente a vida em sociedade, de modo que, ainda que indiretamente, o TSI atuou na integração social dos sujeitos da pesquisa. Contudo, questionamos a relevância dessa atuação, uma vez que as usuárias do programa não a reconhecem ou legitimam.

Todavia, mesmo não apresentando uma ação proeminente no que se refere à (re)integração social dos velhos e não aparecendo como um espaço que viabiliza o estabelecimento da sociabilidade intergeracional, o TSI não pode ser considerado um lugar no qual se gesta uma nova modalidade de isolamento. Isso porque o relacionamento intergeracional não apareceu como algo indispensável para a presença do sentimento de pertença social, de tal forma que todas as entrevistadas declararam se perceber parte da totalidade social, não enfatizando nenhum tipo de desvantagem em relação aos demais grupos etários, sem, contudo, deixarem de apontar a necessidade de transformações na sociedade para que os indivíduos estejam preparados para conviver com o envelhecimento e com os velhos, dentre as quais destacaram a urgência de se efetivar o Estatuto do Idoso.

Considerações Finais

Podemos inferir que a conjuntura sociofamiliar, bem como econômica, na qual está inserida a população envelhecida no Brasil contemporâneo é multifacetada e complexa. Esse panorama apresenta desafios no sentido de romper com a visão tradicional de velhice e com os preconceitos que circundam esta fase da vida, promovendo, efetivamente, a (re)integração social desses sujeitos envelhecidos.

Para tanto se apresenta como urgente, por parte de nossas interlocutoras, como já dissemos, a necessidade de criação de espaços, fora da família, que possibilitem o desenvolvimento de uma sociabilidade intergeracional, a fim de evitar que o velho seja destituído de seus papéis sociais e condenado ao isolamento, uma vez que viabilizar, apenas, a convivência intrageracional pode se configurar, também, como uma forma de segregação.

Além disso, as entrevistadas destacaram que não só os jovens devem passar por um processo de educação para o envelhecimento, a fim de que sejam estabelecidas relações intergeracionais profícuas, elas realçaram que os próprios velhos devem ser alvo dessa educação, bem como devem aprender a conviver com os anseios e as demandas das gerações mais jovens. Nesta direção, apontaram que locais destinados a estimular a intergeracionalidade são espaços privilegiados de descoberta e efetivação de uma coeducação, tanto para o envelhecimento quanto para o convívio.

Diante disso, analisamos que, mesmo não tendo sido apontadas como um determinante da integração social, as relações intergeracionais são fundamentais para que possamos valorizar os conhecimentos, a cultura, as experiências e as vivências, e reconhecer a vital contribuição dos velhos para a (re)construção diária da história e da sociedade. Isso se dando por meio de um processo de mão dupla, no qual jovens e velhos reconheçam as próprias potencialidades e as dos outros, de modo a superarmos preconceitos e estereótipos negativos que estigmatizam os grupos etários, as gerações e as fases da vida, sobretudo os velhos e a velhice.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCÂNTARA, Adriana de Oliveira. *Da velhice da praça à velhice da roça: revisitando mitos e certezas sobre velhos e famílias na cidade e no rural*. 2010. 319 p. Tese (doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – IFCH, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Campinas, SP.
- BOSI, Ecléa. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. 14. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- BRASIL. Lei Federal nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8842.htm>. Acesso em: 30 set. 2009.
- _____. Lei Federal nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. *Estatuto do Idoso*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 30 set. 2009.
- CARVALHO, Maria Cecília M. de. (Org.). *Metodologia científica: fundamentos e técnicas: construindo o saber*. 15. ed. Campinas: Papirus, 2003.
- CHIZZOTTI, Antonio. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 1991.
- DEBERT, Guita Grin. Antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: *Velhice ou terceira idade?*. 4. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007.
- FERRIGNO, José Carlos. *Coeducação entre as gerações*. Petrópolis, RJ: Vozes/São Paulo: Sesc, 2003.
- _____. A coeducação entre as gerações: um desafio da longevidade. In: *A Terceira Idade: estudos sobre envelhecimento*, São Paulo: Sesc/Geti, v. 17, n. 37, 2006.
- GAGLIETTE, Mauro; BARBOSA, Márcia Helena Saldanha. Que idade tem a velhice?. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo: UPF, v. 4, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.upf.edu.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/131/103>>. Acesso em: 3 nov. 2008.
- GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. 8. reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas, 1985.
- MAY, Tim. *Pesquisa social: questões, métodos e processos*. 3. ed. Tradução de Carlos Alberto Silveira Netto Soares. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- MOTTA, Alda Britto da. Sociabilidades possíveis: idosos e tempo geracional. In: PEIXOTO, Clarice Ehlers. (Org.). *Família e envelhecimento*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento*, 2002. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.
- PÁDUA, E. M. M. *Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática*. 2. ed. Campinas, SP: Papirus, 1997. (Coleção Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico).
- SILVA, Antonio Baracho da. *Ciranda*. S.d. Disponível em: <<http://dancasbrasileiras.wikispaces.com/Ciranda>>. Acesso em: 21 ago. 2010.

Perfil neuropsicológico de idosas com sintomas depressivos

JUCICLARA RINALDI¹

GIGIANE GINDRI²

IRANI IRACEMA DE LIMA ARGIMON³

ROCHELE PAZ FONSECA⁴

RESUMO

O crescimento populacional de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial. Neste âmbito, os serviços de saúde mental precisam preparar-se para suprir o conseqüente aumento da procura por atendimentos médicos e clínicos multidisciplinares, perante os quadros característicos da terceira idade. O objetivo do presente estudo exploratório foi apresentar uma caracterização do desempenho neuropsicológico de adultos idosos com sintomas depressivos, sendo a pergunta norteadora do estudo: “Qual a frequência de déficits neuropsicológicos em idosas com sintomas depressivos?”. A amostra incluiu dez adultos idosos do sexo feminino, com sintomas de depressão avaliados pela GDS-15, com escores acima de cinco pontos, idades entre 63 e 90 anos e escolaridade média de 8,50 (dp=5,04) anos de estudo formal. Os resultados evidenciaram uma maior frequência de déficits neuropsicológicos nas tarefas que envolviam recursos atencionais divididos e memória de trabalho. Salienta-se a necessidade de aumentar a amostra estudada, comparando-se participantes que apresentem níveis leves, moderados e graves de depressão.

Palavras-chave: depressão; memória; avaliação neuropsicológica.

¹ Psicóloga, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com especialização em Neuropsicologia pela UFRGS/MEC.

juciclara@terra.com.br

² Fonoaudióloga, doutoranda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), e Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana (UFMS). Especialista em Linguagem – CFFa, com especialização em Neuropsicologia pela UFRGS/MEC.

gigiane.gindri@gmail.com



ABSTRACT

The growth of the elderly population, in absolute and relative terms, is a worldwide phenomenon. In this context, mental health services must prepare to meet the resulting increase in demand for multidisciplinary medical and clinical services geared to the particular needs of the elderly. This exploratory study seeks to examine the neuropsychological performance of elderly people with depression symptoms by using the following guiding question: "What is the frequency of neuropsychological deficits in elderly women with depressive symptoms?" The sample consisted of ten elderly women, aged 63 to 90 years, with symptoms of depression as defined by the GDS-15 criteria, scores exceeding five points and an average number of 8,50 (SD = 5,04) years of formal school attendance. The results showed a higher frequency of neuropsychological deficits on tasks involving divided attention resources and working memory. It should be noted that the study sample needs to be enlarged in order to allow the comparison of participants with low, moderate and severe levels of depression.

Keywords: depression; memory; neuropsychological evaluation

INTRODUÇÃO

Contextualizada na área de neuropsicologia do desenvolvimento/envelhecimento, esta pesquisa tem por objetivo apresentar um estudo exploratório de caracterização do desempenho neuropsicológico de adultos idosos com sintomas sugestivos de depressão. Nesse contexto, será promovida uma análise da ocorrência de déficits em tarefas neuropsicológicas que avaliam orientação temporo-espacial, atenção, percepção, memória, calculias, linguagem, praxias e funções executivas na referida população.

O crescimento da faixa populacional de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial (VERAS, 2009). Entre 1970 e 2025 o número de idosos aumentará em torno de 223%. Segundo as projeções estatísticas, em 2050 a população idosa será de dois bilhões de pessoas acima de 60 anos. Uma das explicações é o aumento, verificado

3 Psicóloga, professora adjunta da Faculdade de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Doutora em Psicologia e Mestre em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS).

argimoni@puccrs.br

4 Psicóloga e fonoaudióloga, Professora-Doutora adjunta da Faculdade de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) e coordenadora do Grupo de Pesquisa Neuropsicologia Clínica e Experimental – GNCE, PUC-RS. Doutora e Mestre em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS e Université de Montréal) e Pós-Doutora em Psicologia Clínica – Neurociências, PUC-RJ.

rochele.fonseca@puccrs.br

desde 1950, de 19 anos na esperança de vida ao nascer. Os números mostram que, atualmente, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais e, para 2050, estima-se que a relação será de uma para cinco em todo o mundo, e de uma para três nos países desenvolvidos (WHO, 2005). Particularmente no Brasil, em 2002, 14,1% da população do país apresentava idade acima de 60 anos, com projeção para 2025 de aumentar para 33,4% (WHO, 2005). As consequências do crescente número de idosos implicam aumento das demandas sociais, passando a representar um grande desafio político, social e econômico (VERAS, 2009; WONG e CARVALHO, 2006).

O ENVELHECIMENTO APRESENTA-SE DE VÁRIAS FORMAS, COMO A POSSIBILIDADE DE UM ENVELHECER SEM PREJUÍZOS SIGNIFICATIVOS DE SAÚDE – ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL.

Neste âmbito, o aumento da demanda de atendimento ao idoso requer que os serviços de saúde mental se preparem para suprir o conseqüente aumento da procura pelos serviços médicos e clínicos multidisciplinares, perante os quadros característicos da terceira idade. Fazem-se necessárias alternativas, tais como atendimento ambulatorial, domiciliar, hospitalar e hospital-dia (LINHARES et al., 2003).

A depressão não faz parte do envelhecimento, mas é um dos quadros que têm tido importante aumento entre idosos, tornando-se um problema de saúde (ZIVIN et al., 2010). Os autores observaram que os sintomas depressivos podem ser associados com as características sociodemográficas, as condições de saúde e os comportamentos de saúde da população, bem como com prejuízos cognitivos.

O envelhecimento apresenta-se de várias formas, como a possibilidade de um envelhecer sem prejuízos significativos de saúde – envelhecimento saudável. Na chamada terceira idade com envelhecimento saudável ocorrem doenças físicas e/ou mentais, ou limitações funcionais objetivas ou subjetivamente aferíveis. O envelhecimento saudável pode ser acompanhado, então, por um declínio cognitivo que inclui alterações na memória e nos recursos de processamento de informações; contudo, apresenta as atividades da vida diária preservadas, além da manutenção da saúde objetiva, da saúde autorreferida e da funcionalidade no padrão dos adultos jovens (KIRSHNER, 2002).

Em contrapartida, o envelhecimento patológico caracteriza-se por neurodegeneração associada a doenças crônicas e síndromes típicas dessa fase do ciclo vital (NERI, 1993). No envelhecimento não saudável encontra-se uma frequência maior de doenças gerais como cardiovascu-

lares, de circulação sanguínea e pressão arterial e osteoarticulares. Os idosos com depressão apresentam maiores taxas de mortalidade que os idosos sem depressão, havendo relação com inatividade física que representa uma parte significativa do risco de doenças cardiovasculares (WIN et al., 2011). Ademais, surgem quadros neurológicos, tais como as demências e estados psicopatológicos, como a depressão. Nesse aspecto os sintomas neurológicos e psiquiátricos são frequentes na população de idosos, caracteristicamente acompanhados por algum grau de prejuízos iniciais na função de memória (MINETT et al., 2008; THOMAS e O'BRIEN, 2008).

No que concerne ao quadro psicopatológico de depressão, os idosos que buscam atendimento, normalmente, apresentam sintomas depressivos em níveis leves ou moderados, juntamente com sintomas de ansiedade. A depressão pode ser classificada como um transtorno do humor, em que é possível verificar sintomas como a apatia, a diminuição na comunicação, a falta de cuidados básicos e de perspectivas para o futuro, entre outros critérios (DSM/IV-TR, 2003). Estima-se que a depressão em pessoas com mais de 65 anos atinja uma taxa entre 2% e 5%. No entanto, ainda há controvérsias sobre esses números (XAVIER et al., 2001).

As modificações cognitivas que podem fazer parte do quadro depressivo em idosos vão além da dificuldade de memória (ÁVILA e BOTTINO, 2006), embora esta seja uma das queixas cognitivas de maior prevalência (DALGALARRONDA, 2000; REYS et al., 2006). Destacam-se, assim, dentre os déficits cognitivos que podem fazer parte desse quadro na população mencionada, redução das habilidades de atenção e memória, além de lentificação do pensamento (XAVIER, 2006; MARAZZITI et al., 2010; REPPERMUND et al., 2008).

Embora seja frequente na literatura a associação entre déficits cognitivos e a ocorrência de depressão, não se tem, ainda, um perfil sistematicamente definido sobre o processamento neuropsicológico em idosos com sinais sugestivos de depressão. Ante esta lacuna, torna-se importante promover estudos de grupos para delinear quais funções cognitivas se apresentam preservadas ou prejudicadas frequentemente em indivíduos idosos com sintomas de depressão. Em busca de respostas preliminares para a questão “Qual a frequência de déficits neuropsicológicos em uma amostra de adultos idosos com sintomas de depressão?”, apresentar-se-á

EMBORA SEJA FREQUENTE NA LITERATURA A ASSOCIAÇÃO ENTRE DÉFICITS COGNITIVOS E A OCORRÊNCIA DE DEPRESSÃO, NÃO SE TEM, AINDA, UM PERFIL SISTEMATICAMENTE DEFINIDO SOBRE O PROCESSAMENTO NEUROPSICOLÓGICO EM IDOSOS COM SINAIS SUGESTIVOS DE DEPRESSÃO.

um estudo exploratório da ocorrência de funções cognitivas deficitárias para verificar se a hipótese de déficits nas funções de atenção e no componente executivo da memória de trabalho é encontrada na amostra estudada.

MÉTODO

Participantes

A amostra desta investigação preliminar incluiu 10 adultos idosos do sexo feminino, com idades entre 63 e 90 anos, e escolaridade entre 1 e 17 anos de estudo formal. A amostragem foi de conveniência, realizada no Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (SAPP) da PUC-RS, em Porto Alegre/RS. Entre os critérios de inclusão, foram selecionados idosos com idade mínima de 60 anos, com escore na Escala de Depressão Geriátrica – GDS-15 (ALMEIDA e ALMEIDA, 1999) indicativo de sintomas depressivos, ou seja, igual ou superior a cinco pontos, com ausência de diagnóstico de transtornos de Eixo II conforme DSM-IV/TR (por meio de entrevista estruturada), bem como de problemas auditivos e visuais não corrigidos autorrelatados, e de sinais sugestivos de demência (avaliados pelo Miniexame do Estado Mental – MEEM; CHAVES e IZQUIERDO, 1992).

Instrumentos

Após preencher os critérios de inclusão, os pacientes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme os aspectos éticos sobre pesquisas com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Um questionário sociodemográfico foi aplicado para investigar questões referentes à renda, aos hábitos culturais e aos aspectos de saúde geral, auxiliando na caracterização da amostra.

Os instrumentos de caracterização da amostra e verificação de critérios de inclusão foram os que seguem:

- (1) Miniexame do Estado Mental – MEEM (FOLSTEIN, FOLSTEIN e McHUGH, 1975, adaptado para a população de Porto Alegre/RS por CHAVES e IZQUIERDO, 1992): é um teste de 30 pontos que avalia orientação, memória imediata e de evocação, concentração, cálculo, linguagem

e domínio espacial. Os participantes que alcançaram valores iguais ou acima do ponto de corte (de 0-4 anos de estudo, 17 pontos, de 5 a mais anos, 24 pontos) foram considerados com desempenho adequado para a idade e incluídos no estudo.

- (2) Escala de Depressão Geriátrica – versão reduzida de 15 itens – GDS-15 (YESAVAGE et al., 1983, adaptada para o Brasil por ALMEIDA e ALMEIDA, 1999): é amplamente utilizada como instrumento de avaliação de sintomas depressivos em pacientes idosos. É composta de 15 perguntas negativas e afirmativas em que o resultado de 5 ou mais pontos sugere sintomas depressivos. Para classificação dos níveis de depressão, utilizaram-se os seguintes pontos de corte: 5-7 pontos, sintomas depressivos leves; 8-10 pontos, moderados; e 11-15 pontos, graves.

Os instrumentos de exame do desempenho cognitivo dos pacientes foram os seguintes:

- (1) Questionário de Queixas de Memória – MAC-Q (CROOK, FEHER e LARRABEE, 1992): é constituído por seis perguntas que visam a avaliar queixas de memória relacionadas a cinco situações do cotidiano, com uma pergunta direcionada ao desempenho mnemônico global. É solicitado ao participante que compare o desempenho atual e aquele vivenciado aos 40 anos de idade. As respostas variam de “muito pior agora” a “muito melhor agora”, com cinco diferentes possibilidades de respostas. Uma pontuação igual ou superior a 25 pontos é considerada indicativa de disfunção subjetiva de memória.
- (2) Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition – WAIS-III (WECHSLER, 1997; adaptação de NASCIMENTO, 2004): é um instrumento que avalia as habilidades intelectuais verbais e de execução. Dos 14 subtestes propostos, foram utilizados para a escala verbal o subteste *Vocabulário*, que avalia a capacidade lexical, e o subteste *Dígitos*, que examina atenção e memória operacional. Para a escala de execução foram administrados o subteste *Códigos*, que avalia coordenação visomotora associada à atenção, e o subteste *Cubos*, que investiga planejamento espacial, com resolução de problemas.
- (3) Fluência Verbal – Animal (ISAACS e KENNIE, 1973; BRUCKI e ROCHA, 2004). Foi solicitado que o participante falasse o nome de todos os animais de que se lembrasse durante um minuto. O escore corresponde ao número de animais lembrados nesse período. Quando são

lembrados animais cuja denominação de gênero é semelhante, um deles não é pontuado. Assim, a sequência “gato, égua, peixe, boi” receberia quatro pontos, e a sequência “égua, cavalo, peixe, tubarão, baleia” também receberia quatro pontos.

- (4) Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve NEUPSILIN (FONSECA, SALLES e PARENTE, 2008, 2009). Esse instrumento fornece um perfil de desempenho quanto ao processamento neuropsicológico em orientação têmporo-espacial, atenção (concentrada), percepção (visual), memória (de trabalho, verbal episódica de curto prazo, semântica de longo prazo, visual de curto prazo – reconhecimento e prospectiva), linguagem (oral e escrita), habilidades aritméticas, praxias (ideomotora, construtiva e reflexiva), funções executivas (resolução de problemas e fluência verbal fonêmica), considerando idade e escolaridade em anos. Deste ponto em diante, a Bateria de Avaliação Neuropsicológica Breve NEUPSILIN será denominada como NEUPSILIN.

Procedimentos

Quanto aos aspectos éticos, o projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUC-RS (parecer número 00/820).

Houve a realização de um encontro individual para triagem, objetivando avaliar os pacientes psicologicamente, e os demais encontros foram para sua avaliação cognitiva. Os participantes foram testados individualmente e os instrumentos foram aplicados em duas sessões, com duração aproximada de uma hora cada, em ambiente adequado.

Análise estatística

Os dados foram analisados descritivamente quanto à média e ao desvio-padrão. Buscaram-se dados de frequência de déficit para cada subteste neuropsicológico, caracterizando-se sua ocorrência a partir da

consulta às tabelas normativas do instrumento. Para tanto, o desempenho de cada participante, em cada uma das tarefas, foi comparado com o desempenho esperado para o seu grupo de referência quanto à idade e escolaridade. As análises estatísticas foram efetuadas pelo pacote estatístico SPSS, versão 12.

Resultados

Na Tabela 1, podem ser observados os dados de caracterização sociodemográfica e clínica da amostra. Visualizam-se médias e desvios-padrão de escolaridade, idade, escore no MEEM e na GDS-15.

Tabela 1. Dados de caracterização sociodemográfica e clínica dos adultos idosos

Variáveis	Média	Desvio-padrão
Escolaridade (anos)	8,50	5,04
Idade (anos)	69,10	7,95
MEEM (escore)	27,10	2,42
GDS-15 (escore)	7,30	2,16

Nota: Miniexame do Estado Mental (MEEM); Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15).

Em média, os participantes apresentavam nível educacional intermediário. A intensidade dos sintomas depressivos da amostra, conforme o escore na escala GDS-15, foi indicativa de uma predominância de nível depressivo leve, entre 5 e 7 pontos (70%), sendo seguido pelo moderado, entre 8 e 10 pontos (20%), e pelo grave, entre 11 e 15 pontos (10%).

Nas Tabelas 2, 3 e 4 são apresentados os escores brutos dos subtestes do NEUPSILIN por caso. Os desempenhos por caso nas funções de orientação, atenção, percepção, calculia, praxias e funções executivas são apresentados na Tabela 2. As funções de memória (Tabela 3) e linguagem (Tabela 4) estão apresentadas em tabelas individuais ante a maior quantidade de subtestes.

Tabela 2. Escores brutos de subtestes das funções orientação, atenção, percepção, calculia, praxias e funções executivas do NEUPSILIN por caso

Sub-testes	OT	OE	ACI	ACIT	ARSD	PEVL	PEH	PEF	PERF	HabA	PRId	PRC	PRR	FERP	FEFV
E.Máx	4	4	20	-	7	6	1	3	2	8	3	16	3	2	7
Caso															
1	4	4	20	23,00	1	5	1	2	2	8	3	13	3	1	4
2	4	4	11	14,00	2	5	1	3	2	6	3	11	1	1	5
3	4	4	19	16,00	2	6	1	1	2	8	3	11	3	2	3
4	3	4	19	33,00	2	5	1	1	2	2	3	08	3	1	2
5	3	4	20	25,00	2	4	1	2	2	6	3	09	1	2	3
6	4	4	20	16,00	5	6	1	2	2	8	3	15	0	1	4
7	4	4	20	24,00	5	4	1	3	2	5	3	10	3	0	4
8	4	4	10	19,00	2	6	1	3	2	6	3	09	3	1	3
9	4	4	20	18,46	3	6	1	3	2	8	3	14	3	2	3
10	4	4	20	19,77	3	6	1	2	2	8	1	13	1	2	5

Nota: E.Máx: Escore Máximo de cada subteste; OT: Orientação Temporal, OE: Orientação Espacial, ACI: Atenção Contagem Inversa, ACIT: Atenção Contagem Inversa Tempo, ARSD: Atenção Repetição de Sequência de Dígitos, PEVL: Percepção Verificação de Igualdades e Diferenças de Linhas, PEH: Percepção Heminegligência Visual, PEF: Percepção de Faces, PERF: Percepção Reconhecimento de Faces, HabA: Habilidades Aritméticas, PRId: Praxias Ideomotoras, PRC: Praxias Construtivas, PRR: Praxias Reflexivas, FERP: Funções Executivas Resolução de Problemas, FEFV: Funções Executivas Fluência Verbal

Tabela 3. Escores brutos de subtestes da função memória do NEUPSILIN por caso

Subteste	MTOAD	MTSAP	MVEI	MVET	MVR	MSLP	MViCP	MPro
E.Máx	10	28	9	9	18	5	3	2
Caso								
1	07	14	3	0	11	5	3	2
2	07	13	4	2	10	5	3	2
3	06	15	5	1	12	5	2	2
4	04	11	2	0	09	4	3	0
5	09	11	4	3	12	5	3	2
6	08	20	3	2	11	5	3	2
7	04	24	5	0	15	5	3	1
8	04	15	2	0	10	5	2	2
9	10	22	5	2	13	5	3	2
10	08	15	6	1	12	5	3	1

Nota: E.Máx: Escore Máximo de cada subteste; MTOAD: Memória de Trabalho Ordenamento Ascendente de Dígitos; MTSAP: Memória de Trabalho Span Auditivo de Palavras em Sentenças; MVEI: Memória Verbal Evocação Imediata; MVET: Memória Verbal Evocação Tardia; MVR: Memória Verbal Reconhecimento; MSLP: Memória Semântica de Longo Prazo; MViCP: Memória Visual de Curto Prazo; MPro: Memória Prospectiva.

Tabela 4. Escores brutos de subtestes da função linguagem do NEUPSILIN por caso

Sub-testes	LON	LORe	LOAut	LOCom	LOPrInf	LEVaL	LECE	LEesp	LEcop	LEdit
E.Máx	4	10	2	3	3	12	3	2	2	12
Caso										
1	4	10	2	2	2	12	3	1	2	10
2	4	10	2	3	3	12	3	2	2	11
3	4	09	2	3	2	12	3	2	2	07
4	4	10	2	3	2	12	3	2	2	11
5	4	10	2	3	1	12	3	2	1	08
6	4	10	2	3	3	12	3	2	2	12
7	4	10	2	1	3	11	3	1	2	07
8	4	10	2	3	3	12	3	1	2	09
9	4	10	2	3	3	12	3	2	2	11
10	4	10	2	3	3	11	3	2	2	11

Nota: E.Máx: Escore Máximo de cada subteste; LON: Linguagem Oral Nomeação; LORe: Linguagem Oral Repetição; LOAut: Linguagem Oral Automática; LOCom: Linguagem Oral Compreensão; LOPrInf: Linguagem Oral Processamento Inferencial; LEVaL: Linguagem Escrita Leitura em Voz Alta; LECE: Linguagem Escrita Compreensão Escrita; LEesp: Linguagem Escrita espontânea; LEcop: Linguagem Escrita copiada; LEdit: Linguagem Escrita ditada.

Mediante a observação da pontuação obtida por cada participante nos subtestes do NEUPSILIN, nota-se que a amostra, de um modo geral, apresentou grande quantidade de acertos nas tarefas de orientação, percepção e linguagem oral. A partir da análise comparativa entre o escore de cada caso por subteste com o ponto de corte do grupo normativo correspondente à idade e à escolaridade de cada indivíduo, observou-se que a amostra não apresentou déficit nos subtestes orientação espacial, atenção – subteste repetição de sequência de dígitos, percepção de linhas, heminegligência, percepção de faces – reconhecimento, memória verbal episódica – evocação imediata e reconhecimento, memória visual, linguagem oral – nomeação, linguagem oral automática, processamento de inferência, linguagem escrita – compreensão escrita, e praxia construtiva.

Nas demais tarefas do instrumento, foram encontrados casos com desempenho abaixo do esperado para idade e escolaridade. A frequência de déficits, em ordem decrescente, foi de 20% para as tarefas de orientação temporal, percepção de faces, memória de trabalho – ordenamento ascendente de dígitos e span auditivo de palavras em sentenças, em habilidades aritméticas, linguagem oral – compreensão oral, linguagem escrita – ditado, e de 10% em atenção – contagem inversa e tempo, memória verbal episódica – evocação tardia, memória semântica de longo prazo, memória prospectiva, linguagem oral – repetição, e praxia ideomotora e reflexiva.

Na Tabela 5 expõe-se a ocorrência de déficits nos testes MAC-Q, *Fluência Verbal* – categoria *animais* e WAIS-III (subtestes). Nos instrumentos MAC-Q e subteste *Códigos* do WAIS-III houve perda de dados de um e dois casos, respectivamente.

Tabela 5. Presença de déficits nos testes para breve avaliação cognitiva

Testes	Pontos de corte	Presença de déficit
MAC-Q	25	56%
Fluência Verbal – Animal	12	10%
WAIS – Vocabulário	9-11	30%
WAIS – Códigos	9-11	30%
WAIS – Cubos	9-11	30%
WAIS – Dígitos	9-11	60%

Nota: MAC-Q: Questionário Subjetivo de Queixa de Memória; Fluência Verbal Animal: Fluência Verbal Categoria Animal; WAIS-Vocabulário: Escala Wechsler para Adultos – 3ª edição, subteste Vocabulário; WAIS-Códigos: Escala Wechsler para Adultos – 3ª edição, subteste Códigos; WAIS-Cubos: Escala Wechsler para Adultos – 3ª edição, subteste Cubos; WAIS-Dígitos: Escala Wechsler para Adultos – 3ª edição, subteste Dígitos.

Na mensuração subjetiva de processamento mnemônico, a maior parte da amostra apresentou queixas de memória avaliadas pelo MAC-Q, como se observa na Tabela 5. Quanto à avaliação objetiva da cognição, observou-se, em ordem decrescente, maior frequência de déficits no subteste *Dígitos* do WAIS-III, seguido pelos outros subtestes desta escala, e, por fim, pela tarefa fluência verbal semântica.

Discussão

No presente estudo, visou-se a caracterizar o desempenho inicial no processamento de oito funções cognitivas e seus subcomponentes em idosos com sinais de depressão geriátrica. Houve uma grande frequência de queixas de memória, acompanhadas em menor frequência por déficits objetivos principalmente de atenção e memória de trabalho, com alterações também em outras funções neuropsicológicas. Os déficits cognitivos, muitas vezes, podem estar associados a quadros de transtornos do humor, especialmente de depressão. Tais achados eram esperados na medida em que alterações neuropsicológicas podem ser comórbidas aos sintomas depressivos, potencializadas ou, até mesmo, secundárias a estes últimos. Entre os quadros depressivos em que são relatadas dificuldades cognitivas, vêm destacando-se estudos sobre a depressão geriátrica (ROZENTHAL, LAKS e ENGELHARDT, 2004; THOMAS e O'BRIEN, 2008; XAVIER, 2006). Neste contexto, a realização de um processo de avaliação neuropsicológica mostra-se útil e relevante no exame global do indivíduo idoso, permitindo aos profissionais da equipe obter informações que embasem tanto o diagnóstico etiológico do quadro em questão quanto o planejamento e a execução das medidas terapêuticas adequadas (REYS et al., 2006).

Tanto os quadros depressivos quanto as doenças cerebrais degenerativas podem afetar a cognição, especialmente o processamento mnemônico (MARAZZITI et al., 2010). Muitos estudos com pacientes deprimidos supervalorizam a avaliação da memória, desconsiderando outras habilidades cognitivas como atenção, funções executivas e velocidade de processamento da informação (ÁVILA e BOTTINO, 2006). É possível que a maior investigação da memória tenha relação com as queixas desta função. Entretanto, destaca-se que essas queixas mnemônicas merecem um olhar mais atento, pois podem estar relacionadas com prejuízos em outros aspectos cognitivos.

Mais especificamente, a amostra estudada apresentou déficits mais frequentes no subteste *Dígitos* do WAIS-III, seguido do questionário MAC-Q de memória e dos subtestes *Vocabulário*, *Códigos*, *Cubos* do WAIS-III, e, por fim, da *Fluência Verbal*. No NEUPSILIN, as tarefas em que os participantes apresentaram maior dificuldade foram orientação temporal, percepção de faces, memória de trabalho – ordenamento ascendente de dígitos, habilidades aritméticas, linguagem oral – compreensão, linguagem escrita – ditado.

Ao confrontarem-se os resultados da avaliação cognitiva dos dez adultos idosos com sintomas depressivos avaliados com a queixa de memória, não houve concordância total entre a queixa subjetiva de memória examinada pelo questionário MAC-Q e os déficits de memória avaliados objetivamente pelos subtestes do NEUPSILIN. Observou-se uma discrepância entre uma maior frequência de queixas mnemônicas e uma relativa baixa frequência de déficits objetivos em tarefas de memória episódica, semântica e prospectiva. No entanto, houve uma maior frequência de déficits objetivos de memória de trabalho no subteste Dígitos – WAIS-III e ao redor de 20% no NEUPSILIN, sendo que tais alterações objetivas não puderam ser confrontadas com queixas subjetivas na medida em que o instrumento MAC-Q inclui questões principalmente de memória retrospectiva (BENITES e GOMES, 2007; CROOK, FEHER e LARRABEE, 1992).

A literatura aponta que a maior parte da população idosa não apresenta declínio cognitivo, mas sim uma trajetória evolutiva estável e benigna, salvo nos casos em que ocorre diagnóstico de processos demenciais e naqueles que evoluirão para essas patologias, como a Doença de Alzheimer (CHARCHAT-FICHMAN et al., 2005). A queixa de memória referida por pacientes deprimidos nem sempre corresponde a déficits objetivamente verificados (ÁVILA e BOTTINO, 2006). Ressalta-se, ainda, que a presença de queixas subjetivas de memória em idosos saudáveis pode não estar associada a déficits cognitivos (CAMELLI e BEATO, 2008). Paulo & Yassuda (2010) não encontraram relação entre queixas de memória e sintomas de depressão, como observado no presente estudo, e salientam que pode haver associação positiva entre os déficits cognitivos e sintomas de ansiedade.

A população de idosos com depressão geriátrica pode apresentar desempenho rebaixado em testes de memória, contudo o maior comprometimento é observado em componentes das funções executivas, seguidos por dificuldades atencionais e lentificação na velocidade de processamento (ÁVILA e BOTTINO, 2006; ROZENTHAL, LAKS e ENGELHARDT, 2004; THOMAS e O'BRIEN, 2008). Rozenthal, Laks & Engelhardt (2004) relataram que pacientes deprimidos parecem ter alteração executiva relacionada principalmente à iniciação da tarefa. As funções executivas apresentam-se deficitárias com interferência direta na vida diária dos pacientes e conseqüente piora do seu prognóstico. No presente estudo, na avaliação direta das funções executivas, não foram detectados déficits frequentes,

como ocorreu no estudo de Hamdan & Corrêa (2009). Contudo cabe salientar que foram examinadas somente as habilidades de fluência verbal fonêmica e de resolução de problemas. De forma indireta, pela avaliação da memória de trabalho com o NEUPSILIN e o subteste Dígitos do WAIS-III, foi observada uma frequência considerável de déficits sugestivos de dificuldades maiores de processamento no componente executivo central da memória de trabalho (BADDELEY, EYSENCK e ANDERSON, 2009).

Na avaliação da atenção dos casos estudados observou-se desempenho deficitário, com resultados similares para a memória de trabalho. A memória de trabalho necessita de recursos atencionais para o seu bom desempenho. Da mesma forma, houve déficit na velocidade de processamento na tarefa de contagem inversa. Levando-se em consideração esses resultados, pode-se pensar que as dificuldades de memória dos pacientes possam ser secundárias a problemas de funções executivas ou, no mínimo, potencializadas por estes (componente de velocidade de processamento da informação, por exemplo), assim como por dificuldades atencionais (atenção concentrada e dividida).

Os escores deficitários menos frequentes no tempo na contagem inversa e nos subtestes memória verbal episódica – evocação tardia, memória semântica de longo prazo, memória prospectiva, linguagem oral – repetição, praxia ideomotora e reflexiva, apresentados por 10% dos participantes, vão ao encontro da literatura. Segundo Reppermund et al. (2008), entre os déficits cognitivos observados na depressão geriátrica, há redução das habilidades atencionais, lentificação do pensamento e dificuldades de memória. Porém, a memória é a função cognitiva que apresenta maior declínio em seu desempenho. As funções executivas, atencionais e a velocidade de processamento de informações apresentam maior comprometimento quando comparadas com a função mnemônica (ÁVILA e BOTTINO, 2006; ROZENTHAL, LAKS e ENGELHARDT, 2004).

Na presença de depressão, podem ser encontradas alterações neuropsicológicas (PORTO, HERMOLIN e VENTURA, 2002). Entretanto, a amostra estudada apresentava sintomas depressivos e não o quadro clínico. Ainda, os achados do presente estudo não permitem generalizações para a população em geral, em razão do número reduzido de participantes da amostra, mas permitem reflexões iniciais sobre a ocorrência de sinais sugestivos de depressão em adultas idosas. A inclusão de participantes somente do sexo feminino é um aspecto positivo, por um lado, por homo-

geneizar a amostra quanto à variável sexo. Como observaram Souza et al. (2010), em um grupo de 25 idosas, quando comparado com um grupo de 25 idosos, pode haver diferenças de desempenho nos subtestes que envolveram memória, com performance superior no grupo do sexo feminino.

Por fim, analisando qualitativamente os resultados, os participantes com sintomas moderados de depressão apresentaram desempenho aparentemente similar ao dos participantes com sintomas leves de depressão. Atente-se para esse dado, pois seria esperado que pacientes com sintomas moderados de depressão apresentassem desempenho inferior ao dos com sintomas leves (CAMOZZATO et al., 2007). Considerando a depressão como um contínuo, é possível que a performance cognitiva diminua quando a gravidade da depressão aumenta (PORTO, HERMOLIN e VENTURA, 2002). Entretanto, na presente análise não se realizou a avaliação da influência que a duração da sintomatologia pudesse ter nos resultados e, tampouco, a classificação clínica do grau de depressão.

Considerações finais

No presente estudo, apresenta-se o desempenho neuropsicológico exploratório de mulheres idosas com sintomas de depressão, além da frequência de déficits neuropsicológicos. Observou-se que os participantes apresentaram dificuldades na atenção e na memória de trabalho, sendo menos salientes os problemas de memória em comparação com as queixas mnemônicas mais frequentes.

Para um próximo estudo, salienta-se a necessidade de aumentar a amostra estudada, e de realizar a análise caso a caso, baseando análises de perfil cognitivo em grupos comparativos de casos com participantes que apresentem sintomas leves, moderados e graves de depressão, com a inclusão de avaliação clínica da depressão. Mais pesquisas com perfis cognitivos de pacientes com transtornos de humor são necessárias para que procedimentos acurados e eficazes de avaliação e reabilitação neuropsicológicas possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida desta população. Neste ínterim, sugerem-se investigações de grupos comparativos, de verificação de *clusters* e de estudos de casos múltiplos, além do efeito terapêutico de psicoterapia e de reabilitação neuropsicológica na cognição desses pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2003.
- ALMEIDA, Osvaldo. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, n. 1, p. 12-18, 1999.
- ALMEIDA, Osvaldo; ALMEIDA, Shirley. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS): versão reduzida. *Arquivos Neuropsiquiátricos*, São Paulo, v. 57, n. 2-b, p. 421-426, 1999.
- ÁVILA, Renata; BOTTINO, Cássio. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 316-320, 2006.
- BADDELEY, Alan; EYSENCK, Michael W.; ANDERSON, Michael C. *Memory*. Hove, UK: Psychology Press, 2009.
- BENITES, Daniela; GOMES, William B. Tradução, adaptação e validação preliminar do Prospective and Retrospective Memory Questionnaire – PRMQ. *Psico-USF*, v. 12, n. 1, p. 45-54, jan./jun. 2007.
- BERTOLUCCI, Paulo et al. O Miniexame do Estado Mental em uma população geral – impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.
- BRUCKI, Sonia M. Dozzi; ROCHA, Maria Sheila Guimarães. Category fluency test: effects of age, gender and education on total scores, clustering and switching in Brazilian Portuguese-speaking subjects. *Brazilian journal of medical and biological research*, v. 37, n. 12, Dec. 2004.
- CAMOZZATO, Analuiza et al. Education did not interact with major depression on performance of memory test in acute southern Brazilian in patients. *Dementia & Neuropsychologia*, v. 1, p. 24-31, 2007.
- CARAMELLI, Paulo; BEATO, Rogério Gomes. Subjective memory complaints and cognitive performance in a sample of healthy elderly. *Dementia & Neuropsychologia*, v. 2, n. 1, p. 42-45, 2008.
- CHARCHAT-FICHMAN, Helenice et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. 12, p. 79-82, 2005.
- CHAVES, Márcia; IZQUIERDO, Ivan. Differential diagnosis between dementia and depression: a study of efficiency increment. *Acta Neurological*, v. 85, p. 378-382, 1992.
- Conselho Federal de Psicologia. *Resolução CFP n. 16*, de 20 de dezembro de 2000, Brasília.
- Crook, Thomas; Feher, Edward; Larrabee, Glenn. Assessment of memory complaint in age-associated memory impairment: the MAC-Q. *International Psychogeriatric*, v. 4, n. 2, p. 165-176, 1992.
- DALGALARRONDA, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- FOLSTEIN, Marshal; FOLSTEIN, Susan; MCHUGH, Paul. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

- FONSECA, Rochele; SALLES, Jerusa Fumagalli de; PARENTE, Maria Alice de Mattos Pimenta. Development and content validity of the Brazilian Brief Neuropsychological Assessment Battery Neupsilin. *Psychology & Neuroscience*, v. 1, n. 1, p. 55-62, 2008.
- FONSECA, Rochele; SALLES, Jerusa Fumagalli de; PARENTE, Maria Alice de Mattos Pimenta. *Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve NEUPSILIN*. São Paulo: Vetor, 2009.
- HAMDAN, Amer Cavalheiro; CORRÊA, Priscila Hollveg. Memória episódica e funções executivas em idosos com sintomas depressivos. *PSICO*, v. 40, n. 1, p. 73-80, jan./mar. 2009.
- ISAACS, Bernard; KENNIE, Agnes. The set test as an aid to the detection of dementia in old people. *British Journal of Psychiatry*, v. 123, n. 575, p. 467-470, 1973.
- Kirshner, Howard. *Dementia and aging*. Boston: Butterworth-Heinemann, 2002.
- Linhares, Cristina et al. Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 16, n. 2, p. 319-326, 2003.
- MARAZZITI, Donatella; CONSOLI, Giorgio; PICCHETTI, Michela; CARLINI, Marina; FARAVELLI, Luca. Cognitive impairment in major depression. *European Journal of Pharmacology*, v. 626, n. 1, p. 83-86, 2010.
- MINETT, Thaís et al. Subjective memory complaints in an elderly sample: a cross-sectional study. *International Journal Geriatric Psychiatry*, v. 23, n.1, p. 49-54, 2008.
- NERI, Anita. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1993.
- PAULO, Débora Lee Viana; YASSUDA, Monica Sanches. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 37, n. 1, p. 23-26, 2010.
- PORTO, Patrícia; HERMOLIN, Márcia; VENTURA, Paula. Alterações neuropsicológicas associadas à depressão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, São Paulo, v. 4, n. 1, jun. 2002.
- REYS, Bruno Netto dos et al. Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 52, n. 6, p. 401-404, 2006.
- REPPERMUND, Simone et al. Cognitive impairment in unipolar depression is persistent and non-specific: further evidence for the final common pathway disorder hypothesis. *Psychological Medicine*, published on-line by Cambridge University Press, 30 Jul 2008.
- ROZENTHAL, Márcia; LAKS, Jerson; ENGELHARDT, Elias. Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Revista de Psiquiatria*, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 204-212, mai./ago. 2004.
- SOUZA, Valéria Lopes de; BORGES, Mirian Fernanda; VITÓRIA, Cássia Maria da Silva; CHIAPPETTA, Ana Lúcia de Magalhães Leal. Perfil das habilidades cognitivas no envelhecimento normal. *Rev. CEFAC*, v. 12, n. 2, mar./abr. 2010.
- THOMAS, A. J.; O'BRIEN, J. T. Depression and cognition in older adults. *Current Opinion in Psychiatry*, v. 21, n. 1, p. 8-13. 2008.
- VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.
- XAVIER, Flávio et al. Episódio Depressivo Maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 23, n. 2, p. 62-70, 2001.

- XAVIER, Flávio. O transtorno cognitivo da depressão geriátrica ou a “pseudodemência depressiva” do idoso. In: PARENTE, M.A.M.P. *Cognição e Envelhecimento* (p. 205-224), Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2006.
- WECHSLER, David. *WAIS-III: Escala de Inteligência Wechsler para Adultos*. 1. ed. Adaptação e padronização de uma amostra brasileira por Elizabeth do Nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- WIN, Sithu et al. Depressive symptoms, physical inactivity and risk of cardiovascular mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Heart*, v. 97, n. 6, p. 500-505, 2011.
- WONG, Laura L. Rodríguez; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.
- World Health Organization. *Envelhecimento Ativo, uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- YESAVAGE, Jerome et al. Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, v. 17, p. 37-49, 1983.
- ZIVIN, Kara et al. Depression among older adults in the United States and England. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 18, n. 11, p. 1.036-1.044, 2010.



Efeito do treinamento de força de membros inferiores em mulheres idosas

DANIEL MACHADO YONASHIRO ¹

ALEX EDUARDO DOS REIS FIGUEIRAS ²

SÉRGIO SOUZA PARMEZZANI ³

DINO DE AGUIAR CINTRA FILHO ⁴

ROBSON CHACON CASTOLDI ⁵

RESUMO

Segundo dados do Ministério da Saúde, a população de indivíduos com idade acima de 55 anos no Brasil é de 14 milhões de pessoas, sendo que a projeção para 2025 é de que haverá mais de 32 milhões de brasileiros com 60 anos ou mais. Pesquisas indicam que o treinamento de força pode reduzir o risco de obesidade, osteoporose, diabetes do tipo II, hipertensão arterial sistêmica, entre outras doenças típicas do envelhecimento. Dessa maneira o treinamento de força se torna fundamental para que indivíduos com idade mais avançada possam viver de forma saudável. Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo verificar o efeito do treinamento de força de membros inferiores em um grupo de mulheres idosas. A amostra foi composta por dez indivíduos do sexo feminino, com idades entre 58 e 74 anos, com média de 64 anos ($\pm 5,03$). O programa de treinamento foi realizado durante dez semanas, com frequência de duas vezes por semana, com período de treino de uma hora por dia. Foram realizados os exercícios nos aparelhos de leg press 180°, mesa extensora, mesa flexora, mesa adutora, exercícios para o fortalecimento da panturrilha, dos músculos abdominais e quadris. Ao final do período de treinamento, as mulheres apresentaram consideráveis ganhos de força muscular nos membros inferiores, em relação ao período anterior às atividades (média de 210,2%). Dessa maneira, pode-se concluir que os indivíduos estudados mostraram melhora de suas capacidades físicas, após a realização do treinamento de força.

Palavras-chave: treinamento de força; capacidade funcional; mulher idosa; atividades físicas.

¹ Departamento de Educação Física Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Campus de Presidente Prudente. daniel_yonashiro@hotmail.com

² Departamento de Educação Física Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Campus de Presidente Prudente.

³ Departamento de Educação Física Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Campus de Presidente Prudente.

⁴ Departamento de Educação Física Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Campus de Presidente Prudente.

⁵ Departamento de Fisioterapia. Bolsista CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Campus de Presidente Prudente. castoldi_rc@yahoo.com.br

ABSTRACT

According to the Ministry of Health, Brazil has more than 14 million individuals over the age of 55 and it is expected to have more than 32 million people over 60 years by 2025. Research indicates that strength training can reduce the risks of obesity, osteoporosis, type II diabetes, hypertension, among other age-related diseases. Therefore, strength training becomes an essential strategy to help elderly people to lead healthier lives. In view of this, the present study aimed to examine the effects of lower limb strength training exercises in a group of elderly women. The sample consisted of 10 female individuals aged between 58 and 74 years, with an average age of 64 years ($\pm 5,03$). The training program was conducted over a ten-week period, with one-hour sessions twice a week. The training consisted of exercises involving the use of various machines, including the leg press (180), leg extension, leg curl, table adductor and gastrocnemius machines, as well as exercises aimed at the strengthening of calf, leg, abdominal and hip muscles. At the end of the training period, the women showed considerable gains of muscle strength in their lower limbs when compared to the period preceding the exercises (210% average gain). Thus, we found that the individuals studied showed improvement in their physical capacities after performing the strength training exercises.

Keywords: strength training; functional capacity; elderly women; lower limbs; muscle building exercises.

INTRODUÇÃO

Pode-se notar que atualmente há uma grande preocupação com a saúde por parte da população brasileira. É cada vez mais comum observar as pessoas caminhando nas ruas, exercitando-se em academias e parques públicos. Neste sentido, houve um grande aumento da busca pela atividade física em todas as faixas etárias, principalmente em indivíduos com idade mais avançada.

Segundo dados do IBGE (2000), o número de indivíduos acima de 55 anos no Brasil é de 14 milhões, e a projeção é de que tenhamos 32

milhões de pessoas com 60 anos ou mais em 2025. A expectativa de vida também cresceu, de acordo com dados do IBGE (2003), estabelecida atualmente em 68,4 anos.

Contudo, é importante proporcionar a essa população não só uma longevidade em sua idade cronológica, mas também uma melhor qualidade de vida, com uma satisfatória capacidade funcional e autonomia para suas tarefas do cotidiano. De acordo com estudos na área, a atividade física pode prevenir vários tipos de doenças como osteoporose, artrite, depressão, hipertensão arterial, certos tipos de câncer, diabetes mellitus do tipo II, entre outras, além de aumentar o círculo de amigos dos indivíduos, ampliando seu convívio social.

Segundo Lopes (1987), o problema da velhice não é, efetivamente, parecer mais jovem e viver por maior período de tempo. Pois tais aspectos são exteriores, já que a velhice é mesmo inevitável. Com o processo de envelhecimento, o indivíduo sofre com mudanças na musculatura estriada esquelética, quando as fibras musculares perdem força e tamanho, resultando em vários problemas físicos (FIELDING et al., 2011).

Dados transversais e longitudinais indicam que a força muscular diminui aproximadamente 15% por década durante a sexta e sétima décadas de vida dos indivíduos e, a seguir, aproximadamente 30% (FLECK e KRAEMER, 1999). Por isso é de fundamental importância manter a força física conforme se envelhece, pois esta capacidade é vital para a saúde e para uma vida independente (MATSUDO et al., 2010).

Desenvolver a capacidade física de um indivíduo, principalmente os aspectos de força, pode torná-lo apto a realizar as tarefas do dia a dia, além de auxiliar na prevenção de doenças. Dessa maneira, o objetivo do presente estudo foi analisar o efeito do treinamento de força de membros inferiores em mulheres idosas.

METODOLOGIA

Amostra

A amostra contou com um grupo de dez mulheres entre 58 e 74 anos, com média de 64 anos ($\pm 5,03$), residentes na cidade de Presidente

Prudente-SP, Brasil. Foram incluídos no estudo indivíduos não treinados, que possuíam mais de 55 anos e que não apresentassem alguma deficiência física ou patologia que impedisse a prática do treinamento proposto. Todas as alunas passaram por uma avaliação médica para que fossem liberadas à prática da atividade física.

Diretrizes para o treinamento

Teste de sentar e levantar

O teste motor foi realizado no início e ao final do período de treinamento. O teste de sentar e levantar (SL), cujo protocolo consiste em fazer com que o sujeito repita o movimento de sentar e levantar, sem o auxílio das mãos, o maior número de vezes possível, em um período de 30 segundos, foi executado em uma cadeira com assento a aproximadamente 40 centímetros de altura. Esse teste de sentar e levantar por 30 segundos (MORROW et al., 2003) visa avaliar a força muscular dos membros inferiores, importantes para a independência locomotora.

Treino com pesos

O treinamento foi aplicado com ênfase nos membros inferiores. Usando todo o arco de movimentos, foram trabalhados os principais grupos musculares de membros inferiores. O protocolo adotado utilizou séries múltiplas na realização do exercício físico (três séries de dez repetições), sendo de um a dois exercícios por grupo muscular, com seis exercícios no total. Os exercícios foram realizados duas vezes na semana, durante dez semanas.

Procurou-se utilizar aparelhos com apoio e acomodação, em vez de pesos livres. Dessa maneira, os exercícios utilizados foram preferencialmente com máquinas, ou seja, os praticantes puderam ter apoio e estabilidade corporal. Este procedimento é indicado quando se trabalha com uma população idosa, sendo adotado como cautela e medida de segurança. Tal procedimento foi adotado segundo a proposta de Cossenza & Carvalho (1999).

Cada sessão de treinamento foi estabelecida com duração aproximada de uma hora. Na parte inicial, com duração de 10 minutos, realizava-se uma atividade na qual as alunas andavam realizando movimento para os membros inferiores, superiores e, em seguida, os exercícios de alongamento. A parte principal consistiu na realização dos exercícios com peso, com duração de aproximadamente 40 minutos. Na parte final realizavam-se alongamento e relaxamento, além de atividades recreativas com bastão (quadros 1 e 2).

Houve o incremento da carga de acordo com a evolução e o ganho de força das alunas. Dessa maneira, aumentou-se o peso nos exercícios, fixando o volume (número de séries e repetições) em três séries de dez repetições. Todos os procedimentos seguiram a orientação de Delavier (2000) e da American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance (AAHPERD).

Quadro 1. Identificação dos exercícios realizados na primeira parte do treinamento.

Programa de exercícios durante a 1 ^a -5 ^a semana	
Treino 1 (segunda-feira)	Treino 2 (quinta-feira)
<i>Leg press 180°</i>	<i>Leg press 180°</i>
Abdominal reto	Abdominal reto
Mesa flexora	Mesa extensora
Mesa extensora	Mesa flexora
Abdução de pernas	Adução de pernas
Panturrilha direta	Exercícios com bastão

Quadro 2. Identificação dos exercícios realizados na segunda parte do treinamento.

Programa de exercícios durante a 6 ^a -10 ^a semana	
Treino 3 (segunda-feira)	Treino 4 (quinta-feira)
<i>Leg press 180°</i>	<i>Leg press 180°</i>
Mesa flexora	Mesa extensora
Mesa extensora	Mesa flexora
Abdução de pernas	Abdominal reto
Panturrilha direta com bastão	Adução de pernas
Exercícios com bastão	Elevação de joelhos

Exercícios e grupos musculares atuantes

No leg press 180°, os principais músculos envolvidos são os quadríceps e, fazendo variações, o bíceps femoral, glúteos e adutores do quadril. A mesa flexora e a mesa extensora trabalham respectivamente, os músculos posteriores da coxa e fortalecem os extensores da perna. Já a mesa adutora trabalha a musculatura adutora da coxa (pectíneo, grácil, adutor longo, adutor breve, adutor magno).

O exercício “panturrilha direta com as pernas estendidas” trabalha principalmente o gastrocnêmio. A elevação de joelhos promove o fortalecimento do quadril, atuando mais precisamente no músculo íliopsoas, e também exercícios de abdominais, que trabalham o reto do abdômen. Todos os exercícios propostos foram extraídos da obra de Delavier (2000).

Análise estatística

Foram aplicados os testes de normalidade e comparação entre médias, nos quais foram utilizados os testes de Shapiro-Wilk⁶ e t de Student⁷ respectivamente. Todos os procedimentos adotaram níveis de significância de 5% ($p=0,005$). Os cálculos foram feitos com o software SPSS 17.0 for Windows. A elaboração dos gráficos foi executada com o software Origin 6.0.

RESULTADOS

Após análise dos dados foi possível observar que houve diferença estatisticamente significativa nos períodos pré e pós-treinamento (Tabela 1).

Comparação entre capacidades físicas nos períodos pré e pós-treinamento			
Exercícios	Pré-treinamento	Pós-treinamento	P
Leg press 180°	12,4	35,7	0,001
Mesa extensora	6,3	12,4	0,001
Mesa flexora	3,15	6,04	0,001
Mesa adutora	16,5	37	0,001
Sentar e levantar	14,6	22	0,001

⁶ Teste de Shapiro-Wilk: utilizado para verificar se a amostra apresenta distribuição normal de dados.

⁷ Teste t de Student: utilizado para comparar valores com base na média amostral.

Teste t de Student com significância de $p=0,005$.

O Quadro 1 mostra a evolução da sobrecarga de peso que as mulheres obtiveram em relação à primeira e à última semana de treinamento nos diferentes exercícios. No leg press obteve-se um aumento de 287,9%, na mesa extensora 196,8%, na mesa flexora 191,7%, na mesa adutora 224,2%, no teste de sentar e levantar 150,6%, com uma média total de 210,2%.

Quadro 1. Evolução da sobrecarga nos exercícios de membros inferiores.

Evolução da sobrecarga nos exercícios de membros inferiores	
Exercícios	%
<i>Leg press 180°</i>	287,9%
mesa extensora	196,8%
mesa flexora	191,7%
mesa adutora	224,2%,
sentar e levantar	150,6%

DISCUSSÃO

O principal objetivo deste estudo foi analisar o efeito do treinamento de força de membros inferiores em mulheres idosas. Foi verificado um aumento considerável das capacidades físicas no decorrer das dez semanas de exercícios. Percebe-se que ocorreu um incremento médio de 210% no ganho de força. Um estudo realizado por Aguiar et al. (2009) constatou que o protocolo de treinamento utilizando séries múltiplas, como no presente estudo, é eficiente para ocasionar mudanças significativas em relação à força física.

Apesar de ser utilizado principalmente em atletas, o treinamento de força passa a ser um importante meio na promoção e manutenção das capacidades físicas de indivíduos idosos. Em um estudo realizado por Lamas et al. (2007), foram observados ganhos semelhantes em indivíduos submetidos a um programa de treinamento de força e hipertrofia muscular.

O aumento dos níveis de força está diretamente ligado à melhora das capacidades físicas, sendo que tal fato pode ser crucial no desencadeamento do processo hipertrófico. Indivíduos mais velhos sofrem

alterações fisiológicas importantes, decorrentes do processo natural de envelhecimento, resultando no decréscimo do conteúdo total de massa muscular. Neste sentido, o aumento das capacidades físicas do indivíduo, principalmente em idosos, contribui para um envelhecimento saudável.

Tal fato demonstra que o treinamento com pesos pode ser uma das formas de combater a perda de massa magra em decorrência da idade. A redução da massa muscular associada com a idade é denominada sarcopenia, e acarreta a diminuição da área das fibras musculares, reduzindo assim o volume muscular do indivíduo (FIELDING et al., 2011).

Esse processo é como a soma das alterações biológicas, o qual, depois de alcançar a idade adulta e ultrapassar a idade de seu desempenho máximo, leva o indivíduo a uma redução gradual de suas capacidades físicas (PAULA et al., 2010; MARIN et al., 2010; WEINECK, 1999).

Tais mudanças podem acarretar em uma perda funcional, sendo interessante ressaltar que essas mudanças são mais pronunciadas nas mulheres, em razão de suas variações hormonais após a menopausa (PITANGA, 2011). Com a diminuição dos níveis séricos de progesterona, ocorrem diversas alterações no organismo humano, e uma delas é o aumento expressivo da quantidade de gordura corporal (SILVA, 2006).

Outro fator importante da prática de treinamento resistido é o fortalecimento da musculatura a fim de prevenir quedas, tendo em vista que estas são as maiores causas das lesões sofridas por idosos, conforme apontado pelo Relatório Global da Organização Mundial de Saúde Sobre Prevenção de Quedas na Velhice. Tal documento aponta ainda que as quedas são uma das maiores causas de mortalidade, perda de independência funcional e mortalidade em idosos acima de 65 anos.

Além disso, aproximadamente 30% dos idosos com mais de 60 anos independentes e autônomos já sofreram uma queda uma vez por ano, sendo que nos idosos com mais de 75 anos esta porcentagem sobe para 35%, e para aqueles com mais de 80 anos este índice sobe para 50%. Dois terços dos idosos que caem sofrerão uma nova queda nos próximos seis meses, dessa forma a própria queda é fator de risco para novas quedas (PINHO et al., 2005; BENDER, 2009).

Além da mortalidade as quedas podem levar a deterioração funcional, hospitalização, institucionalização e consumo de serviços sociais e de saúde, de acordo com Bender (2009). Dessa maneira, têm-se também as implicações indiretas de uma queda devidas a dores, incapacidades,

medo de cair, atitudes protetoras da família e de cuidadores ou até mesmo por aconselhamento médico.

Neste sentido, regiões como as do quadril e dos demais membros inferiores são comumente afetadas. Dessa maneira, é possível diminuir a perda muscular por meio da realização regular de um programa de treinamento de força (WESTCOTT e BAECHLE, 2001).

O treinamento de força diminui os efeitos negativos do envelhecimento sobre os aspectos neuromusculares, proporcionando melhor saúde e independência aos mais idosos (MORAIS JÚNIOR e SIQUEIRA, 2008). A quantidade de massa muscular perdida com o envelhecimento também depende da atividade física, e a taxa de perda é menor naquelas pessoas que mantêm um regime regular de exercícios. Assim a atividade física, em especial o treinamento com pesos, pode minimizar ou mesmo reverter a síndrome da fragilidade física, que prevalece entre indivíduos mais velhos (SILVA, 2006).

Além disso, o treinamento com pesos pode ser utilizado como um meio auxiliar no tratamento de doenças e na manutenção da saúde do indivíduo, independentemente do gênero. Segundo Carvalho et al. (2004), não foram observadas diferenças entre ambos os sexos na resposta ao treinamento com pesos. Assim, sugerem que o treino progressivo de força com intensidade moderada a elevada pode ser efetuado com considerável tolerância por idosos saudáveis.

Outro aspecto importante é o efeito do treinamento com pesos no ganho de massa mineral óssea. A osteoporose é uma doença crônica da microarquitetura esquelética que provoca fragilidade óssea com riscos de fratura (BORBA-PINHEIRO et al., 2010). O exercício físico estimula a restauração óssea por meio do impacto ou estresse causado no esqueleto. Dessa forma, a atividade física, como caminhada ou exercícios com pesos, passa a ser uma boa alternativa no combate a esta enfermidade.

No combate ao excesso de peso, o exercício com pesos causa um aumento do consumo energético, que resulta na diminuição do percentual de gordura corpórea. Segundo Pinto et al. (2011), a magnitude e a duração do consumo de oxigênio pós-esforço (EPOC) estão relacionadas ao grau de distúrbio à homeostase provocado pelo exercício. Intensidades de, no mínimo, 70% de uma contração voluntária máxima (1RM) mostram ser o maior determinante da magnitude do EPOC.

O treinamento físico também promove a melhoria da qualidade de vida. Fatores como saúde, capacidade funcional e estilo de vida independente levam o indivíduo a ter melhor vivência e contato social. Atividades físicas são realizadas geralmente com a companhia de diversos participantes, com isso acabam aumentando o círculo de amizades, tendo maior oportunidade de compartilhar experiências de seu cotidiano (LAWTON, 1991).

Estudos demonstram que a qualidade de vida é definida como o nível de satisfação, a qual depende da inter-relação de múltiplos fatores, visto que há fortes influências dos hábitos de vida de cada pessoa, da atividade física, da dieta, do comportamento preventivo, da percepção de bem-estar, das condições físicas e ambientais, da condição socioeconômica, da percepção subjetiva de saúde, do relacionamento familiar, das amizades, dos aspectos espirituais e religiosos (NAHAS, 2001; NERI, 1993). Neste sentido, a participação em programas de atividades físicas pode influenciar na socialização, permitindo o convívio com outros adeptos, e assim melhorar a qualidade de vida do indivíduo.

No entanto, ao submeter um indivíduo idoso a um programa de treinamento físico, alguns cuidados devem ser tomados. É comum a perda de equilíbrio durante o envelhecimento. Além disso, o período de recuperação e o balanço entre o volume e a intensidade de trabalho devem ser respeitados, a fim de que esta população não tenha perda de suas capacidades por excesso de treinamento.

Em um estudo realizado por Jambassi Filho et al. (2010), foi observado que o emprego de diferentes intervalos de recuperação acarreta em uma importante influência sobre o volume total de uma sessão de treinamento com pesos e no número de repetições e séries de exercícios empregadas posteriormente. Dessa maneira, o tempo de descanso e o estímulo tornam-se fundamentais para o aumento das capacidades físicas de cada indivíduo.

Os exercícios aeróbios, com menor carga e maior duração, também contribuem para melhora da condição física do indivíduo. Porém, seus efeitos estão relacionados a adaptação cardiovascular periférica, diminuição da pressão arterial sistêmica, melhora do perfil lipídico (MASTUDDO, 2010; KHAWALI et al., 2003). Sendo assim, apesar de importantes, não são indicados para o ganho de força quando equiparados com o treinamento com pesos.

Dessa maneira, o presente estudo contribui para a literatura ao verificar o aumento das capacidades físicas, em mulheres idosas, ao longo de dez semanas de treinamento de força de membros inferiores. Porém, o estudo limitou-se a verificar o efeito do treinamento com pesos em membros inferiores de mulheres idosas. Programas de treinamento físico, utilizando protocolos de exercícios de membros superiores, com diferentes grupos etários e gêneros, podem vir a contribuir com os achados da presente pesquisa.

CONCLUSÃO

Após a realização deste estudo foi possível concluir que o treinamento com pesos é capaz de aumentar significativamente os níveis de força de membros inferiores em mulheres idosas. Dessa maneira, entendemos que tal treinamento pode ser utilizado como meio eficiente na promoção de saúde em grupos com idade avançada, principalmente em mulheres, uma vez que as alterações provocadas pela menopausa as tornam mais suscetíveis à ocorrência de doenças crônico-degenerativas, como a osteoporose.

Assim, a musculação deve ser incentivada como forma de atividade física, no combate ao sedentarismo, e os exercícios com pesos podem ser utilizados no combate ao excesso de peso e a outras tantas doenças próprias do envelhecimento, tanto em homens como em mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, R.; LEMOS, A.; VALE, R. G. S.; NOVAES, J. S.; SIMÃO, R. Efeito do treinamento de séries simples e múltiplas em indivíduos treinados. *Acta Scientiarum*, Maringá, v. 31, n. 2, p. 101-106, 2009.
- BENDER, V. K. *Avaliação do risco de quedas no ambiente domiciliar da pessoa idosa*. 2009. 19 f. Artigo (pós-graduação) – Curso de Saúde da Família, Departamento de Saúde, Centro de Educação Superior de Rondonópolis – Cesur, Rondonópolis.
- BORBA-PINHEIRO, C. J.; ALENCAR CARVALHO, M. C. G.; LIMA DA SILVA, N. S.; BEZERRA, J. C. P.; DRIGO, A. J.; DANTAS, E. H. M. Efeitos do treinamento resistido sobre variáveis relacionadas com a baixa densidade óssea de mulheres menopausadas tratadas com alendronato. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 16, n. 2, p. 121-125, 2010.

- CARVALHO, J.; OLIVEIRA, J.; MAGALHÃES, J.; ASCENSÃO, A.; MOTA, J.; SOARES, J. M. C. Força muscular em idosos I ^ Será o treino generalizado suficientemente intenso para promover o aumento da força muscular em idosos de ambos os sexos? *Revista Portuguesa de Ciência do Desporto*. v. 4, p. 51-57, 2004.
- COSSENZA, Carlos Eduardo; CARVALHO, Nelson. *Personal training para grupos especiais*. 2. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 1999.
- DELAVIER, F. *Guia dos movimentos de musculação – Abordagem anatômica*. São Paulo: Manole, 2000.
- FIELDING, A. R.; VELLAS, F. B.; EVANS, W. J.; BHASIN, S.; MORLEY, J. E.; NEWMAN, A. B. Sarcopenia: an undiagnosed condition in older adults. Current consensus definition: prevalence, etiology, and consequences. International Working Group on Sarcopenia. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 12, p. 249-256, 2011.
- FLECK, S. J.; KRAEMER, W. J. *Fundamentos do treinamento de força muscular*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- IBGE. *Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
- _____. *Expectativa de vida*. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.
- JAMBASSI FILHO, J. C.; GURJÃO, A. L. D.; GONÇALVES, R.; BARBOZA, B. H. V. GOBBI, S. O efeito de diferentes intervalos de recuperação entre as séries de treinamento com pesos, na força muscular em mulheres idosas treinadas. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 16, n. 2, p. 112-115, 2010.
- KHAWALI, C.; ANDRIOLO, A.; FERREIRA, S. R. G. Benefícios da atividade física no perfil lipídico de pacientes com diabetes tipo 1. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo*, v. 47, n. 1, p. 49-54, 2003.
- LAMAS, L.; UGRINOWITSCH, C.; CAMPOS, G. E. R.; AOKI, M. S.; FONSECA, R.; REGAZZINI, M.; MORISCOT, A. S.; TRICOLI, V. Treinamento de força máxima x treinamento de potência: alterações no desempenho e adaptações morfológicas. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, v. 21, n. 4, p. 331-340, 2007.
- LAWTON, P. M. A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In: BIRREN, J. E. et al. (Org.). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press, 1991.
- LOPES, M. *Exercícios físicos para a terceira idade*. 1. ed. São Paulo: Manole, 1987.
- MARIN, R. V.; PEDROSA, M. A. C.; L. MOREIRA-PFRIMER, D. F.; MATSUDO, S. M. M.; LAZARETTI-CASTRO, M. Association between lean mass and handgrip strength with bone mineral density in physically active postmenopausal women. *Journal of Clinical Densitometry*, v. 13, n. 1, p. 96-101, 2010.
- MATSUDO, VICTOR K. R.1; MATSUDO, SANDRA M.1; ARAÚJO, TIMÓTEO L.1; ANDRADE, DOUGLAS R.1; OLIVEIRA, LUIS C.1; HALLAL, PEDRO C. Time trends in physical activity in the State of São Paulo, Brazil: 2002-2008. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, v. 42, n. 12, p. 2.231-2.236, 2010.
- MORAIS JÚNIOR, A. R.; SIQUEIRA, P. C. Exercícios resistidos para idosos. *Revista Digital*, Buenos Aires, v. 13, n. 124, 2008.
- MORROW, J. R. et al. *Medida e avaliação do desempenho humano*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

- NAHAS, M. V. *A atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 2. ed. Londrina: Midiograf, 2001.
- NERI, A. L. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP: Papyrus, 1993.
- PAULA, H. A. A.; RIBEIRO, R. C. L.; ROSADO, L. E. F. N. P. L.; PEREIRA, R. S. F.; FRANCESCHINI, S. C. C. O. Comparação de diferentes critérios de definição para diagnóstico de síndrome metabólica em idosos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 95, n. 3, p. 346-353, 2010.
- PINHO, L.; DIAS, R. C.; FREIRE, M. T. F.; TAVARES, C. F.; DIAS, J. M. D. Avaliação isocinética da função muscular do quadril e tornozelo em idosos que sofreram quedas. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 93-99, 2005.
- PINTO, R. S.; LUPI, R.; BRENTANO, M. A. Respostas metabólicas ao treinamento de força: uma ênfase no dispêndio energético. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, v. 13, n. 2, p. 150-157, 2011.
- PITANGA, F. Anthropometry for the assessment of abdominal obesity and coronary risk. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, v. 13, n. 3, p. 238-241, 2011.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. *Relatório Global da OMS Sobre Prevenção de Quedas na Velhice*. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf>. Acesso em: 20 mai 2011.
- SILVA, V. G. *Exercícios de força e pessoas idosas*. Disponível em: <<http://www.saudeemmovimento.com.br>>. Acesso em: 2006.
- WEINECK, J. *Treinamento ideal*. 9. ed. São Paulo: Manole, 1999. WESTCOTT, WAYNE; BAECHLE, TOMAS. *Treinamento de força para a terceira idade*. 1. ed. brasileira. São Paulo: Manole, 2001.



Entrevista: Oscar Del Pozzo

Oscar Del Pozzo é médico aposentado e um devotado defensor da causa do idoso brasileiro. Nos anos recentes ficou bastante enfermo. Mas, “deu a volta por cima”. Voltou, com todo o entusiasmo que lhe é característico, a estudar, planejar e organizar ações em prol dos idosos pobres, doentes, incapacitados. Oscar tem a grandeza daqueles que reconhecem que a vida foi com ele generosa e que, por isso, deve se dedicar aos necessitados. E faz o que faz não por obrigação, mas porque considera que é seu jeito de ser feliz. Sua história de voluntário começa com seu contato com o SESC, quando foi convidado a escrever suas reflexões sobre velhice nesta revista. Dentre suas inúmeras realizações destacam-se o site do Movimento Idosos Solidários e o vídeo “Cuidando do Idoso em Casa” (agora já disponível nesse mesmo site). Oscar, aos 83 anos, está de volta, cheio de energia e de ideias como se verá na entrevista que nos concedeu.

REVISTA Oscar, para iniciarmos essa conversa, fale-nos de sua história pessoal e profissional.

OSCAR Nasci em São Paulo, em 1928. No começo da minha infância, vivi numa vila chamada Vila Santa Lúcia, no começo da rua Santo Amaro, São Paulo, onde está hoje a Câmara Municipal, onde, aliás, muito depois, fui trabalhar por 41 anos. Em seguida, mudamos para uma rua mais sossegada no bairro da Bela Vista. Fui aluno semi-interno no colégio Arquidiocesano. Em 1939, meu pai estava muito ruim de saúde, pressentindo o fim comprou uma pensão em Santos, para



“QUANDO EU ENTREI NA CÂMARA, EU PERCEBI QUE LÁ ERA UM AMBIENTE ONDE EU PODERIA ESTUDAR, PORQUE SABE COMO É REPARTIÇÃO PÚBLICA.”

minha mãe administrar. Mas ele só pagou a entrada e faleceu. Minha mãe ficou com quatro filhos, a pensão para tocar e com todo aquele trabalho. Mesmo assim, ela conseguiu me manter no colégio interno, o que prova, para mim, o espírito forte que ela tinha. Eu me formei no ginásio em São Paulo e fui para Santos, para junto de minha mãe. Lá, eu trabalhei, mas perdi o emprego. Então, voltei a São Paulo. Morei em uma pensão com oito pessoas no quarto e o chuveiro era frio. Quase vinte pessoas usavam o mesmo banheiro. No inverno não tinha aquecimento, não tinha cobertor, usava jornal para me aquecer. E nessa pensão, no domingo também não havia jantar e a gente comia o mais tarde possível para não sentir fome. Às vezes, eu e meu irmão íamos à casa de algum parente para tirar a barriga da fome. E nunca me esqueço de um primo, filho de tia Olga, que morava em Santana, uma vez perguntou: “pai, porque você escondeu o bolo no armário?” Ficou um clima meio chato.

REVISTA Como se desenvolveu sua carreira na Câmara Municipal de São Paulo?

OSCAR Em 1948, eu prestei um concurso público e comecei a trabalhar na Câmara Municipal. Há, inclusive, uma foto histórica, que vou apresentar no próximo sábado lá na Câmara, onde darei uma palestra, que mostra o pessoal da datilografia e o Jânio Quadros ao fundo tomando conta da turma. Quando eu entrei na Câmara, eu percebi que lá era um ambiente onde eu poderia estudar, porque sabe como é repartição pública. Terminei o ginásio no Colégio Roosevelt, e, quando terminei, prestei vestibular, mas só para saber como era. No segundo vestibular, estudei e entrei na Escola Paulista de Medicina. Só que a Escola Paulista de Medicina era paga, era particular. Veja meu atrevimento. Pensei, e agora? Mas, Deus sempre me protegeu e naquele ano consegui uma bolsa de estudos na própria prefeitura. No segundo ano a faculdade foi federalizada. Correu tudo bem e me formei. Antes de me formar contrai matrimônio com essa minha companheira (aponta para sua esposa, Dona Ivette), há 57 anos, e ela me ajudou a tocar o barco, mesmo porque, você sabe, mulher de médico é muito sacrificada. Quando eu me formei tinha seis empregos, trabalhava dia e noite para sustentar a família com seis filhos. Para cada filho era um emprego.

E ela tocava o bonde. E fomos indo. Na Câmara fiquei 41 anos, entrei como datilógrafo e me aposentei como Diretor de Departamento, o mais alto cargo que existe no funcionalismo municipal e eu cheguei lá por muita persistência, cheguei lá aonde eu queria chegar.

REVISTA Como você viveu o processo de aposentadoria?

OSCAR Bem, em repartição pública você não pode se aposentar e continuar no cargo. Por quê? Porque você vai prejudicar aqueles que tentam subir e você fica ocupando lugar sem motivo nenhum. Você pode se aposentar com direitos integrais e eu me aposentei com 61 anos. Vim para casa com aqueles planos todos, “ô beleza, estou aposentado, vou fazer o que quiser, vou viajar”, e toda aquela papagaiada. Mas, depois de um mês entrei numa depressão desgraçada. Levei uns três anos nessa brincadeira, não queria nada, desanimado, não queria nada na minha vida, ficou uma coisa chata. O que eu fiz? Tudo que acontece em nossa vida, isso é uma opinião minha, tudo que acontece não é azar e nem sorte, é uma coisa que tem um significado, mesmo que você não perceba na hora. Quando eu fui um dia lá no SESC, aconteceu uma mudança. Fui lá para pegar uma coisa e saí com outra. Então, tudo tem um fundamento, tudo que a gente faz.

REVISTA Como foi o seu encontro no SESC?

OSCAR Fui à biblioteca do SESC Paulista buscar um livro que eu queria, porque estava começando a ler sobre a questão do idoso e, de repente, eu cruzei com o José Carlos Ferrigno da Gerência de Estudos e Programas da Terceira Idade. Ele perguntou o que eu fazia, eu falei que trabalhava com grupos de idosos, ele, então, convidou-me a escrever um artigo para a Revista A Terceira Idade. Fiz e o artigo foi publicado. A partir daí, o SESC e eu vivemos uma simbiose, fui várias vezes convidado a participar de seminários e palestras.

REVISTA Como teve início seu trabalho em favor dos idosos?

OSCAR Veja como são as coincidências: minha filha, que trabalha no Posto Municipal da Previdência Social, tinha feito um curso para cultivo de orquídeas e as pessoas que fazem esses cursos são idosas, muitos são aposentados, são japoneses, orientais de modo geral. Eles adoram essas coisas. Perguntaram a ela: “você poderia arrumar um

médico para vir fazer uma palestra e falar sobre saúde para nós?” Ela veio aqui em casa e me falou, “você não quer ir lá?” Bom, para falar um pouco sobre saúde eu sei, se bem que médico, atualmente, sabe muito mais sobre medicina curativa do que de preventiva, isso é uma vergonha, mas é o que existe. Até queria escrever um livro para falar sobre isso, denunciar isso. Então, fui lá falar alguma coisa sobre saúde, sobre alimentação, sedentarismo, dei assim uma linha geral, e eles falaram: “olha, doutor, o senhor falou tanta coisa, mas a gente gostaria que fosse feito cada assunto de uma vez para a gente poder perguntar, entender melhor”. Montei um ciclo de palestras e comecei a falar diversos assuntos e surgiu alguém de um bairro aqui próximo e pediu para eu ir lá falar e eu fui. Daí começou a chover pedido e cheguei a assessorar 22 grupos. Esse ciclo foi a primeira coisa que eu fiz: “Envelhecer com saúde, viva mais e melhor”. Isso foi em 92, 93, por aí. E fui indo. Sabe o que eu fazia? Eu não dava palestras, eu provocava debates, porque você tem que interagir com o público para eles tirarem as dúvidas deles. A coisa foi evoluindo e aí, comecei a ouvir alguns relatos sobre a turma de idosos da Zona Leste e todo mundo falava que eles eram lutadores, que eles se uniam, que conseguiam tudo que queriam e que nós, das outras regiões, éramos idosos mortos, não conseguíamos nada. Eu pensei, se é assim, vou conhecer esses caras.

REVISTA Aí, então, se deu o seu contato com o Padre Ticão?

OSCAR Realmente; entrei em contato com o Padre Ticão. Esse cara é uma bandeira. Outro dia desse me mandou um impresso contando as atividades dele, você não acredita, montou uma escola de cidadania na Zona Leste. O cara é fora de série. Ele está no movimento de saúde da zona leste, movimento de moradia da zona leste, movimento para o fim das enchentes, movimento para a saúde dos deficientes, movimento de cultura para a zona leste, idosos da zona leste, o cara é uma coisa viu. Conversamos muito, falei para ele para a gente fazer um movimento para unir os idosos, a união que faz a força. Pensei: já que não sabemos nada e eles é que sabem o mapa da mina, vamos ver o que dá, e realmente, ele achou a ideia boa e formamos o Movimento Idosos Solidários. Esse movimento, além de unir os idosos, tem como objetivo lutar pelos direitos dos idosos, porque, infelizmente, tem tantas leis protegendo, tem o Estatuto do Idoso e, no entanto, fica tudo no papel. A maioria da sociedade finge que conhece, ignora, finge que sabe e vamos levando.

REVISTA Como o Movimento Idosos Solidários foi construído?

OSCAR Fizemos um programa e a estratégia do Padre Ticão foi muito interessante. Primeiro, nós conseguimos, em cada região da cidade, um coordenador, que já conhecia a região e todos os grupos. Esse coordenador ia aos grupos e perguntava quais os problemas dos grupos, se era saúde, se era transporte, se era alguma outra coisa qualquer. Eles traziam essas reivindicações, a gente ouvia tudo aquilo, depois via quais as principais questões, reunia para discutir, elaborava uma pauta e depois partia para a ação. A ação era muito importante.

REVISTA Como eram essas ações?

OSCAR Por exemplo, a maioria das queixas, acho que ainda continua assim, a maioria das queixas era sobre saúde: idoso mal atendido, exames marcados com muita dificuldade, espera de seis meses na fila, tudo muito desagradável. Uma vez, no tempo da Marta Suplicy como prefeita, fomos ao Secretário de Saúde falar com ele dessas dificuldades, por exemplo: exame tem cota, se esgotou a cota... Falei para ele, "escuta uma coisa, se uma mulher tem um Papanicolau grau quatro e tem que fazer uma cirurgia urgente, o que vamos fazer? Não faz? E se sua mãe, sua irmã estivessem nessa situação?" A gente fica indignado com isso. Eu nunca precisei do SUS, graças a Deus. Na Secretaria da Saúde, a gente tinha um bom diálogo com o pessoal da área técnica do atendimento ao idoso. A gente nunca procurou o secretário que era o Pedro Pasquale. Recebiam a gente bem e o que a gente fazia? Antes de ir lá, a gente preparava um abaixo-assinado, com todas reivindicações dos idosos, em duas vias, ia lá, mostrava, eles assinavam o protocolo dizendo que receberam e já marcava a data do retorno, para não ficar no blá blá blá! A gente conseguiu muitas coisas, melhoria nas UBS, uma situação melhor. Na Educação, também, nós pedimos ao secretário da Educação, que eu não lembro quem era, a inclusão nas escolas de uma matéria que falasse sobre o respeito aos idosos, não sei se isso hoje está sendo feito, mas a gente pleiteou, a tentativa foi válida.

REVISTA E a luta continua?

OSCAR Sim! Vamos fazer o planejamento para o ano que vem, tudo que a gente não conseguiu, vamos colocar no papel e pleitear de novo.

Uma das coisas que vamos pleitear é o Instituto do Idoso. Por incrível que pareça, tem uma cidade no norte do Paraná, chamada Cornélio Procópio, que tem um hospital de idoso. É particular, mas atende pelo SUS. Em Londrina, em Curitiba está sendo inaugurado também hospitais para idosos. Então por que não um Instituto para o idoso? Não tem Instituto da mulher, Instituto da criança, Instituto do câncer? Então por que não um Instituto do idoso? São lugares, onde, além da assistência que se dá, são também lugares de pesquisa e treinamento de mão de obra. E hoje, o grande problema ao atendimento ao idoso é que a mão de obra ainda não está especializada. Por exemplo, o idoso que fica acamado, ele não tem o tratamento que deveria ter, tem o problema de decúbito para evitar escaras, mas, ninguém sabe isso daí. E também profissionais da saúde: nós sabemos que geriatras são poucos. Não tem importância, dá para pegar esses caras que fazem clínica médica e capacitá-los. Pronto, resolvemos o problema.

REVISTA E o Movimento dos Idosos Solidários, como ele está hoje?

OSCAR A gente conta sempre com os coordenadores de zona, e os coordenadores de zona contam com os coordenadores dos grupos da região dele. Eles fazem reunião, vão para o fórum, conversam e tudo isso é filtrado e vem para nós. É sobre esse material que a gente organiza nosso programa. Sabe, a gente teve muita decepção, mas recebeu colaborações também. Além do SESC, o Mario Covas foi um governador que deu muita atenção aos idosos. O primeiro CRI (Centro de Referência do Idoso) que teve em São Paulo, em São Miguel, ele já tinha programado, depois fez outro na zona norte. No CRI é tudo programado, o idoso chega, faz exames, tem assistência, tem até um “Poupatempo” lá dentro, é muito bom. E o Serra, sabe como era conhecido o Serra na prefeitura? O Deus. Olha uma amostra: um dia nós fomos convocados para falar com ele. Fomos eu, o presidente do Conselho Municipal do Idoso, mais umas duas ou três pessoas. Ficamos lá esperando, e ele super atrasado, mas tudo bem. Daí chegou o chefe de gabinete e falou, “vai entrar só uma pessoa”. Nós ficamos esperando, quando ele saiu, perguntamos, como foi? Ele falou, “não foi, porque só ele que falou”. E ele, quando era ministro da saúde, agora me lembrei de mais uma história, ele instituiu pela primeira vez a profissão de cuidador de idosos. Foi ele quem estabeleceu essa primeira portaria. Quando ele chegou à Prefeitura de São Paulo, eu

pensei que ele fosse massificar os cursos de cuidadores de idosos, o que é outra coisa que precisa ser feita, mas nada disso aconteceu. Bom, depois do Mario Covas, o que é que teve? Fundamos o movimento, e a gente teve muita decepção do outro lado. Cadê o “Disk Idoso”? Porque eles fazem o seguinte, tanto autoridades federais, estaduais como municipais quando lançam qualquer programa é aquela festa, tem de tudo do bom e do melhor, sai em todas as televisões e todo mundo fica animado, depois abre a gaveta, joga lá o projeto num canto.

REVISTA E os projetos não saem do papel...

OSCAR Não sei se você sabe, o Ministério da Saúde lançou um programa há seis anos atrás, chamado “Internação Domiciliar”. Qual o objetivo da internação domiciliar? Primeiro, evitar que o idoso fragilizado ocupe um leito que é mais necessário para uma pessoa que tem uma doença mais grave, segundo, estando em casa, a família fica mais despreocupada e é bom para o próprio idoso... E em casa não pega infecção hospitalar. Além disso, é uma economia danada para o estado. Nos Estados Unidos, que foi o primeiro país a instalar o “home care”, eles fizeram uma estatística: com o “home care”, a internação de idosos nos hospitais caiu mais de 50%. Aqui, ficam falando em aumentar a verba da saúde, o que precisa é gerir direito os recursos que têm, mas ninguém quer saber de nada. Tem a ideia do cartão magnético. Por que é importante o cartão magnético? Porque o idoso, tem uma história para contar de doenças que já teve, que remédios está tomando. O idoso precisa de um atendimento especial. Só que o médico do posto não tem tempo para fazer isso. Vai perder 15 minutos para ficar com o idoso? Não, ele tem que atender rápido, porque ele tem quatro horas, mas ele liquida tudo em duas horas e vai embora. Aliás, o posto de saúde devia ter o nome de todos os médicos e o horário deles. Isso é uma vergonha também. No posto de saúde também deveria ter o ombudsman para ficar observando. Quando você vai numa firma particular é diferente. Uma vez estava escrito assim: “Senhor cliente, o senhor é personagem principal da nossa vida. Sem você não existiríamos, portanto, trataremos você com todo carinho”. Agora, funcionário público... aí que está o problema. Veja, o cartão magnético é assim, você vai em



“NOS ESTADOS UNIDOS, QUE FOI O PRIMEIRO PAÍS A INSTALAR O “HOME CARE”, ELAS FIZERAM UMA ESTATÍSTICA: COM O “HOME CARE”, A INTERNAÇÃO DE IDOSOS NOS HOSPITAIS CAIU MAIS DE 50%. AQUI, FICAM FALANDO EM AUMENTAR A VERBA DA SAÚDE, O QUE PRECISA É GERIR DIREITO OS RECURSOS QUE TÊM, MAS NINGUÉM QUER SABER DE NADA.”

qualquer médico, bota o cartão magnético lá, o médico está vendo toda sua ficha, os remédios que você está tomando, os diagnósticos, eu também já passei por isso. Tive uma labirintite muito forte, tomei um remédio, tive também um problema do coração, tomei remédio vasodilatador, para pressão, tomo remédio para colesterol, só para depressão tomo três, então, eu tomo oito remédios por dia. Eu estava lendo outro dia, que esses remédios interagem. Um remédio, às vezes, prejudica mais do que os outros, atrapalha, potencializa o outro, então, o cartão magnético resolve tudo isso aí. O médico vê o perfil do idoso, sabe se ele é hipertenso, diabético, e também tem uma coisa, o cara vai ao médico, e ele diz: “o senhor está com diabete”. Tudo bem, o senhor está com diabete, está com açúcar no sangue, não pode comer mais nada que tem açúcar e até logo. E daí? O idoso que tem uma doença crônica, ele não passa de seis meses tomando um remédio. Ele começa a tomar, depois diz, ah, não tenho nada, aquele médico é um louco, e por quê? Porque ele não tem nenhuma informação sobre diabete, quais as consequências, e quais as medidas que ele deve tomar. Além da alimentação, ele tem que fazer exercício, ele pode ter que amputar um membro pode perder o rim, então, o cara sabendo tudo isso...espera aí. Tem um posto aqui perto, o que eu fazia? Levava todas esses folhetos (mostra-nos o material) para lá, para os médicos distribuírem para os pacientes. É uma coisa que devia ser obrigatório.

REVISTA E distribuía os folhetos que você enviava?

OSCAR Sim, eu conhecia a enfermeira. E lá tem outro problema, no SUS, porque você sabe que a gente fica idosa e com muito senso crítico. Como é que um idoso pode ficar na mesma sala de espera em que tem um cara tossindo, um outro com hepatite, e o idoso lá. Ele vai procurar uma coisa e sai com outra. Devia ter uma sala especial para idoso e outra para criança. Além das idas à secretaria a gente fazia, uma vez por ano, caravana ao Governo do Estado, lá no Memorial da América Latina onde a gente reunia milhares de idosos de toda São Paulo. A gente ia ao prédio da prefeitura, lá do Viaduto do Chá, fazer reunião com o prefeito. Uma vez aconteceu coisa pior. Era uma manhã muito fria. Os idosos lá fora, nós entramos num pátio, e aquele prédio é muito bonito, foi feito pelo Matarazzo quando nadava em dinheiro, então, é mármore italiano para todo lado, coisa impressionante, um

pátio enorme. A gente esperando até que o guarda municipal chegou e falou: “sinto muito, mas ele está muito ocupado”. Então, em matéria de prefeitura nós estamos muito mal servidos. Em Curitiba, nós fizemos a primeira caminhada, que nesse ano continua, recebi agora nesses dias, notícia sobre a terceira marcha dos idosos. Nós temos uma relação muito boa com eles, e agora eles vão mostrar o plano de saúde para idosos. O Estado do Paraná é o que tem melhor assistência ao idoso. Ele tem hospital do idoso, tem assistência domiciliar, uma porção de coisas. Agora, eles vão me mandar um relatório sobre o trabalho com idosos no Paraná.

REVISTA Oscar conte-nos sobre como surgiu o vídeo “Cuidando do Idoso em Casa”.

OSCAR O idealizador do vídeo foi o Tião. O Tião era um negão muito dedicado lá da Vila Remo, periferia de Santo Amaro. Eu ia lá às vezes. Fui lá no dia das avós e o Tião me falou: “Dr. Oscar, o senhor não quer nos fazer um favor? Nós somos da pastoral dos idosos, e nós visitamos os doentes, mas nós não sabemos nada sobre como cuidar deles, o senhor não podia vir aqui dar uma palestra?” Eu falei: “Olha Tião, infelizmente, eu sou médico, não entendo nada disso, isso é coisa de enfermeiro e de auxiliar de enfermagem. O médico examina o doente, dá o remédio e vai embora. Quem cuida do doente é o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem, mas esse é outro desafio e vou ver o que posso fazer”. Procurei o pessoal do Hospital das Clínicas, dos hospitais particulares e nada. Daí liguei para o Hospital Universitário e o cara com quem eu falei quis conversar pessoalmente. Eu fui. Ele me mostrou um folheto que eles tinham, era um folheto de orientação, era muito bem feito. Mas, disse a ele se não seria melhor fazer um vídeo para mostrar isso tudo, porque o pessoal da periferia vai ler isso e não vai entender e se tiver um vídeo fica muito mais fácil. Ele me disse; “Olha, você deu uma boa ideia, só que não tenho recursos”. Então, perguntei e se eu arrumar um patrocinador?”. “Bom, ele respondeu, se você arrumar um patrocinador, nós fazemos tudo, o roteiro, as filmagens, tudo”. Daí consegui o patrocínio de um laboratório e partimos para a filmagem. Demorou um ano para fazer. Porque você não faz um filme de uma hora para outra. Primeiro, você tem que ter um roteiro, depois os capítulos, os diálogos. Estava quase no fim, aí eu vi que eles fizeram uma cena numa casa em que



era todo mundo loiro. Eu disse, “isso não é assim, o Brasil não é de loiros, porque não colocam pessoas de aparência comum?”. A primeira versão foi em videocassete e, logo de cara, entregamos 800 fitas para o Programa de Saúde da Família da Prefeitura de São Paulo. Depois, quando saiu o DVD foi mais fácil, porque para mandar para fora um vídeo era muito grande, cobra muito caro, tem que fazer por sedex, senão danifica. Por exemplo, o Ministério da Saúde, levou 2500 DVDs, para distribuir junto com o Guia Prático do Cuidador, que é muito bonito, mas com o vídeo ficou uma beleza. Hoje este vídeo está na internet e pode ser copiado, dublado, legendado e traduzido para outros idiomas. Basta acessar o site: www.idosossolidarios.com.br. No SESC teve também um seminário sobre Velhice Fragilizada e eu fiz uma pesquisa pelo Brasil todo, para saber onde eram esses lugares em que tinha assistência domiciliar e encontrei, era Biritiba Mirim. Esse pessoal foi ao Seminário do SESC e eu me apoderei dessa metodologia, aquilo foi feito por um cara profissional.

REVISTA Foram surgindo outras experiências de atendimento domiciliar.

OSCAR Sim. Juntei também as experiências de São José dos Campos. Quando a gente mandava o vídeo, mandava esses programas também. Foi para o Rio Grande do Sul, Paraná, mandamos até para Rondônia, para uma cidade chamada Ji-Paraná. Eles instalaram serviços de assistência domiciliar baseado nisso. Agora, Rio Claro e Rio Preto já estão como cidades amigas do idoso. Eles têm, em Rio Preto, inclusive, um controle sobre as instituições de longa permanência, que é incrível. Explicam todas as possibilidades: se o idoso passa mal, o que faz, se o idoso precisa de hospital, tudo, tudo, bem explicadinho. Rio Claro também está nessa condição. Aqui em São Paulo, a subprefeitura da Mooca está dentro de um parque, o Parque da Mooca. Eles têm muitos idosos. É um lugar amplo, calçadas boas, tem sombra, sanitários, água. Um dia os idosos se reuniram e falaram, aqui está muito bom, mas pode melhorar. E fizeram reuniões, descobriram o que queriam e foram falar com o administrador e ele topou, porque não eram medidas de grande impacto financeiro, fizeram o negócio. E aí a Mooca virou um “bairro amigo do idoso” dentro da proposta da Organização das Nações Unidas.

REVISTA O vídeo foi para o Exterior?

OSCAR Sim. Foi para Portugal, para a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Foi para a Argentina também assim como para Açores. Então, eu penso, que se eu não fiz nada na vida, só esse vídeo me dá uma satisfação fantástica. Porque ele atinge a ponta da ferida, que é o idoso ficar em casa abandonado. Mesmo quando a família quer tratar, não sabe como. Ninguém está preparado. É verdade, o cara não sabe o que fazer fica para cima e pra baixo. Ninguém sabe, nem a prefeitura e nem ninguém. E são quase duas mil entidades que receberam o vídeo e agora vão me mandar mais três mil. Agora sob uma perspectiva muito melhor, nós estamos adiantados com providências para abolir esse negócio de direitos autorais, primeiro, porque é uma coisa de utilidade pública, segundo, porque a gente acha que assim pode dublar, pode legendar, pode ir para qualquer país. E daí nós vamos colocar na Internet. Eu já tenho uma nova edição do vídeo.

REVISTA E o site do Movimento Idosos Solidários, qual sua proposta, quais os resultados, quem o administra?

OSCAR Com relação ao site, ele começou com aqueles ciclos de palestras sobre qualidade de vida que eu coloquei na Internet. Depois, encontrei outras coisas e fui fazendo, fazendo e agora tem 148 artigos sobre tudo que você possa imaginar. Não é só sobre doença. Tem sobre aposentadoria, sobre memória, não são todos da minha autoria. Eu pego artigos científicos, e traduzo isso em linguagem popular. O Victor Matsudo é um cobra, ele fez uma experiência em Sorocaba que foi maravilhosa e eu tenho artigo no site que fala sobre isso. Ele entrou em contato com a prefeitura de Sorocaba e a prefeitura se comprometeu a fazer uma adaptação das calçadas para que os idosos pudessem caminhar. Aí organizaram idosos da unidade de saúde que tinham diabetes, depressão, para caminhadas cinco vezes por semana. Depois de cinco anos, Victor Matsudo fez uma pesquisa com aquele grupo e com um grupo padrão de outra unidade e verificou que as internações hospitalares tinham caído 50%. Esse governo é cego. Veja bem, são coisas tão fáceis de entender. Mas sabe o que é? O pessoal que está lá em cima não tem contato com a base. A gente, que está no movimento, vê isso. Esse meu site tem 150 mil acessos de países diferentes. Agora já está em inglês e português. Eu percebi que tem gente que nem é de língua portuguesa, Estados Unidos, países da

Europa. A falta de fotos no site é por falta de eficiência, eu ainda estou aprendendo a mexer no power point para poder colocar imagem. O site me ocupa muito tempo. É preciso muito tempo, o problema é esse.

REVISTA Como você organiza seu tempo? Como é seu dia a dia?

OSCAR De manhã eu só fico fazendo pesquisa na Internet. Vou atrás de tudo que sai sobre o idoso. E isso leva tempo, se acho que vale a pena, salvo e daí vou traduzir para uma linguagem mais simples, colocar no site e, por vezes, faço a tradução. Tudo isso leva tempo, mas eu faço, porque eu gosto. Ser voluntário, para mim, é a razão da minha vida, não tem coisa melhor.

REVISTA O que você acha do trabalho voluntário no Brasil de modo geral?

OSCAR É a “terceira força”, como é chamada. A gente se surpreende, eu mesmo tinha uma impressão e depois cheguei a outra conclusão. Eu fui professor durante sete anos da Universidade Aberta da Terceira Idade da Vila Clementino, e perguntava muito para as alunas sobre trabalho voluntário e me surpreendi com o grande número de pessoas que fazem esse trabalho. Ninguém escreve na testa: “sou voluntário”. Aqui no hospital (Oscar se refere ao Hospital Darcy Vargas em frente à sua casa), tem um trabalho voluntário formidável, porque geralmente hospital não dá remédio, e se não há, o que o pobre pode fazer? Ele vai continuar do mesmo jeito. Neste hospital, há uma farmácia, eles fazem o visto na receita, a farmácia dá o remédio e no final do mês eles pagam. Tem coisas aqui que você não acredita, tem o “grupo da asma”, tem o “grupo da síndrome de Down”, tem o “grupo de diabetes”, e tudo isso daí, tem especialista que vem dar palestra, eles participam. Chega aí no hospital, caminhão com cesta básica, perguntam para o motorista, quem mandou? “Não posso falar, é anonimamente”. É uma coisa fora de série.

REVISTA Você trabalha nesse hospital, não é?

OSCAR Sim, Eu trabalhei aí, me aposentei aí. Vida de médico é muito sacrificada, eu trabalhava dia e noite. O hospital é muito organizado, tem hemodiálise, tem a parte do câncer e as voluntárias, tem coisa que você fica sabendo e você não acredita. Você pensa que está fazendo

uma grande coisa, mas está fazendo uma porcaria. Elas alugaram umas casas aqui para fazer o que? Fizeram uma cozinha experimental para as mães aprenderem a cozinhar, especialmente quando tem alguma doença como diabete, explicando tudo para as mães, o que devem fazer de alimentação. Além disso, vão montar uma escola para síndrome de Down, com professores especializados que vão fazer esse trabalho de graça. Para esse povo sofrido tem que trazer essas coisas. Nada como você ver o sofrimento dos outros para dizer, não tenho o direito de reclamar. Outro dia encontrei uma senhora, com quatro filhos, o marido a largou sozinha, ela não podia trabalhar porque elas ficariam sozinhas, então alguém falou para ela: “Você quer uma cesta básica?” A mulher quase caiu no chão, “cesta básica!?” Estava passando fome. “A cesta básica é... melhor a senhora levar uma parte agora e uma parte amanhã”. Saiu levando uma sacolona e quatro filhos. Ela tinha que tomar duas conduções. É uma solidariedade bacana, você não acredita.

REVISTA Ainda há muita gente boa.

OSCAR Sem dúvida. Nessas favelas por aí, você sabe que quando há problemas de saúde, até os traficantes arrumam condução, não estou dizendo que eles são anjos, mas, de qualquer maneira, eles fazem esse trabalho. Quando eu faço palestras, eu digo que sou gerontólogo, formado pela universidade da periferia. Os meus professores são os idosos de onde eu frequento. Agora vou contar uma coisa que eu tinha esquecido, nós fizemos uma parceria com o Hospital das Clínicas, que tem a “Operação Reouvir e Despertar”. O que eles fazem? Eles vão à periferia, nesses centros que tem muito idoso, e fazem uma espécie de triagem. São convocados os idosos que têm algum problema de audição, isso é muito comum. Examinam, e o que acontece? Aqueles que foram detectados com algum tipo de surdez, eles encaminham para ao Hospital das Clínicas e fornecem o aparelho auditivo de graça. Eles fornecem e acompanham, ajustam, eles fazem isso. Trabalho muito bem feito. Conheci a Marisa Accioly que é professora da USP Leste e, agora, vou sempre à USP para dar palestras, o Padre Ticão também ia e uma das vezes o padre Ticão inventou de dar um curso sobre cuidadores de idosos. Eu falei, Ticão, vamos deixar o pessoal da USP fazer esse curso, porque tinha dupla finalidade, primeira formar mão de obra especializada, segundo, dar um emprego melhor

para aquelas senhoras que eram domésticas e dar melhor assistência para esses idosos acamados. Fizeram um curso extracurricular, foi muito bom, muito produtivo e fizeram depois outros cursos.

REVISTA Como você está vendo as políticas sociais no Brasil, como está vendo esse momento atual? Você é uma pessoa otimista nesse aspecto?

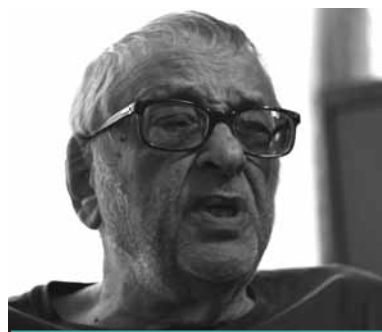
OSCAR Não sei, às vezes, eu tenho medo de falar sobre isso porque eu não estou no “metier”, mas eu acho que estão dando “peixe sem ensinar a pescar”. Tem alguns lugares que fazem capacitação de mão de obra. Isso é importante. Tem mais de cem mil vagas de empregos para mão de obra capacitada.

REVISTA Em relação ao trabalho voluntário, mas não só, em termos de vida social de modo mais amplo, os homens, quando envelhecem participam menos. Por que isso acontece? O que precisaria ser feito para juntar mais homens da terceira idade para um engajamento maior?

OSCAR Eu sempre faço essa piada, dizendo que as mulheres judiam tanto dos maridos que eles morrem de desgosto. Mas não é isso, tem uma explicação científica para isso, as mulheres tem mais relações, conhecem os vizinhos, os parentes, vai visitar um, vai visitar o outro, e tem mais, ela cuida bem da própria saúde. O homem é relaxado. É machão, não vai fazer exame de próstata, ele tem relação só com o emprego. Quando fica em casa aposentado, perde toda relação social. Quando vê que nos grupos de idosos não tem homens, tem um só, no máximo dois, e quem está tocando todas essas obras para idosos são as assistentes sociais, são todas mulheres. É impressionante. O homem não está acostumado com isso.

REVISTA Na sua opinião, quem envelhece com menos dificuldade, o homem ou a mulher?

OSCAR A mulher. Quem é aposentado perde tudo. Um filósofo alemão diz que o homem tem necessidade de ser útil. Quando ele perde essa utilidade, ele perde completamente o eixo. A mulher, mesmo aposentada, gere



“QUEM É APOSENTADO PERDE TUDO. UM FILÓSOFO ALEMÃO DIZ QUE O HOMEM TEM NECESSIDADE DE SER ÚTIL. QUANDO ELE PERDE ESSA UTILIDADE, ELE PERDE COMPLETAMENTE O EIXO.”

o lar, ela coordena as compras, então, ela tem utilidade. E o homem? Quando sai de casa vai andar, toma uma pinguinha, ou fica sentado na praça feito um bobo. Tem mais um fator: eles viveram uma época de ditadura, sem direitos, e eles se acostumaram com esse sistema. O homem tem muito menos iniciativa do que a mulher.

REVISTA Dizem: “Uma coisa é falar do envelhecimento do outro, outra coisa é encarar o nosso próprio envelhecimento”. Como você está vivendo o seu?

OSCAR O negócio é o seguinte, já passei por grandes problemas de saúde. Fiz 12 cirurgias, um tumor no pâncreas, em que a sobrevivida quase sempre é de dois anos e eu sobrevivi. Nos olhos, só ultimamente fiz quatro cirurgias, e assim mesmo não enxergo nada com a vista esquerda, mas tudo isso, para mim, são acidentes de percurso, porque o que eu quero é isso daqui: a cabeça funcionando. Estou me recuperando bem. Agora, já estou pensando nas atividades de novo. Tenho o fisioterapeuta que me ajuda, então, eu amo a vida, amo a minha família e quero viver. Vou em frente, todo dia faço uma caminhada. Eu corria a maratona antigamente. Uma vez corri no Rio, fui sétimo lugar na minha idade. Tudo isso, desde que vim para São Paulo e comecei a lutar e enfrentar desafios, a gente aprende. A maioria das pessoas não aprende a lidar com as coisas tristes. Por exemplo, na morte de um ente querido, é lógico que é uma perda insuperável no momento, mas você tem que reagir, a vida continua, não é verdade? Uma doença grave é a mesma coisa. Eu sou um lutador, entendeu? Aliás, não sou um lutador, sou um revoltado com o mundo atual, eu sou uma espécie de louco, um sonhador. A gente sonha, e nesse sonho a gente procura alento.

REVISTA Você é religioso?

OSCAR Fui educado em colégio de padre, tinha missa todo dia, tinha a benção de maio, e eu saí de lá odiando tudo, mas o tempo muda tudo. Aí, aconteceu uma coisa, fui fazer “cursilho” e percebi o quanto eu estava errado, aprendi a estudar as coisas, ter espiritualidade e partir para a ação. No mundo, você tem que atuar. Foi aí que eu vim para a paróquia e começamos a fazer um monte de coisas. Minha esposa fazia curso de mães, eu fazia curso de noivos, depois a gente fazia encontros de jovens, fizemos seis encontros, inclusive tinha

uma escola de dirigente de jovens, no sábado à tarde, ficava assim de gente. Até ontem, minha esposa e eu, a gente estava mexendo nas fotografias, você vê aquele pessoal, que entusiasmo! A missa dos jovens, às onze horas, era uma coisa fantástica, cantada, participativa, alegre. O pouquinho que eu fiz, acho que deu para melhorar o mundo e é isso me dá tranquilidade.

REVISTA Você acha que as futuras gerações, quando velhas, serão mais felizes, terão vida mais satisfatória do que hoje?

OSCAR Eu acho que sim porque o envelhecimento da população mundial, para o Brasil, é uma novidade, não estamos aparelhados para isso. As coisas, para melhorar a vida dos idosos, estão avançando. Eu tenho aí um artigo que fala do envelhecimento, da longevidade, e que cita um autor, Maslow, que fala que você, quando tem satisfeitas todas suas condições de vida, você sai para a sua comunidade e começa a se dedicar aos outros, você vive uma experiência culminante. O que é uma experiência culminante? É aquela em que lhe traz uma profunda paz, uma tranquilidade.

REVISTA Estamos chegando ao final dessa entrevista, que mensagem você poderia dar para as novas gerações? A gente sabe que muitos leitores da revista são profissionais que trabalham com idosos e que são jovens, que mensagem você pode deixar para eles em relação à maneira como eles podem envelhecer, que tipo de atitude deveriam ter, como encara a vida?

OSCAR Hoje em dia sabemos que começamos a envelhecer quando o óvulo é fertilizado no útero, aí já começamos a envelhecer. A partir dos 40 anos começamos a encurvar, até os sessenta aumenta e aos oitenta então, vai direto. No fim, dizem que a pessoa morreu de velhice, não morreu de velhice, morreu de falência total dos órgãos. Para uma pessoa jovem entender esse problema é muito difícil. Apesar de muitos jovens já terem vivido essa problemática com suas mães, não é verdade? Tem que haver uma mudança de mentalidade. Eu tenho a impressão que isso vai demorar um pouco ainda. Quando um jovem se engaja nesse tipo de trabalho com idoso ele aprende muito. Agora, que é difícil é. Dizem que o médico parteiro não entende nada. Por quê? Porque ele nunca deu a luz!

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS REVISTA A TERCEIRA IDADE: ESTUDOS SOBRE ENVELHECIMENTO

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

NORMAS GERAIS

Os artigos devem seguir rigorosamente as normas abaixo, caso contrário, não serão encaminhados para a Comissão Editorial.

- Os artigos não precisam ser inéditos, basta que se enquadrem nas normas para publicação, que serão apresentadas a seguir. Quando o artigo já tiver sido publicado deve ser informado em nota à parte sob qual forma e onde foi publicado (Revista; palestra; comunicação em congresso etc.)

- Ao(s) autor(es) será(ão) solicitado a Cessão de Direitos Autorais –conforme modelo SESC SP – quando da aceitação de seu artigo. Os direitos de reprodução (copyright) serão de propriedade do SESC SP, podendo ser reproduzido novamente em outras publicações técnicas assim como no Portal SESC SP www.sescsp.org.br

- Os conceitos emitidos no artigo são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo, obrigatoriamente, a opinião da Comissão Editorial da Revista.

- Todos os artigos enviados, e que estiverem de acordo com as Normas, serão analisados pela Comissão Editorial que opinará sobre a pertinência ou não de sua publicação. No caso de aceitação do artigo, o(s) autor(es) será(ão) contatado(s) pelo correio eletrônico, ou outro meio que tiver informado, e terá(ão) direito a receber 03 (três) exemplares do número em que seu artigo for publicado.

Os artigos devem ser enviados para o endereço eletrônico revista3idade@sescsp.org.br

- O(s) autor(es) deve(m) enviar uma breve nota biográfica contendo: o(s) nome(s); endereço completo; endereço eletrônico, telefone para contato; se for o caso, indicação da instituição principal à qual se vincula (ensino e/ou pesquisa) e cargo ou função que nela exerce.

- Os direitos de reprodução (copyright) dos trabalhos aceitos serão de propriedade do SESC, podendo ser publicados novamente em outra publicação técnica. O autor também autoriza disponibilização no sítio www.sescsp.org.br

- Os trabalhos aceitos serão submetidos à revisão editorial e apenas modificações substanciais serão submetidas ao(s) autor(es) antes da publicação.

APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

a) Os ARTIGOS deverão ser apresentados na forma de arquivo digitado em editor de texto compatível da Microsoft (por exemplo: Word for Windows) e devem conter entre 15.000 e 25.000 caracteres, sem espaço, no total. Isto é, incluindo resumo, abstract, bibliografia .

b) O RESUMO deve apresentar de forma concisa o objetivo do trabalho, os dados fundamentais da metodologia utilizada, os principais resultados e conclusões obtidas e conter aproximadamente 200 palavras. Deve vir acompanhado por até cinco palavras que identifiquem o conteúdo do trabalho, as palavras-chave.

c) O ABSTRACT também deve conter aproximadamente 200 palavras e vir acompanhado por até cinco palavras que identifiquem o conteúdo do trabalho, as keywords.

d) O ARTIGO deve conter as seguintes partes: Introdução, Desenvolvimento e Conclusão ou Considerações Finais, não necessariamente com essa denominação.

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

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

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

h) ILUSTRAÇÕES: As ilustrações (gráficos, fotografias, gravuras etc) devem ser utilizadas quando forem importantes para o entendimento do texto. Pede-se que fotos (mínimo 300 dpi), mapas, gráficos ou tabelas tenham boa resolução visual, de forma que permitam a qualidade da reprodução. As ilustrações deverão ser numeradas no texto e trazer abaixo um título ou legenda, com indicação da fonte/autor.

i) FOTOS: No caso de utilização de fotos, estas devem vir acompanhadas de autorização de veiculação de imagem do fotografado e com crédito e autorização de publicação do fotógrafo. (Modelo SESC SP). As fotos deverão ser encaminhadas para o e-mail da Revista, em alta resolução, mínimo de 300 dpi.

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 32 unidades, disseminadas pela Capital, Grande São Paulo, Litoral e Interior do Estado. São centros culturais e desportivos, centros campestres, centro de férias e centros especializados em odontologia e cinema.

Conselho Regional do SESC

2010-2014

Presidente: Abram Abe Szajman

Membros Efetivos: Benedito Toso de Arruda, Cícero Bueno Brandão Júnior, Dulcina de Fátima Golgato Aguiar, Eládio Arroyo Martins, Euclides Carli, Jair Toledo, João Herrera Martins, José Maria de Faria, José Maria Saes Rosa, José Roberto de Melo, Luiz Carlos Motta, Manuel Henrique Farias Ramos, Milton Zamora, Paulo João de Oliveira Alonso, Rosana Aparecida da Silva, Silvío Gonzáles, Wallace Garroux Sampaio, William Pedro Luz

Membros Suplentes: Aparecido do Carmo Mendes, Ariovaldo Maniezo, Arnaldo José Peralini, Atilio Machado Peppe, Célio Simões Cerri, Dan Guinsburg, Flávio Martini de Souza Campos, José de Sousa Lima, Mariza Medeiros Scaranci, Natal Léo, Oswaldo Bandini, Paulo Roberto Gullo, Pedro Abrahão Além Neto, Rafik Hussein Saab, Raul Cocito, Reinaldo Pedro Correa, Roberto Eduardo Lefèvre, Vicente Amato Sobrinho

Diretor do Departamento Regional: Danilo Santos de Miranda

Representantes do Conselho Regional junto ao Conselho Nacional

Membros Efetivos: Abram Abe Szajman, Ivo Dall'Acqua Júnior, Rubens Torres Medrano

Membros Suplentes: Aldo Minchillo, Costábile Matarazzo Júnior, Ozias Bueno

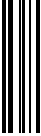


SESC
sescsp.org.br

ISSN 1676033-6



52



9 771676 033005



MISTO
Papel produzido a partir
de fontes responsáveis
FSC® C000000

OSCAR DEL POZZO