

VOL. 24 - Nº 56 - MARÇO DE 2013

ISSN 1676-0336

ATERCEIRIDADE

Estudos sobre Envelhecimento

Uma vida para si na velhice feminina: uma abordagem
sobre individualização entre mulheres idosas

The logo for Sesc, featuring the word "Sesc" in a white, lowercase, sans-serif font. Above the letter "e" is a white, curved line that arches over the top of the letters "s" and "c".



ATERCEIRIDADE

Estudos sobre Envelhecimento

ISSN 1676-0336



VOLUME 24
NÚMERO 56
MARÇO 2013

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

Técnico-Social Joel Naimayer Padula

Comunicação Social Ivan Giannini

Administração Luiz Deoclécio Massaro Galina

Assessoria Técnica e de Planejamento Sérgio José Battistelli

Gerentes

Estudos e Programas da Terceira Idade Cláudio Alarcon

Adjunta Lília Ladislau

Artes Gráficas Hércio Magalhães

Adjunta Karina Musumeci

Comissão Editorial

Celina Dias Azevedo(coordenação), Adriese Castro Pereira, Clívia Ramiro, Denise Kieling, Francis Marcio Alves Manzoni, Jefferson Alves de Lima, Lourdes Teixeira Benedan, Malu Maia, Marta Lordello Gonçalves, Regiane Cristina Galante, Regina Célia Sodrê Ribeiro, Sandra Regina Feltran, Terezinha Augusta Gouvêa.

Secretaria Rose Meire D. Garcia de Moraes

Capa: Gabriela Borsoi

Editoração: Lourdes Teixeira Benedan

Fotografias pag. 6, 74, 76, 78, 80, 83 e 86: Ed Figueiredo; pag. 20: Gustavo Boemer; pag. 32: Banco de imagens SXC; pag. 42: Paulo Preto

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** **Uma vida para si na velhice feminina: uma abordagem sobre individualização entre mulheres idosas**
Cristiane Leal R. Soares
- 20** **Contribuição da atividade física em idosos com demência**
Carla Lúcia Penha Cardoso e Kleyton Costa Silva
- 31** **Parasitoses em idosos e seus animais de estimação: implicações na educação para a saúde**
Luísa Scheer Ely, Paula Engroff, Geraldo Attilio De Carli e Claus Dieter Stobäus
- 42** **Análise do bem estar de idosos no Centro de Convivência da Terceira Idade**
Maria Alice de Lima Albuquerque e Valéria Conceição Passos de Carvalho
- 58** **Perfil dos cuidadores de pacientes com Demência de Alzheimer**
Eudiana Vale Francelino, Regina Cláudia da Silva Rodrigues, Bruna Cristina Cardoso Martins, Mirian Parente Monteiro
- 74** Entrevista com **Berta Lange de Morretes**



Virando a mesa

Há uma dimensão de gênero muito importante no retrato do envelhecimento da humanidade no Brasil e no mundo. Sabemos hoje que as mulheres são maioria entre os idosos brasileiros de 60 anos e mais, num contexto no qual o segmento etário que mais cresce na população é o dos idosos. O contingente feminino é tanto mais expressivo quanto mais idoso é o segmento, principalmente nas áreas urbanas.

Em quase todas as partes do mundo, as mulheres vivem mais que os homens, têm mais probabilidades de serem pobres na velhice, correm um risco mais alto de sofrer de enfermidades crônicas e incapacidades e de serem objetos de discriminação e marginalização. As mulheres também se ocupam mais de cuidar dos outros e muitas vezes são confrontadas com uma responsabilidade tripla: cuidar dos filhos, cuidar dos pais e atender a seu próprio bem-estar.

Porém, mudanças observadas na sociedade e na estrutura familiar contemporânea anunciam que o avanço da idade não elimina dos idosos a capacidade de individualizar-se e dar significados às suas próprias vidas.

Sob o olhar de uma nova ética, baseada nos princípios da realização pessoal, muitas mulheres idosas estão transformando sua relação com a família e a sociedade e deixando de lado obrigações e deveres que expressavam uma lógica eminentemente social com vistas à harmonização do indivíduo com o todo. Padrões e modelos tradicionais do papel feminino estão ultrapassados.

O tema da individualização feminina na velhice é destacado no artigo de Cristiane Leal R. Soares, que realizou uma pesquisa com mulheres com mais de 60 anos, na cidade de João Pessoa/PB, na tentativa de revelar a velhice como um período de construção e novas conquistas.

Também, nesta edição, estão publicados os artigos: “Perfil dos cuidadores de pacientes com Demência de Alzheimer”, de Regina Cláudia da Silva Rodrigues, Bruna Cristina Cardoso Martins, Mirian Parente Monteiro e Eudiana Vale Francelino, destacando o perfil socioeconômico dos cuidadores de pessoas com Demência de Alzheimer (DA) e aspectos de vida e saúde por meio de pesquisa realizada em um hospital de Fortaleza/CE; “Contribuição da Atividade Física em Idosos com Demência”, de Carla Lúcia Penha Cardoso e Kleyton Costa Silva, objetivando identificar qual a correlação atual da prática de exercícios físicos com a demência; “Parasitoses em idosos e seus animais de estimação: implicações na educação para a saúde”, de Luísa Scheer Ely, mirando a possibilidade de uma reflexão interdisciplinar entre as áreas da Gerontologia Biomédica, Biologia e Educação; e “Análise do bem-estar de idosos no Centro de Convivência da Terceira Idade”, de Maria Alice de Lima Albuquerque e Valéria Conceição Passos de Carvalho, demonstrando a atuação fisioterapêutica preventiva em um Centro de Convivência do município de Lagoa do Itaenga, em Pernambuco.

DANILO SANTOS DE MIRANDA

Diretor Regional



Uma vida para si na velhice feminina: uma abordagem sobre individualização entre mulheres idosas¹

CRISTIANE LEAL R. SOARES²

RESUMO

Neste trabalho procura-se revelar a velhice como um período de construção de si mesmo. Seu principal objetivo é refletir sobre os processos femininos de individualização presentes nas práticas de mulheres com idade acima de 60 anos, pertencentes aos segmentos médios da cidade de João Pessoa/PB. Este trabalho é fruto de uma pesquisa de doutorado em Sociologia, em andamento, que versa sobre as temáticas da individualização e do envelhecimento feminino. Sua análise se dá à luz das contribuições de autores como Gilberto Velho, Guita Debert, Clarice Peixoto, Giddens, François de Singly, Ulrich Beck, entre outros. Considera-se que o avanço da idade não elimina dos indivíduos a capacidade de individualizar-se e de dar significados às suas próprias vivências. Sendo possível observar comportamentos e práticas, como bem mostraram os primeiros resultados da pesquisa, a partir dos quais as mulheres idosas expressam a valorização de experiências em que a autorrealização seja enfatizada. Os elementos empíricos utilizados neste trabalho foram qualitativamente selecionados, e são provenientes de observações diretas, entrevistas semiestruturadas e relatos de histórias de vida de mulheres com mais de 60 anos, residentes em João Pessoa. Especificamente para este trabalho foram selecionadas histórias de três senhoras pertencentes ao segmento médio da sociedade.

Palavras-chave: envelhecimento feminino; individualização.

¹ Parte deste trabalho foi apresentada na 28ª Reunião Brasileira de Antropologia, no grupo temático: "Cultura, velhice e envelhecimento – olhares cruzados", realizada entre os dias 2 e 5 de julho de 2012, em São Paulo-SP, Brasil.

² Mestre em Sociologia (UFPB) e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia (UFPB), e professora da Faculdade Maurício de Nassau/João Pessoa. E-mail: Cristiane.30@hotmail.com

ABSTRACT

This paper aims at revealing the old age as a period of self-construction. Its main purpose is to lead to the thinking over of the processes of female individualization current in the lives of women aged over 60 years, who belong to the middle class of the city of João Pessoa/PB. This paper is the result of a Sociology Ph.D. research, in progress, which deals with the themes of individualization and aging women. Its analysis is done with the contributions of authors such as Gilberto Velho, Guita Debert, Clarice Peixoto, Giddens, François de Singly, Ulrich Beck and others. It is considered that advancing age does not eliminate the ability of individuals to distinguish themselves and attribute meaning to their own experiences. It was possible to observe behaviors and practices, as the first results of the survey clearly showed, from which older women express appreciation of experiences where self-fulfillment is emphasized. The empirical data used in this study were selected qualitatively, and are derived from direct observations, semi-structured interviews and real life stories of women from João Pessoa who are over 60 years old. Specifically for this study stories of two women from the middle class of society were selected.

Keywords: Aging women; individualization.

INTRODUÇÃO

Algumas pesquisas na cidade de João Pessoa/PB, especialmente a que investigou os usos da Praça da Paz, principal praça localizada no bairro de Bancários – na zona sul da cidade –, pelos diversos frequentadores daquele espaço, revelaram que algumas mulheres idosas ali residentes se contrapunham, de alguma forma, aos tradicionais papéis femininos (mães, avós, donas de casa) em tempo integral. E incentivavam umas às outras, em caminhadas e encontros na praça, nas conversas nos jardins dos condomínios, nas reuniões das igrejas, nas calçadas e nas portas de suas casas, a estabelecerem estratégias cotidianas para “cuidarem de si mesmas”, para “separarem um tempo para si” e “para parar de viver exclusivamente em função dos outros”. Tais observações motivaram uma nova pesquisa que vem sendo desenvolvida no doutorado em Sociologia na UFPB, a partir da qual se extraiu este trabalho.

Na leitura de estudos que tratam sobre questões da individualização entre mulheres, são as mais jovens ou as de “meia-idade” as mais abordadas (BECK & BECK-GERNSHEIM, 2003). Tais perspectivas contribuíram para a formulação dos questionamentos: Esses processos se encerram com o avanço da idade entre as mulheres? O que as idosas residentes em Bancários e pertencentes aos segmentos médios têm a dizer sobre o fenômeno da individualização?

O objetivo central deste trabalho é refletir sobre os processos femininos de individualização presentes nas vivências de mulheres idosas pertencentes aos segmentos médios da cidade de João Pessoa, a partir da abordagem sobre as transformações no curso da vida contemporânea e da análise das práticas relacionadas com a velhice feminina. Pretende-se ainda neste texto revelar a velhice como um período de construção de si mesmo. Para tanto, foram tomadas como objeto de investigação as experiências e práticas do cotidiano de mulheres com idade acima de 60 anos.

A metodologia empregada no levantamento dos dados foi fundamentalmente qualitativa. Os elementos empíricos utilizados neste trabalho são provenientes de observações diretas (MAGNANI, 2002), entrevistas semiestruturadas e relatos de trajetórias de vida, nos moldes de Bertaux (1997). Para quem a narrativa de vida é um testemunho sobre a experiência vivida, mas é um testemunho orientado pela intenção de conhecimento do pesquisador que a recolhe e a filtra, mediante a temática explorada pela pesquisa.

Muito embora na pesquisa tenhamos contado até o momento com 13 senhoras, neste trabalho foram selecionadas três delas, cujas narrativas foram consideradas bastante significativas para as reflexões a serem desenvolvidas.

Compreendendo que a idade cronológica é insuficiente para “enquadrar” as pessoas numa determinada fase da vida, pois variam histórica e culturalmente, utilizou-se o critério etário para seleção tão somente inicial das mulheres participantes da pesquisa. Outros critérios ainda foram considerados, como a experiência da aposentadoria, de ter filhos adultos e de ser avó. Foram selecionadas ao todo 16 mulheres com idades entre 60 e 70 anos. Essa seleção também levou em consideração dois outros condicionantes. O primeiro diz respeito ao próprio processo de pesquisa, pois este grupo etário se mostrou mais acessível em participar do processo. O segundo relaciona-se com as questões de autonomia das mulheres

AS REDES DE SOCIABILIDADE FORAM TAMBÉM CONSIDERADAS, UMA VEZ QUE INDIVÍDUOS QUE COMPARTILHAM A MESMA REDE DE SOCIABILIDADE TENDEM A TER ORIGENS SOCIAIS SEMELHANTES OU COMPARTILHAREM ALGUMA CARACTERÍSTICA EM COMUM.

em relação à família; neste grupo as mulheres demonstraram maior autonomia física e psicológica em relação aos familiares. O último critério de seleção para a constituição do grupo de interlocutoras relacionou-se com as condições de pertencimento aos segmentos médios. As redes de sociabilidade foram também consideradas, uma vez que indivíduos que compartilham a mesma rede de sociabilidade tendem a ter origens sociais semelhantes ou compartilhar alguma característica em comum.

As noções de posição de classe foram inspiradas em Bourdieu (2001), em suas análises sobre o contexto da complexidade da vida urbana. As considerações de Velho (2008), conhecido estudioso dos segmentos médios no Brasil, também foram relevantes para caracterizar esses segmentos e assim mais bem classificar as mulheres envolvidas na pesquisa. Apesar de ter agrupado as mulheres num mesmo segmento, também é possível observar entre elas algumas heterogeneidades; a esse respeito posso elencar: a variedade das identidades religiosas, suas diferentes condições conjugais, diferentes estruturas familiares e condições de sociabilidade.

Em campo buscou-se compreender as vivências, as práticas do dia a dia das mulheres, distinguir entre aquelas que faziam por prazer e aquelas que realizavam por obrigação. Saber quem eram as pessoas mais presentes em suas vidas, saber quem eram seus “outros significativos” (SINGLY, 2000).

Por uma vida própria: construindo uma abordagem sobre a velhice e os processos de individualização femininos

A temática da individualização se configura como um viés analítico necessário à discussão da vida nas sociedades complexas moderno-contemporâneas, como atestaram os clássicos da Sociologia e autores mais contemporâneos, como Giddens (2002) e Ulrich Beck (2010). Esses autores trabalham a individualização tendo como pano de fundo a sociedade da alta modernidade, a sociedade do risco. Para Beck e Beck-Gernsheim (2003), tal temática é considerada a chave para a compreensão da sociedade contemporânea, pois ela descreve a relação fundamental: indivíduo e sociedade na atualidade. Segundo Beck (2010), essa relação atualmente

repousa sob um sistema de valores no qual desponta uma nova ética, baseada nos princípios dos deveres para consigo mesmo. Isso, segundo este autor, representa um contraponto fundamental com a “ética tradicional” – segundo a qual as mulheres deste estudo foram socializadas nas fases anteriores de suas vidas –, cujos deveres expressavam uma lógica eminentemente social com vistas à harmonização do indivíduo com o todo.

Atualmente, segundo Beck e Beck-Gernsheim (2003), vivencia-se globalmente “a ética da realização pessoal”. Como as mulheres idosas deste estudo se relacionam com essa nova ética em suas vidas cotidianas, como ela se inclui na sociedade brasileira, e mais especificamente no grupo de idosas, tendo em vista seu conhecido caráter relacional, tão bem discutido por Roberto Damatta (1991), são algumas das questões centrais deste trabalho.

Individualização: uma leitura moderno-contemporânea a partir das vivências das idosas de Bancários em João Pessoa

A discussão que se coloca como pano de fundo em torno da questão da individualização neste trabalho refere-se a velha relação, entre “indivíduo” e “sociedade”. Reconhecidamente como uma relação fundamental da Sociologia, desde Durkheim, passando por Elias, que anuncia essa relação em termos de reciprocidade, até os autores mais contemporâneos, como Ulrich Beck, segundo o qual uma nova imediação entre indivíduo e sociedade se faz presente na atualidade, trata-se da imediação do risco.

O trabalho de Gilberto Velho (2008) traz contribuições fundamentais para a questão da individualização tratada neste estudo, uma vez que a ênfase de análise sobre a individualização na velhice feminina aqui desenvolvida se dá fundamentalmente em contraponto com as relações familiares das mulheres pesquisadas.

A tensão entre individualização e a inserção familiar surgiu como elemento marcante nos relatos das trajetórias de vida das mulheres participantes da pesquisa. O tom discursivo de suas narrativas indicou, em graus variados, segundo as particularidades de suas trajetórias, suas representações e as especificidades de suas famílias, a prevalência dos significados atribuídos ao indivíduo como ser ímpar, autônomo e independente, e a reflexividade como uma constante observação de si e de seu lugar nas relações sociais.

Essa perspectiva pode ser observada nos relatos de dona Ana, uma das senhoras selecionadas, quando ela chama atenção para as transformações em suas relações familiares, ocorridas especialmente por meio da mudança que empreendeu em seu modo de vida desde quando passou a morar em Bancários. A convivência com outras mulheres de sua geração, ali residentes, a possibilidade de participar de atividades significativas para ela, como caminhar na praça, fazer exercícios físicos, ir às reuniões da igreja, encontrar com as amigas, passear e viajar com o grupo de idosos da comunidade, enfim, manter relações extrafamiliares se apresentou, segundo ela, como um dos elementos-chave desse processo de transformação.

Dona Ana: *Em relação aos meus filhos eu ficava presa a eles e tinha que levantar cedo, fazer almoço, passava o dia todo em casa, lavando roupa e etc., sempre moraram comigo, depois que o pai deles morreu, o mais novo dormia comigo. Aí, quando a gente veio pra cá e eu comecei a sair com minhas amigas... na comunidade, tem um bocado de gente que é advogada, dentista, psicóloga, pessoas que têm compreensão das coisas, até o médico mesmo quando eu vou ele diz: Deixa esse filho! Ele já está velho! Eu fui me abrindo, largando aqui em casa, hoje quando ele chega, ele mesmo vai no fogão frita um ovo, passa manteiga no pão e come, e vai dormir sem falar nada, porque antes eu me levantava, e ia preparar tudo pra ele. Agora todo mundo ajuda aqui, as coisas não são como antigamente mais, não, agora todo mundo ajuda! Porque eu achava que tinha que fazer tudo em casa, sozinha. Eu abria mão da minha vida pra fazer tudo pra meus filhos e olhe que muitas vezes ninguém reconhece, hoje não, eu faço primeiro minhas coisas, depois o tempo que sobra eu cuido das coisas de casa e deles.*

O trecho acima corrobora com as discussões de Singly (2001), para quem na atualidade a relação entre pais e filhos passa a ser baseada cada vez mais na negociação. A educação familiar se transformou, no sentido da depreciação da obediência e da valorização da iniciativa, da criatividade, da autonomia, e da satisfação pessoal de cada membro da família. Ainda de acordo com Singly (2001), a existência do indivíduo contemporâneo depende do apoio dos seus outros significativos, que podem ser o cônjuge, os filhos, familiares, amigos, vizinhos, entre outros. O processo

de individualização na compreensão deste estudioso não se refere a um processo de isolamento do indivíduo, ou da eliminação das relações sociais. O indivíduo individualizado “não é um indivíduo desligado de todos os elos e do social” (SINGLY, 2007, p. 11). Como bem se observou no caso das idosas investigadas. E como se pode verificar na fala da senhora a seguir.

Dona Ana: *Hoje eu sou outra pessoa, eu era muito tímida! Com minhas amigas aprendi a ser mais solta. Eu tinha medo de falar, tinha medo de errar, tinha medo de muita coisa, mas agora não, eu enfrento meus medos, aliás quem é que não tem medo? Eu aprendi muito com minhas amigas, e acho que ensinei muita coisa a elas também. (...) Hoje eu sinto que sou até mais respeitada em casa, porque eu tenho o que dizer pra eles, eu tenho minhas opiniões, eu tenho espaço de dizer o que eu penso, porque antes eu tinha medo de contrariar as pessoas, de causar problema em casa, agora não, tudo é na base da conversa, e eu sempre digo o que eu acho. Olha, não vamos fazer assim, vamos fazer desse outro jeito, porque eu conheço uma pessoa que fez assim e deu certo. Então eles agora olham pra mim como uma pessoa útil, como uma pessoa que tem ideias, que anda, que conhece gente, que tem amigos. (...) Depois que eu vim pra cá, pra Bancários, foi que eu comecei a viver, a desfrutar as coisas boas da vida. A ter minha liberdade. Quando eu tinha marido, não tinha liberdade, quando eu tinha filho e neto pequeno, não tinha liberdade, quando eu vivia dentro de casa, lá no Bessa mesmo, também não tinha, agora é que eu estou tendo, vivo pra mim, pra fazer o que gosto, saio, vou pra onde eu quero, tenho companhia, tenho amigas que gostam das mesmas coisas que eu gosto, que já viveram muito assim como eu, que me entendem. Foi aqui que minha vida mudou da água pro vinho.*

As novas interações sociais de dona Ana permitiram que ela tivesse seus “outros significativos” aumentados. Isso repercutiu em seu modo de ser, e de se comportar. Tendo sido socializada, e habituada às regras de comportamentos tradicionais – a partir das quais caberia às mulheres o saber cozinhar, costurar, cuidar da casa e ter boas maneiras –, dona Ana demonstra ter investido na adoção de novos hábitos cujos espaços de atuação não se reduzem tão somente ao ambiente doméstico. Tais hábitos desenvolvidos por seu grupo de amigas e por ela em Bancários muito

se aproximam daqueles descritos por Scott (2006), quando ele discute a inversão de gênero – homens de casa, mulheres da rua – entre os idosos pertencentes às camadas populares de Recife/PE.

As experiências no bairro de Bancários são mencionadas inúmeras vezes nos relatos de dona Ana como eventos transformadores de sua vida. “Maior sensação de liberdade e de prazer em viver” são os elementos fundamentais dessa nova fase, segundo ela. Tais elementos puderam se desenvolver mediante suas condições particulares, a saber: condição de saúde, filhos e netos crescidos, a solteirice, estabilidade financeira. Mas ao mesmo tempo encontrou um campo propício, as sociabilidades do bairro.

Tais transformações no modo de viver, e no modo de ser atual de dona Ana: “ser menos tímida”, “mais solta”, “enfrentar medos”, podem ser compreendidas como um processo de construção de si. O que ratifica a ideia de que a afirmação de si é um processo infundável, também realizável na velhice. Esse processo, no caso de dona Ana, resulta das múltiplas relações de interdependência, das relações afetivas e pessoais, por ela empreendidas, com seus “outros significativos”, especialmente suas amigas da comunidade (PEIXOTO, SINGLY E CICHELLI, 2000).

O último trecho da fala de dona Ana acima inserido traz a tônica do desenvolvimento de uma vida para si. De uma vida voltada para a satisfação própria. O que neste trabalho corresponde a uma dimensão do processo de individualização. A experiência de vida de dona Ana foi marcada especialmente por uma vida voltada para a família: após ter se casado, sua vida se concentrou nos cuidados com o esposo e filhos e em seguida com os netos. O tempo agora lhe aparece como outra possibilidade: a de também viver para si. No entanto essa vida para si não se separa de uma vida social, não diz respeito a uma vida de isolamento, antes ela se realiza no meio social, na família e no grupo de amigas da mesma idade, daquelas que com ela compartilham os mesmos interesses e gostos. A satisfação pessoal se dá no compartilhar mais ampliado de experiências e de práticas do cotidiano.

Ficou evidente que essa tendência de individualização entre as idosas não eliminou, no entanto, a importância do espaço familiar, do espaço relacional (DAMATTA, 1991), ainda forte no Brasil. Ante os interesses em manter a união familiar, a felicidade e a realização de todos demonstrou-se uma preocupação fundamental, centrada agora na negociação,

no mútuo respeito e não mais na renúncia dos próprios desejos, como apontaram algumas das mulheres na pesquisa.

Dona Rosa: *Minha vida toda eu abri mão de muita coisa, quando a gente é mãe é assim. É uma roupa que você deixa de comprar pra você pra poder a filha andar arrumada. É uma viagem que você deixa de ir porque seu marido não gosta de sair pra lugar nenhum. É uma faculdade que você não frequenta porque, naquele tempo, lugar de mulher era em casa, mulher que fosse pra faculdade ia pra vadiar. Já abri mão de muita coisa, pros meus filhos, e ainda abro. Agora menos. Pronto, agora mesmo eu vou ajeitar minha casa, vou fazer uma reforma. Organizar meu quarto, que eu quero fazer tudo projetado, aí Júnior ligou dizendo que estava precisando de dinheiro para regularizar a documentação dele nos Estados Unidos, 15 mil. Se fosse antes eu tinha mandado o dinheiro todo, fazia empréstimo, o que fosse e mandava, mas o que foi que eu fiz? Mandei 5 mil, ele deu entrada lá no que era de início, prometi a ele mandar mais 2 mil no final do ano, quando eu receber o décimo, e o resto eu disse a ele que se virasse. Ajudei a ele no que eu podia, porque mais do que isso eu não podia, já tinha me programado com as coisas daqui de casa, e ele também tem que ter a responsabilidade dele. Não foi ele quem quis ir morar lá? Ele sabe que eu tenho meus compromissos, minhas viagens que eu faço sempre, então ele entende também. Às vezes eu fico preocupada, aí eu fico: “Meu Deus será que Júnior tá passando apertado lá?”. Depois eu fíco: “Não ele tá bem, tá trabalhando, ele já é adulto, ele se vira”.*

Algumas questões na fala de dona Rosa remetem às proposições de Beck e Beck-Gernsheim (2003), quando eles trabalham a temática da individualização tendo como pano de fundo a ambiência cultural da alta modernidade, a sociedade do risco. Segundo Beck (2010), a relação indivíduo/sociedade atualmente repousa sob um sistema de valores no qual desponta uma nova ética, a ética perante o risco. Ao tratar da ida de seu filho para os Estados Unidos, ou seja, de seu afastamento do grupo familiar, dona Rosa elabora a frase: “Não foi ele quem quis ir morar lá?”. Deixando claro sua ideia de que ele mesmo tinha de se autogerenciar e autoprover, já que fizera uma escolha própria. A ideia de dona Rosa sobre a responsabilidade do filho para com ele mesmo e se aproxima daquilo que Beck (2010) chama de ética perante o risco, uma ética baseada na

ideia dos deveres para consigo mesmo. Mas, em contrapartida, ela também demonstra alguns cuidados, preocupações e desejos em torno do filho que mais se aproximam da ética tradicional, aquela cujos deveres expressam uma lógica eminentemente social com vistas à harmonização do indivíduo com o todo, com a família. A partir dessa discussão fica evidente que, apesar da disseminação dos ideários individualistas no Brasil, especialmente nos espaços urbanos, ainda é possível se observar, mesmo nos grupos mais individualizados, como os segmentos médios (VELHO, 2008), elementos que comprovam a permanência de aspectos próprios do caráter relacional da sociedade brasileira (DAMATTA, 1991).

HOJE, AS MULHERES TÊM
ALCANÇADO CADA VEZ MAIS ESPAÇO
NA CONCRETIZAÇÃO DE OBJETIVOS
PRÓPRIOS, TÊM TIDO EXPECTATIVAS
DE VIDA PARA ALÉM DA ESFERA
FAMILIAR. APESAR DO QUE
CONTINUA SENDO DELAS A MAIOR
CARGA DAS TAREFAS FAMILIARES.

“Viver uma vida própria” é uma expressão fundamental na compreensão da noção de individualização em Beck e Beck-Gernsheim (2003), e essencial na discussão deste trabalho. Hoje, as mulheres têm alcançado cada vez mais espaço na concretização de objetivos próprios, têm tido expectativas de vida para além da esfera familiar. Apesar do que continua sendo delas a maior carga das tarefas familiares.

A análise, assim, sobre individualização nestes autores traz em seu bojo a investigação da passagem de “viver uma vida para os demais” às grandes ou pequenas expectativas de “uma vida própria”. E o recurso de análise utilizado por eles é essencialmente as tendências de mudanças objetivas e subjetivas da condição feminina em três âmbitos da vida social: a educação, o trabalho e as relações afetivas. As considerações desses autores quanto às transformações na condição feminina europeia em muito se aproximaram da realidade feminina brasileira. Também no Brasil a educação e o trabalho se constituíram como propulsores dos processos de individualização entre as mulheres.

Para exemplificar isso se apresenta a narrativa de dona Vera, professora polivalente aposentada pela Prefeitura de João Pessoa. Ela nasceu numa família evangélica, muito envolvida com a vida religiosa. Seu pai era presbítero da igreja, e sua mãe uma exímia dona de casa. Dona Vera é casada com um oficial do Exército e possui três filhos casados. Sua narrativa é fortemente marcada pelo duplo papel acumulado ao longo da vida: ser mãe e profissional. Ou seja, seus relatos são marcados pela habilidade em ter conciliado uma vida profissional, construída com empenho, e a vida familiar, especialmente marcada pela ausência do esposo quando de suas transferências a outras cidades do país no serviço militar.

Dona Vera: *Eu me questionava muito pelo fato de não ter acompanhado meu esposo na época que ele era transferido daqui pra outra cidade. Minha mãe dizia que lugar de esposa é junto do marido. Minha fé e os ensinamentos da palavra diziam que o homem é o cabeça da família, e que a mulher deveria ser submissa ao marido. Tudo aquilo era muito difícil pra mim. Eu fui muitas vezes apontada como rebelde, era a “ovelha rebelde”. Naquele tempo as mulheres acompanhavam os maridos, eu, no entanto, não ia. Eu tinha meu trabalho, eu era concursada, você acha que eu ia perder meu emprego? Eu ia viver dependendo dele? Eu gostava muito do que eu fazia, eu me realizava. Não, de jeito nenhum eu escolhia ficar, assumia os meninos, e continuava trabalhando. Se eu não tivesse feito isso, como eu ia estar hoje? Nem aposentadoria eu tinha. É o que eu vejo por aí, um monte de mulher dependente dos maridos, ou vivendo da pensão deles, eu não, eu sou independente.*

Dona Vera registra em seus relatos escolhas individualizadas, ao privilegiar sua própria carreira profissional, ao invés de acompanhar a carreira do esposo de perto, ainda que tenha tido de assumir sozinha os cuidados com os três filhos quando crianças e adolescentes. Tal decisão confrontava-se com o modelo-padrão de mulher de sua época, aquela voltada exclusivamente à família. Dona Vera elaborou para si um novo modelo de mulher, não baseado nos referenciais tradicionais de mulher mãe e dona de casa, assim como fora sua mãe. A elaboração de uma nova biografia feminina para dona Vera articulava a ética tradicional de mulher cuidadora da família com uma nova ética, aquela tão bem apresentada por Beck e Beck-Gernsheim (2003), “a ética da realização pessoal”. Isso lhe causou constrangimentos e questionamentos, também lhe exigiu criatividade e ousadia, para reordenar sua vivência, para elaborar sua própria biografia, tendo em vista suas próprias convicções e desejos pessoais, já que fora criada dentro de padrões religiosos tradicionais, com modelos e papéis femininos bem estabelecidos.

Considerações finais

Neste trabalho foram tomadas como objeto de análise as experiências e práticas de mulheres idosas moradoras do bairro de Bancários, situado em João Pessoa, para discutir o fenômeno da individualização na velhice feminina, na tentativa de revelar a velhice como um período de construção de si mesmo.

TUDO ISSO CONTRIBUI PARA QUE A VELHICE SEJA COMPREENDIDA COMO UMA ETAPA DA VIDA EM QUE A CONSTRUÇÃO DE SI MESMO TAMBÉM SE PROCESSO.

Como foi observado, tal fenômeno não deve ser tão somente pensado como algo exclusivo da juventude, ou da fase adulta da vida. As mulheres de Bancários adotam cotidianamente práticas a partir das quais se pode perceber a busca por realizações pessoais. O que apontou para a compreensão de que as idosas também se associam à ética da satisfação pessoal. No entanto, como ficou evidente, isso não significou que entre as mulheres o caráter relacional da sociedade brasileira tivesse sido eliminado. Antes também foram observadas entre elas práticas e representações baseadas na ética tradicional, ou seja, naquela cujos valores expressam uma lógica social com vistas à harmonização do indivíduo com o todo, com a família em especial, com os amigos, vizinhos, entre outros.

Os elementos associados ao desenvolvimento do fenômeno da individualização na velhice feminina dizem respeito não somente às condições pessoais das mulheres idosas, como saúde, situação familiar, condições financeiras, etc., mas ligam-se especialmente aos seus projetos para essa etapa da vida. Tal fenômeno se associa à ideia da velhice como etapa última da vida, ou como etapa em que os projetos mais íntimos e ansiados por toda a vida parecem ter suas últimas chances em se concretizar.

Um dos aspectos interessantes no bairro de Bancários refere-se às sociabilidades ali empreendidas pelas idosas do bairro. A organização social de Bancários demonstrou favorecer as sociabilidades entre as idosas, seja de forma espontânea – principalmente realizadas na Praça da Paz, importante espaço integrador do bairro –, assim como por meio das relações de vizinhança, quanto por meio das práticas desenvolvidas pelas instituições religiosas do bairro, tanto aquelas eclesiais como os encontros de oração, de estudo bíblico, as novenas, entre outras, e também as atividades de lazer e integração como as viagens, os passeios coletivos que envolvem a comunidade religiosa idosa do bairro.

O ambiente social de Bancários estimula as mulheres a desenvolver relações extrafamiliares. E isso influencia para que elas desenvolvam uma vida não somente dedicada à família, mas tenham seus “outros significativos” ampliados. As sociabilidades em Bancários funcionam também como importante vitrina de novos estilos de vida, que se baseiam na realização dos próprios interesses ou, como diria Beck e Beck-Gernsheim (2003), na ética da realização pessoal.

Tudo isso contribui para que a velhice seja compreendida como uma etapa da vida em que a construção de si mesmo também se processa. E deixa claro que individualizar-se não implica que as pessoas não dependam de nada nem de ninguém, antes a individualização diz respeito a um processo ambíguo de socialização, um processo que valoriza a realização pessoal em meio a relações socialmente significativas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BECK, Ulrich; BECK-Gernsheim, Elisabeth. *La individualización*. Barcelona: Paidós, 2003.
- BECK, Ulrich. *Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade*. São Paulo: Ed. 34, 2010.
- BERTAUX, Daniel. *Les récits de vie*. Perspective ethnosociologique. Paris: Éditions Nathan, 1997.
- BOURDIEU, Pierre. Gosto de classe e estilos de vida. In: ORTIZ, Renato (Org.). *A sociologia de Pierre Bourdieu*. São Paulo: Olho D'Água, 2001.
- DAMATTA, Roberto. *A casa & a rua*. Espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
- GIDDENS, Anthony. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.
- LINS DE BARROS, Myriam. Velhice na contemporaneidade. In: Peixoto, Clarice E. *Família e envelhecimento*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- MAGNANI, José Guilherme Cantor. De perto e de dentro. Notas para uma etnografia urbana. *Rev. Brasileira de Ciências Sociais*, 17 (49), 2002.
- PEIXOTO, Clarice; Singly, François; CICHELLI, Vincenzo (Org.). *Família e individualização*. Rio de Janeiro: FGV, 2000.
- SCOTT, Perry. *Trocando a casa e a rua: idosos e a inversão da construção de gênero em camadas populares urbanas*. Trabalho apresentado na 25ª Reunião Brasileira de Antropologia, Goiânia, 11-14 de junho de 2006.
- SINGLY, François. O nascimento do indivíduo individualizado e seus efeitos na vida conjugal e familiar. In: Peixoto, Clarice; SINGLY, François; CICHELLI, Vincenzo (Org.). *Família e individualização*. Rio de Janeiro: FGV, 2000.
- VELHO, Gilberto. *Individualismo e cultura*. Notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.



Contribuição da atividade física em idosos com demência

CARLA LÚCIA PENHA CARDOSO ¹

KLEYTON COSTA SILVA ²

RESUMO

A demência relaciona-se com a existência de déficit de memória e de, pelos menos, mais de um domínio cognitivo, como linguagem, função executiva, habilidades visoespaciais e outros. Em todo o mundo, a demência tem aumentado expressivamente em número, e no Brasil estima-se um aumento significativo de diagnósticos médicos de demência. A prática da atividade física regular proporciona diversos benefícios que são refletidos nos diferentes órgãos e sistemas corporais, porém necessita-se ainda de uma análise mais específica sobre a prática da atividade física e de suas repercussões diante da saúde mental de idosos. O presente artigo apresenta uma revisão sistemática dos trabalhos incluídos nas bases de dados SciELO, PubMed, Lilacs e Cochrane nos últimos cinco anos, conduzida a partir dos descritores e operadores booleanos: dementia OR cognitive changes AND exercise OR physical activity. Objetivou-se identificar qual a correlação atual da prática de exercícios físicos com a demência. Foram analisados os estudos que associavam a realização da atividade física, incluindo suas diferentes modalidades, diante de repercussões relacionadas ao quadro de demência. Observou-se que, com base nos estudos mais recentes sobre o tema, apesar de emergentes as evidências sobre o benefício da redução do declínio cognitivo em pacientes com demência, esse fato ainda carece de comprovação.

Palavras-chave: atividade física; demência.

¹ Psiquiatra, Mestre em Ciências Biológicas – Fisiologia e coordenadora de tutoria da Unasus-UFMA.

² Fisioterapeuta e especialista em Saúde Mental pela Unasus-UFMA. e-mail: kleytoncs@hotmail.com

ABSTRACT

Dementia is related to the existence of memory deficit and, at least, more than one cognitive domain, such as language, executive function, visuospatial abilities, among others. Worldwide, dementia has increased significantly in number, and in Brazil, a proportional increase is estimated in medical diagnosis of dementia. The practice of regular physical activity provides many benefits that are reflected in the different organs and body systems, but there is the need for a more specific analysis on physical activities and their impact on the mental health of the elderly. This article presents a systematic review of the studies included in the databases SciELO, PubMed, Lilacs and Cochrane in the last 5 years. It aimed at identifying the current correlation of physical exercise and dementia. We analyzed the studies that linked the practice of physical activities including their different modalities, facing repercussions related to dementia. It was observed that, with bases in more recent studies on the subject, despite emerging evidence of the benefit of reducing cognitive decline in patients with dementia, this fact still lacks confirmation.

Keywords: physical activity; dementia.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população de idosos no Brasil e no mundo é uma realidade cada vez mais evidente, estimativas populacionais apontam que o Brasil até o ano de 2025 terá uma população de idosos maior do que 32 milhões de pessoas, o que representará aproximadamente 15% da população brasileira total; e resultará num crescimento de 300% na população de idosos ⁽¹⁾.

A alteração notada na pirâmide etária é reflexo do aumento da expectativa de vida dos idosos em nossa sociedade e, atrelado a esse acontecimento, cresce a necessidade de produções científicas que se atentem para o cuidado com as alterações, e com os distúrbios mais comuns e frequentes nessa faixa etária.

O envelhecimento é um processo fisiológico que apresenta uma dinâmica contínua e irreversível, repercutindo nos indivíduos em alterações de natureza bio-morfofuncional. As consequências da evolução desse processo incluem a diminuição da capacidade individual de adaptação ao meio ambiente, o que torna a saúde do idoso mais suscetível a complicações ⁽²⁾. Essa predisposição surge como resultado de modificações e disfunções nos diferentes sistemas.

Algumas disfunções são comumente observadas em idosos; ressaltamos aqui a importância da merecida atenção à saúde mental desses indivíduos, pois as desordens mentais acometem 20% da população idosa, com especial destaque para as demências ⁽³⁾.

Sabemos que inúmeras vantagens sobre a prática do exercício físico regular e supervisionado, que proporciona um melhor equilíbrio da fisiologia corporal e mental, estão descritas na literatura, necessita-se, entretanto, de uma análise mais cuidadosa sobre a relação entre exercício ou atividade física e suas repercussões diante do transtorno demencial.

Método

O delineamento metodológico deste estudo caracteriza-se como estudo de revisão sistematizada da literatura, orientado pela busca bibliográfica nas bases de dados SciELO, PubMed, Lilacs e Cochrane, a partir dos descritores e operadores booleanos: *dementia OR cognitive changes AND exercise OR physical activity*.

A busca foi conduzida em outubro de 2012 e os estudos selecionados foram aqueles que investigavam de alguma forma a relação entre a atividade física com a demência em idosos, e, ainda, utilizou-se o critério de atualidade dos estudos, sendo selecionados apenas os estudos sobre o tema publicados nos últimos cinco anos.

Resultados

Um total de 27 estudos foi encontrado nas bases de dados utilizando os descritores já mencionados. Desses estudos 8 foram eliminados desta análise, pois não atendiam o critério de atualização, preconizado neste trabalho, que consiste na seleção apenas de trabalhos publicados nos últimos cinco anos. Outros 9 estudos foram também descartados, pois não faziam a correlação entre atividade física e demência. Dessa forma, apenas 10 estudos, foram incluídos nesta revisão.

Discussão

A demência é caracterizada por déficits progressivos de diversas funções cognitivas, levando a prejuízo do pensamento e planejamento, perdas funcionais e sociais. O termo demência vem do latim “de” (privação) e “mens” (inteligência). Na prática clínica observa-se que existem quatro principais causas de demência: a doença de Alzheimer, a demência vascular, demência com corpos de Lewy e demências frontotemporais ⁽⁴⁾. Cada um desses quadros tem suas características próprias e relaciona-se com fatores biológicos, sociais e patológicos ⁽⁵⁾.

Entre as pessoas idosas, a demência faz parte do grupo das mais importantes doenças que acarretam declínio funcional progressivo e perda gradual da autonomia e da independência. A incidência e a prevalência das demências aumentam exponencialmente com a idade ⁽²⁾.

A demência configura-se como uma relevante questão de saúde pública, e encontra-se em constante crescimento da prevalência, sobretudo em países em desenvolvimento; dados relacionados ao nosso país apontam que a prevalência de demência chegou a 7,1% para as pessoas com mais de 65 anos de idade. Entre esses pacientes de demência, 54,1% foram diagnosticados com a doença de Alzheimer; 9,3% com a demência vascular; e 14,4% com demência mista (Alzheimer com componente vascular); e ainda 0,1% corresponde à demência clássica, que se caracteriza por uma disfunção persistente e progressiva das funções cognitivas. Todas as alterações relacionadas a este quadro levam a comprometimentos variáveis, os quais interferem em diversos aspectos na vida diária ^(2,6).

Para que se estabeleça o diagnóstico sindrômico de demência, é necessária avaliação objetiva da função cognitiva, além do desempenho em atividades da vida diária. O Miniexame do Estado Mental (MEEM) é um teste clínico capaz de rastrear comprometimento e declínio do estado cognitivo. Apesar de, isoladamente, não ser capaz ao diagnóstico de demência, o MEEM pode detectar quadros de perda cognitiva, diferenciando do processo de senescência, que prediz o desenvolvimento da síndrome demencial ⁽⁵⁾.

Estudo realizado em 2008 apontou que existem várias dificuldades no diagnóstico diferencial entre os tipos de demência, isso ocorre em razão da proximidade dos tipos, em várias de suas características ⁽⁷⁾.

A demência de Alzheimer é a mais frequente, trata-se de uma doença cerebral degenerativa primária, de etiologia pouco conhecida, com aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos ⁽²⁾.

Degeneração lobar frontotemporal, demência com corpúsculo de Lewy e doenças cerebrovasculares constituem outras causas de demência, as potencialmente reversíveis (hidrocefalia de pressão normal), associadas a tumores, entre outras, compõem os diagnósticos diferenciais, mas confirmadas apenas após o exame anátomo-patológico ⁽⁴⁾.

As variadas causas de demência apresentam cursos clínicos diversos, genericamente apresentam declínio progressivo dos aspectos cognitivos e funcionais, cuja velocidade depende de características intrínsecas, como a reserva neuronal, e extrínsecas, como a estimulação de diversos domínios cognitivos após o início da doença ⁽⁴⁾.

Frequentemente os idosos vivenciam a dificuldade de armazenar informações e de resgatá-las, o que prejudica seu desempenho e que pode trazer riscos para sua saúde e segurança, afetando negativamente seu cotidiano, além de resultar em prejuízo ocupacional e social diante dessas alterações decorrentes da velhice, levando muitos ao autoabandono, à perda da autoestima e a seu isolamento da sociedade e até mesmo do ambiente familiar. No entanto, alguns idosos conseguem recorrer a várias estratégias para lidar com esses eventos de vida estressantes e com as demandas do dia a dia, utilizando recursos pessoais, sejam eles físicos, psicológicos ou de competência ambiental, tais como recursos materiais e suporte social e ainda familiar ⁽⁵⁾.

Diferentes impactos sociais e econômicos são resultantes da demência e, neste sentido, é de grande importância a determinação de fatores associados ao seu desenvolvimento, possibilitando o reconhecimento de ferramentas úteis na prevenção e no retardo da evolução dessa síndrome ⁽⁵⁾.

Entre os agentes relacionados com os processos mentais, vários estudos têm relatado que a atividade física reduz sintomas neuropsiquiátricos e melhora a funcionalidade dos pacientes com demência, além de reduzir a sobrecarga do cuidador. Apatia, sintomas depressivos, distúrbios do sono e agitação são alguns sintomas comumente combatidos pela prática da atividade física, resultando em bem-estar emocional e potencialização da capacidade funcional ⁽⁸⁾.

Observa-se, portanto, o especial destaque assumido pela atividade física, bem como pela atividade mental, em relação ao risco do desenvolvimento de demência ⁽⁴⁾.

DIFERENTES IMPACTOS
SOCIAIS E ECONÔMICOS SÃO
RESULTANTES DA DEMÊNCIA E,
NESTE SENTIDO, É DE GRANDE
IMPORTÂNCIA A DETERMINAÇÃO
DE FATORES ASSOCIADOS AO SEU
DESENVOLVIMENTO, POSSIBILITANDO
O RECONHECIMENTO DE
FERRAMENTAS ÚTEIS NA PREVENÇÃO
E NO RETARDO DA EVOLUÇÃO DESSA
SÍNDROME.

ALGUNS ESTUDOS TÊM APONTADO A ATIVIDADE FÍSICA COMO UM IMPORTANTE FATOR NÃO FARMACOLÓGICO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE PÚBLICA E DE GESTÃO DE SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS.

A atividade física é qualquer tipo de contração muscular que pode ou não levar ao movimento, independente da finalidade: postura, trabalho, locomoção, esporte ou lazer. O exercício físico é conceituado como uma forma especial de atividade física, planejada, sistematizada, progressiva e adaptada ao indivíduo, sempre com o objetivo de estimular uma ou várias adaptações morfológicas e/ou funcionais ⁽⁹⁾.

Além das alterações associadas à própria demência, com a progressão clínica da doença surgem alterações que se manifestam fisicamente nos idosos, como os déficits de marcha, hipertonia, incoordenação motora, movimentos involuntários, tremores e instabilidade postural ⁽⁴⁾. Essas alterações por si já justificariam a necessidade da prática de exercícios corporais/atividade física a fim de preservar/incrementar a capacidade motora desses indivíduos.

Alguns estudos têm apontado a atividade física como um importante fator não farmacológico na estratégia de saúde pública e de gestão de sintomas neuropsiquiátricos ⁽²⁾.

Um recente estudo analisando os efeitos do exercício sobre o risco de demência em idosos obteve resultados que apontam para um risco mais baixo de todas as causas de demência, no grupo de pessoas que pratica atividade física ⁽¹⁰⁾.

Em 2011, um estudo analisando 59 pacientes portadores de doença de Alzheimer ou demência vascular constatou que aqueles que são praticantes de atividade física tiveram menos sintomas neuropsiquiátricos do que aqueles que não a praticavam ⁽²⁾.

Em estudo realizado em 2010 com 393 pessoas com mais de 80 anos de idade, observou-se que existe uma associação entre a prática de atividades físicas e mentais e a diminuição da perda cognitiva em idosos, reduzindo, conseqüentemente, o risco do desenvolvimento de demência. Entretanto, a prática isolada de atividade mental foi fator mais eficaz em minimizar o déficit cognitivo do que a de atividade física ⁽⁵⁾.

Tal fato pode estar relacionado ao admirável desempenho cognitivo de idosos que se mantêm ativos mesmo após entrar em fase de aposentadoria, não aceitando tal situação como um marco para um descanso prolongado e a inatividade física e mental injustificada.

Por meio de uma meta-análise, concluíram que o exercício físico é protetor contra o futuro risco de demência e reduz o risco de demência de Alzheimer ⁽¹⁰⁾.

No entanto, em revisão sistemática realizada em 2009, os autores concluíram que não há evidência suficiente capaz de determinar se um programa de atividade física é ou não benéfico para pessoas com demência ⁽¹¹⁾.

As hipóteses sugeridas para explicar a influência de atividades de lazer na redução da perda cognitiva são o estímulo à neurogênese e à sinaptogênese produzidas por fatores neurotróficos, que teriam sua produção aumentada durante a prática regular dos exercícios, e à possível ampliação da reserva cognitiva, que ocorreria particularmente em idosos com manutenção de atividades com maior estímulo cognitivo por longo período. Entretanto, não há consenso sobre qual das modalidades de atividade, físicas ou mentais, exercem efeitos mais pronunciados no retardo ou na prevenção da perda cognitiva na população idosa, ou se esses efeitos são semelhantes ⁽⁵⁾.

Em recente estudo publicado recentemente, seus idealizadores verificaram que seis meses de um programa de exercícios multimodal estão associados a uma redução dos sintomas neuropsiquiátricos de pacientes com demência do tipo Alzheimer e contribuíram para a atenuação do comprometimento no desempenho de atividades instrumentais de vida diária em mulheres idosas. Entretanto apontou-se que os resultados obtidos devem ser interpretados com cautela, dadas as limitações significativas do estudo, indicando a necessidade de um número maior de participantes a fim de apoiar os achados sobre os efeitos positivos de um programa de exercícios em transtornos neuropsiquiátricos. Reafirmando ainda que mais estudos controlados e randomizados devem ser realizados ⁽¹²⁾.

Ainda não foi estabelecido se a prática isolada de atividades físicas reduz o risco de demência. Isso pode ser explicado pela dificuldade na separação das atividades físicas sem qualquer estímulo cognitivo daquelas que possuem um componente cognitivo em sua realização. Quando foi analisada a influência de atividades predominantemente físicas (como caminhada, corrida, ciclismo e natação), não foi demonstrada redução significativa no declínio cognitivo ⁽⁵⁾.

Em similar revisão sistemática com o objetivo de revisar os estudos que analisaram o efeito da atividade física sistematizada no desempenho cognitivo em idosos com doença de Alzheimer, concluíram que não foi possível estabelecer um protocolo de recomendações a respeito do tipo e da intensidade da atividade física sistematizada necessária para produzir benefícios no funcionamento cognitivo. No entanto, a prática regular de atividade física sistematizada parece contribuir para a preservação ou mesmo melhora das funções cognitivas em pacientes com doença de Alzheimer ⁽¹³⁾.

Em análise congênere, observando-se os efeitos da atividade física sistematizada nos sintomas de depressão de pacientes com demência de Alzheimer, concluiu-se que não há consenso em relação aos benefícios da atividade física aos sintomas depressivos em pacientes com demência de Alzheimer ⁽¹⁴⁾. Também neste sentido se verificou em 2011, em um novo grupo de pesquisadores, que parece não haver um consenso sobre qual o melhor tipo de atividade para esses pacientes, apesar de se concluir que bons resultados têm sido evidenciados para os distúrbios de agitação e sono de pacientes com demência de Alzheimer ⁽¹⁵⁾.

Por fim, verificamos que um estudo que data de 2010, ao analisar os efeitos de um programa de atividade física regular sistematizada e supervisionada sobre as funções cognitivas, o equilíbrio, o risco de quedas em idosos com demência de Alzheimer, observou que houve interação estatisticamente significativa em seus resultados, apontando que a atividade física parece representar uma importante abordagem não farmacológica, beneficiando as funções cognitivas e o equilíbrio, com diminuição do risco de quedas. Além disso, a agilidade e o equilíbrio estão associados com funções cognitivas em idosos com demência de Alzheimer ^(1,6).

Conclusão

Observa-se uma provável associação positiva entre a prática da atividade física e o aumento do nível cognitivo ou a consequente diminuição do risco de desenvolvimento da demência, contudo fica claro que essa relação ainda carece de comprovação, pois grande parte dos trabalhos analisados mostra apenas uma tendência à demonstração desses benefícios.

Existem ainda poucos estudos que correlacionam a prática de atividade física com a demência ou mesmo com os sintomas neuropsiquiátricos. Necessita-se ainda de trabalhos mais aprofundados nesta área, no intuito de melhor explorar este tema, que atualmente, apesar de mostrar evidências emergentes, apresenta-se ainda insuficiente no que se refere às especificações quanto aos exercícios mais adequados, bem como quanto a uma quantificação mais exata acerca desse potencial benefício.

É importante ressaltar que a prática regular de exercícios físicos, por idosos, beneficia o indivíduo nos diferentes aspectos relacionados à saúde, com base na própria fisiologia do envelhecimento. Os ganhos oriundos da atividade corporal por esses indivíduos praticantes são inegáveis e indissociáveis, independente de serem acometidos ou não por quadro demencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Siqueira FV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silva SM, Dilêlio A. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. *Caderno de Saúde Pública*. V. 27, n. 9, 2011. p. 1.819-1.826.
2. Santos FH, Andrade VM, Bueno OFA. Envelhecimento, um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*. V. 14, n. 1, 2009. p. 3-10.
3. Benedetti TRB, Borges LJ, Petroski EL, Gomçalves LHT. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista de Saúde Pública*. V. 42, n. 2, 2008. p. 302-307.
4. Perracini MR, Fló CM. *Funcionalidade e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 557p.
5. Petroianu A, Capanema HXM, Silva MMQ, Braga NTP. Atividade física e mental e demência em idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. V. 59, n. 4, 2010. p. 302-307.
6. Fernandes HCL, Pavarini SL, Barham EJ, Mendiondo MSZ, Luchesi BM. Envelhecimento e demência: o que sabem os agentes comunitários de saúde? *Rev Esc Enferm USP*. V. 44, n. 3, 2009. p. 782-788.
7. Caixeta L, Vieira RT. Demência na doença de Parkinson. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. V. 30, n. 4, 2008. p. 375-383.
8. Christofolletti G, Oliani MM, Bucken-Gobbi T, Gobbi S, Beinotti F, Stella F. Physical activity attenuates neuropsychiatric disturbances and caregiver burden in patients with dementia. *Clinical Science [on-line]*. V. 66, n. 4, 2011. p. 613-618. ISSN 1807-5932.
9. Busse AL. Efeitos de um programa de exercícios resistidos em idosos com comprometimento da memória. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. 113p.

10. Stella F, Canonici AP, Gobbi S, Santos-Galduroz RF, Castilho J, Gobbi LTB. Attenuation of neuropsychiatric symptoms and caregiver burden in Alzheimer's disease by motor intervention: a controlled trial. *Clinical Science*. V. 66, n. 8, 2011. p. 1.353-1.360.
11. Dorotthy F, Sean F, Debra MG, Maureen MR, Jenifer W, Ivan C. Physical Activity Programs for person with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009.
12. Nascimento CMC, Teixeira CVL, Bobbi LTB, Gobbi S, Stella F. A controlled clinical trial on the effects of exercise on neuropsychiatric disorders and instrumental activities in women with Alzheimer's disease. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. V. 16, n. 3, 2012. p. 197-204.
13. Coelho FGM, Santos-Galduroz RF, Gobbi S, Stella F. Atividade física sistematizada e desempenho cognitivo em idosos com demência de Alzheimer: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. V. 31, n. 2, jun 2009. p. 163-170.
14. Vital TM, Hernandez SSS, Gobbi S, Costa JLR, Stella F. Atividade física sistematizada e sintomas de depressão na demência de Alzheimer: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. V. 59, n. 1, 2010. p. 58-64.
15. Hernandez SSS, Vital TM, Gobbi S, Costa JLR, Stella F. Atividade física e sintomas neuropsiquiátricos em pacientes com demência de Alzheimer. *Motriz*, V. 17, n. 3, 2011. p. 533-543.

Parasitoses em idosos e seus animais de estimação: implicações na educação para a saúde

LUÍSA SCHEER ELY¹

PAULA ENGROFF²

GERALDO ATTILIO DE CARLI³

CLAUS DIETER STOBÄUS⁴

RESUMO

O objetivo deste estudo é possibilitar uma reflexão interdisciplinar entre as áreas da Gerontologia Biomédica, Biologia e Educação, baseado no artigo de Ely et al. (2011), em que se estudou uma população de 310 idosos de Porto Alegre-RS, investigados em ambulatório geriátrico e duas instituições de longa permanência, sendo encontrada a prevalência de 12,9% de enteroparasitoses. Refletindo sobre esses achados da pesquisa, pareceu bem importante, seja em termos mais acadêmicos, seja em termos de poder divulgar essas informações para um grupo mais amplo de pessoas, inclusive em termos de aplicabilidade em outras áreas que não nas que atuamos diretamente. Ressalta-se a importância de melhores conhecimentos e ações mais eficazes nessas interfaces: Biologia, Educação e Saúde, dentro do campo da Gerontologia Biomédica, de modo que os idosos sejam beneficiados, aumentando sua qualidade de vida, quer pessoal, quer socialmente. As infecções por enteroparasitos podem ser controladas quando são implantadas medidas como avaliação do estado nutricional e melhorias em aspectos socio sanitários, medidas de autocuidado e Educação para a Saúde. Propõe-se a necessidade de um melhor preparo dos especialistas que atuam na área da Gerontologia Biomédica, especialmente com melhores conhecimentos e ações eficazes nessas interfaces, com idosos e seus animais de estimação.

Palavras-chave: Educação; enteroparasitoses; animais de estimação.

1 Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS. E-mail: luisa_ely@yahoo.com.br

2 Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS. E-mail: paula.engroff@pucrs.br

3 Professor do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, no Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS. E-mail: gdecarli@portoweb.com.br

4 Professor do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, no Instituto de Geriatria e Gerontologia, e de Educação, da PUCRS, e professor no UNILASALLE. E-mail: stobaus@pucrs.br



ABSTRACT

The aim of this study is to allow an interdisciplinary reflection between involving Biomedical Gerontology, Biology and Education, based on the research made by Ely et al. (2011), which studied a population of 310 elderly, living in Porto Alegre-RS, investigated in a geriatric ambulatory and with elder residents of two long-stay institutions, with a 12.9% a prevalence of enteric parasites. The findings of the research seemed quite relevant for the academic environment and for exchanging information for with more people, including in terms of applicability in areas other than the ones in which we act directly. We highlight the importance of better knowledge and more effective actions between these interfaces: Biology, Education and Health inside the Biomedical Gerontology, in a manner that elderly may benefit by increasing their quality of life, both personal and socially. The infections caused by enteroparasites can be controlled by implementing nutritional evaluation, improvement of the social and sanitary contexts and other aspects of health education. It was observed that a better preparing of the professionals who work in the Biomedical Gerontology area is necessary, especially to achieve deeper knowledge and more effective practices towards the interface between the elderly and their pets.

Keywords: education; enteroparasitosis; pet.

INTRODUÇÃO

No ano de 2011, Ely et al. (2011)¹ aventaram a possibilidade de rever alguns dos elementos encontrados no artigo “Prevalência de enteroparasitos em idosos”, possibilitando assim uma maior reflexão entre os autores, que atuam nas áreas da Gerontologia Biomédica, Biologia e Educação. Desse modo, educadores e cuidadores de idosos poderão ter acesso a essas reflexões, aproveitando esses elementos em seu cotidiano e em suas atividades docentes, além da divulgação aos idosos que possuem animais de estimação.

Envelhecimento humano e Educação para a Saúde

A população vem envelhecendo cada vez mais, e isso é uma realidade em todo o mundo. Esse processo desperta a necessidade de que se conheça e sejam implementadas medidas que agreguem mais saúde e qualidade de vida para esta população cada vez mais longeva. Assim como internacionalmente existem desigualdades interpessoais e uma rapidez com que ocorrem essas modificações também na população brasileira, aponta-se para a necessidade e complexidade crescentes na atenção às demandas dessa nova faixa².

A POPULAÇÃO VEM ENVELHECENDO CADA VEZ MAIS, E ISSO É UMA REALIDADE EM TODO O MUNDO. ESSE PROCESSO DESPERTA A NECESSIDADE DE QUE SE CONHEÇA E SEJAM IMPLEMENTADAS MEDIDAS QUE AGREGUEM MAIS SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA PARA ESTA POPULAÇÃO CADA VEZ MAIS LONGEVA.

Entre outros elementos, destaca-se que a transmissão de geo-helmintos está diretamente relacionada às condições de vida das comunidades urbanas e rurais, já que esses parasitos apresentam uma alta prevalência entre as populações de baixo nível socioeconômico em nosso país, nas quais os padrões de vida, de higiene ambiental e de educação sanitária são inadequados e deficientes³. Cabe destacar que, no Brasil, as enteroparasitoses figuram entre os principais problemas de saúde pública e de saneamento básico.

As campanhas de controle e erradicação das enteroparasitoses não requerem grandes financiamentos, capacidade humana e equipamentos médicos complexos ou de alta tecnologia, mas uma imediata conscientização das populações sobre higiene e educação sanitária e uma urgente campanha no tratamento em massa^{4,5,6}.

Neste sentido, na década de 1980, já se chamava a atenção para os diversos níveis em que isso poderia e deveria desde então ser realizado em nível pessoal, familiar e institucional⁷.

Os geo-helmintos são prevalentes em países em desenvolvimento, nos quais fatores como clima, tipo de solo e saneamento, aliados ao comportamento humano, dificultam seu controle e erradicação.

Mas não é somente nesses países, pois a *Giardia lamblia*, com distribuição geográfica cosmopolita, apresenta a transmissão interpessoal, por meio dos cistos infectados⁴. A *Entamoeba histolytica*, também com distribuição geográfica cosmopolita, é prevalente principalmente nas regiões onde não foi realizado o saneamento básico⁶.

As pessoas, cada vez mais, viajam entre os continentes, com variados meios de transporte, em diferentes estações do ano, frequentando

diversos ambientes, alimentando-se de diversas formas, sendo cada vez mais difícil detectar o estágio de contaminação.

A transmissão dos parasitos intestinais ocorre por meio da ingestão de cistos de protozoários e de larvas e ovos de helmintos, por intermédio da água, dos alimentos e de mãos contaminados com resíduos fecais⁷.

Com o advento dos alimentos exóticos houve um lento e agressivo retorno às enteroparasitoses^{8,9}. As infecções podem ser prevenidas pelo cozimento dos alimentos e pela potabilidade da água. Entretanto, em alguns países, a cultura de comer alimentos crus ou mal cozidos reforça a tradição de que o cozimento destrói seu sabor e suas propriedades nutricionais.

As principais doenças parasitárias transmitidas pela água e por alimentos são: amebiose, giardose, balantidiose, ciclosporoze, crisptosporidiose, ciclosporoze, toxoplasmose, ascariidiose, triquinelose, capilariose, clonorquiose, metagonimose, opistorquiose, paragonimose, fasciolose, hidatidose, teniose, cisticercose e difilobotriose^{8,10}.

De outra forma, a contaminação ocasionada por material fecal de animais domésticos está diretamente relacionada com os hábitos culturais da população¹¹. A transmissão do parasito ocorre por meio do contato indireto com as secreções ou os excrementos do animal, de água ou alimentos por ele contaminados e mediante o contato direto entre o homem e os animais¹².

Neste sentido, cães e gatos ocupam posição privilegiada entre os animais de estimação na preferência das pessoas idosas. Com o aumento do número de animais de estimação nos centros urbanos, a exposição humana aos parasitos também aumentou. Embora os cães e gatos sejam, muitas vezes, considerados "*membros da família*", é importante enfatizar que eles podem ser vetores de infecções por enteroparasitos^{12,13,14}.

O homem tem um convívio mais íntimo com cachorros e gatos, dentro de casa, mesmo na sua cama, ou por meio de carinhos e beijos. Esses animais domésticos são frequentemente infectados por diferentes helmintos e protozoários, mesmo aqueles confinados em suas casas.

Os cães e os gatos albergam diferentes parasitos. Ao infectar o ser humano acidentalmente, diferentes larvas desses animais são incapazes de evoluir, não chegando à maturidade sexual¹⁵. No material fecal do gato, o maior risco de infecção é pela toxoplasmose. A toxoplasmose pode ser grave quando infecta mulheres grávidas^{12,16}.

O HOMEM TEM UM CONVÍVIO MAIS ÍNTIMO COM CACHORROS E GATOS, DENTRO DE CASA, MESMO NA SUA CAMA, OU POR MEIO DE CARINHOS E BEIJOS. ESSES ANIMAIS DOMÉSTICOS SÃO FREQUENTEMENTE INFECTADOS POR DIFERENTES HELMINTOS E PROTOZOÁRIOS, MESMO AQUELES CONFINADOS EM SUAS CASAS.

Pesquisando parasitoses em idosos e seus animais de estimação

A pesquisa de Ely et al. (2011) (aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, conforme a Resolução nº 196/96 do CNS, sob o nº 09/04738) é uma pesquisa transversal, com uma população de 310 idosos, dos quais 163 frequentavam um ambulatório geriátrico e 147 eram idosos moradores de duas Instituições de Longa Permanência (ILP). Os dados foram coletados entre setembro de 2009 e novembro de 2010, com todos residentes em Porto Alegre-RS.

Todos os idosos responderam a um questionário sobre dados socioeconômicos e de higiene. Os idosos do ambulatório geriátrico que possuíam animais de estimação responderam a um questionário de inquérito sobre seus animais domésticos. Para permitir uma melhor obtenção de dados, foram elaborados dois questionários distintos, levando em consideração o estilo de vida diferenciado entre os idosos institucionalizados e os que viviam em suas residências¹.

Dos 310 idosos, 163 do ambulatório geriátrico e 147 provenientes de duas ILP, foi constatado que a média de idade desses idosos era de $78,6 \pm 8,4$ anos e que 77,1% eram do sexo feminino e 22,9%, do sexo masculino. Na literatura esta distribuição de bem mais mulheres que homens vivos corresponde aos achados, mas não nesta proporção, lembrando que esses idosos são apenas uma amostra não estratificada, obtida por conveniência, isto é, que gostaria de participar de uma pesquisa. Em contrapartida, esses participantes da pesquisa que têm animais também não representam a população¹.

A prevalência de enteroparasitoses entre homens e mulheres foi semelhante tanto nos idosos institucionalizados quanto nos pacientes do ambulatório geriátrico. O resultado pode ser observado em outros estudos, indicando que as infecções por enteroparasitos não dependem do sexo/gênero^{5,17,18,19}. A prevalência de enteroparasitoses diagnosticada nos idosos foi de 12,9%¹.

Os idosos com idade acima de 80 anos apresentaram uma taxa de infecção por enteroparasitos menor (7,3%) do que os idosos de 60 a 79 anos (33,3%) ($P=0,029$). Como foi questionado aos idosos sobre os seus hábitos de vida e de higiene, ficou caracterizado que os que relataram trabalhar no jardim e na horta apresentaram uma prevalência de enteroparasitoses de 13,6%, ao passo que, para aqueles que não trabalhavam, a taxa de infecção foi de 12,6%¹.

O hábito de não lavar as mãos após defecar mostrou uma maior taxa de infecção por enteroparasitos (21,7%), demonstrando uma diferença estatisticamente significativa ($P=0,05$). O hábito de lavar ou não lavar as mãos antes das refeições não mostrou diferença quanto à taxa de infecção de parasitoses. Cabe ressaltar que uma intervenção em termos de Educação para a Saúde possivelmente poderia modificar esses hábitos, em um sentido de ressaltar a necessidade de higiene antes e depois do preparo de alimentos, de refeições e de defecar¹.

A prevalência de enteroparasitoses nos idosos que frequentaram o ambulatório geriátrico foi maior nos que possuíam no máximo o Ensino Fundamental completo (14,7%), ao passo que os idosos que estudaram até o Ensino Médio ou mais tiveram 3,7% de positividade ($P=0,099$). A colocação de cartazes em locais públicos e a distribuição de materiais instrucionais adequados contribuem para a conscientização da população. As pessoas com menor escolaridade têm mais dificuldade de assimilar informação que não faz parte do seu dia a dia e, portanto, merecem mais atenção desde o ponto de vista educacional, bem como pelo desconhecimento do uso de materiais de higiene. Esses dados reforçam que os maiores índices de infecções por enteroparasitos estão entre as populações com pouca educação e baixo nível socioeconômico, nas quais os padrões de vida, de higiene ambiental e de educação sanitária são inadequados e deficientes^{20,21,22,23,24}.

Em relação à moradia, o índice de infecção por enteroparasitos foi maior nos idosos que residiam em casa (15,6%), ao passo que os que residiam em apartamento não apresentaram enteroparasitoses ($P=0,014$). Evidentemente, morar em casa facilita o contato com o ambiente externo, favorecendo o contato com o solo, que é um dos fatores importantes para a infecção humana por meio de geo-helmintos^{1,25,26}.

Entre os idosos do ambulatório geriátrico, 65 possuíam animal de estimação e, entre estes, 12,3% apresentaram infecção por enteroparasitos, ao passo que naqueles que não possuíam animais de estimação a taxa de infecção foi de 13,3%¹.

Nem todos os idosos que tinham animal de estimação trouxeram as fezes dos animais para a realização do EPF, portanto o exame foi feito nas fezes de 39 animais (cães e gatos). Os resultados mostraram que não houve associação entre os parasitos de animal e os de seu dono, pois nenhum idoso que possuía animal de estimação parasitado apresentou positividade no EPF¹.

Os parasitos não patogênicos foram os mais frequentemente encontrados nos idosos: 47,9% eram *Entamoeba coli* e 29,2% *Endolimax nana*. O parasito intestinal mais prevalente nos cães foi o *Trichuris spp*¹.

A despeito dos baixos índices de infecção por enteroparasitos nos idosos que possuem animais domésticos deste estudo, deve-se levar em consideração que o cuidado com a saúde do animal de estimação e do ser humano inclui o controle das infecções parasitárias, especialmente em crianças e idosos, que são as populações mais suscetíveis^{11,13}.

As infecções por enteroparasitos podem ser controladas com eficácia quando o nível socioeconômico e de educação formal são mais elevados. Melhor ainda quando são implantadas outras medidas, como constante Educação para a Saúde, implementação de medidas de autocuidado, avaliação do estado nutricional da população, sem deixar de lembrar as medidas socio sanitárias e outros aspectos de Saúde e de Educação.

Tradicionalmente, a Educação Sanitária visa promover os hábitos de higiene, favorecer uma nutrição adequada e criar condições ambientais condizentes ao sadio desenvolvimento físico, social e mental da população em geral^{4,20,22,24}.

Reforçando estes achados quantitativos, nas conversas entre os pesquisadores envolvidos, percebe-se que, no convívio com os idosos, fica claro que tiveram dificuldade em colher sua amostra fecal, pois muitos sentiram-se constrangidos, mais por falta de entendimento (no sentido de não saber o que eram “fezes” e muitas vezes nem o que era “cocô”), e isso pode denotar uma dificuldade em termos de autoeducação, dificuldade para entender instruções (no caso, sobre a de colheita de fezes), tanto escritas quanto verbais, até mesmo poderia ser por sentirem-se envergonhados pelo fato de terem de entregar o material no “potinho”. Essa observação foi feita principalmente no momento em que os pesquisadores recolhiam as amostras, pois muitos idosos davam uma desculpa por não ter conseguido coletar e, quando coletavam, entregavam a amostra com timidez e esta enrolada em papel de presente, jornal e em várias sacolas.

Os pesquisadores também relataram que os idosos foram bastante sinceros ao responder aos questionários, pois falaram sem pudor da falta de hábitos de higiene, como, por exemplo, saber que tinham de lavar as mãos após defecar e antes das refeições, que sempre “lembravam” de realizar, ou, como disseram alguns, “preguiça de lavar as mãos”.

Outro dado qualitativo importante foi a não realização frequente do EPF e o uso das denominadas “medicações caseiras”, normalmente “chás e óleos para matar as bixas”. Os idosos das ILP tinham pouco contato com os animais e, por estarem em uma instituição, os cuidados com a higiene do local e dos alimentos eram favoráveis para o baixo índice de parasitos. Como as ILP estudadas eram públicas, foi possível observar que os idosos tinham baixo grau de instrução e eram carentes em termos de convívio social/familiar, e talvez por isso demonstraram necessidade de uma maior convivência/contato com os pesquisadores.

Os idosos do ambulatório geriátrico utilizavam medicamentos para vermes por conta própria e não faziam EPF com regularidade. Esses idosos possuíam um maior convívio com seus animais de estimação, por morarem em casa, com jardins e hortas, além de maior convívio sociofamiliar. A maioria dos animais de estimação recebia os cuidados necessários, tais como vacinas, higiene e limpeza e atendimento veterinário.

Comentários

A ideia de poder comunicar e refletir sobre os achados da pesquisa pareceu bem proveitosa, seja em termos mais acadêmicos, seja em termos de poder permutar informações, inclusive em termos de aplicabilidade em outras áreas que não nas que se atua diretamente.

Ressalta-se a importância de melhores conhecimentos e ações mais eficazes nestas interfaces: Biologia, Educação e Saúde, dentro do campo da Gerontologia Biomédica, de modo que os idosos sejam beneficiados, aumentando sua qualidade de vida, quer pessoal, quer social.

Como recomendações, ficam algumas ideias a serem difundidas:

Um melhor preparo dos especialistas que atuam na área da Gerontologia Biomédica, em termos de apreciação positiva de idosos com seus animais de estimação, considerados por eles “membros da família”, “requerendo atenção”; no momento da consulta (quando esses animais são trazidos junto, algumas vezes porque “não tinha com quem deixar”);

Melhor preparo por parte das instituições, no caso hospitais, ILP, mesmo locais de estacionamento e de compras, para entender estas relações ser humano/animal;

Mais estudos, viabilizando conhecimento de como parasitos podem ser transmitidos nesta interface ser humano/animal (um bom exemplo seria nos casos de uso de cão guia pelos cegos);

Possibilidade de acesso a exames (de preferência gratuitos ou pelo menos a baixo custo) para idosos e seus animais;

Noções e aprofundamentos em Educação para a Saúde em níveis como o familiar (desses idosos), escolar precocemente (por exemplo, na pré-escola, onde estão netos de idosos que com eles convivem, e até por eles são “educados”, pela impossibilidade de pais trabalhadores), vida adulta (pois seus filhos os levam e trazem); os cuidadores, que trabalham em hospitais e clínicas e dificilmente realizam educação continuada ou recebem palestras/participam de atividades mais acadêmicas;

Funcionários de estabelecimentos em que esses idosos realizam suas atividades, compras, lazer e ócio, por pouco acesso à atividade de educação continuada;

Alunos e docentes de graduação e pós-graduação, em diferentes áreas, como da Educação e da Saúde, por suas relações com idosos e seus familiares;

Por último, lembrando alguns pontos da Educação para a Saúde, ressalta-se que conhecimentos, habilidades e atitudes mais positivos e com maior abrangência possibilitam uma qualidade de vida melhor e relações interpessoais mais saudáveis, aqui lembrando relações ser humano/animal mais prazerosas e seguras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ely L, et al. Prevalência de enteroparasitos em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 14(4): 637-646, 2011.
2. Chaimowics F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*, 31(2): 184-200, 1997.
3. Guerrant RL, Gilder TV, Steinerm ST. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. *IDSA Guidelines*. V. 32, p. 331-351, 2001.
4. De Carli GA, et al. Prevalência das enteroparasitoses na população urbana e rural da região carbonífera da cidade de Arroio dos Ratos, no Estado do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Anal Clin*, 78(4): 83-85, 1997.
5. Hurtado-Guerrero AF, Alencar FH, Hurtado-Guerrero JC. Ocorrência de enteroparasitos na população geronte de Nova Olinda do Norte – Amazonas, Brasil. *Acta Amaz*, 35(4): 487-490, 2005.

6. Roque FC, et al. Parasitos intestinais: prevalência em escolas da periferia de Porto Alegre-RS. *NewsLab*, 69: 152-62, 2005.
7. Mosquera JJM, Stobäus CD (Orgs.). *Educação para a saúde*. 2. ed. Porto Alegre: DC Luzzatto, 1984.
8. Lourenço AEP, Uchoa CMA, Bastos OMP. Hospital food handlers in Niterói, RJ, Brazil: *intestinal parasitism*. *ALAN*, 54(4): 345-401, 2004.
9. WHO. Parasitic zoonoses. Geneva. *Techn Rep Ser*, p. 637, 1979.
10. Novak SN. Parasites associated with exotic food. *Clin Biol News*, 18(17): 129-136, 1996.
11. Tuon FF. Orientações para viajantes sobre as parasitoses. In: Amato Neto V, et al. *Parasitologia, uma abordagem clínica*. São Paulo: Elsevier, 2008. p. 417-23.
12. Oliveira FM, Costa STC, Bezerra FS. Incidência de enteroparasitos na zona rural do município de Parnaíba, Piauí. *Rev Bras Anal Clin*, 33(1): 45-48, 2001.
13. Oliveira-Sequeira TCG, et al. Prevalence of intestinal parasites in dogs from São Paulo State, Brazil. *Vet Parasitol*, 103: 19-27, 2002.
14. Lorenzini G, Tasca T, De Carli GA. Prevalence of intestinal parasites in dogs and cats under veterinary care in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. *Braz j vet res anim sci*, 44(2): 137-45, 2007.
15. Cortes VA, Paim GV, Alencar-Filho RA. Infestação por ancilostomídeos e toxocarídeos em cães e gatos apreendidos em vias públicas, São Paulo (Brasil). *Rev Saúde Pública*, 22(4): 341-343, 1998.
16. Mentz MB, et al. Frequência de ovos de *Toxocara* spp. em três parques públicos da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Patolo Trop*, 33(1): 105-112, 2004.
17. Baermann G. Eine einfache Methode zur Auffindung von Ankylostomun (Nematoden). In: Baermann G. *Larven in Erdproben. Neded Geneesk Labt Welteverden Feestbundel*, Batavia, 1917. p. 41-47.
18. Hoffman WA, Pons JA, Janer SL. The concentration methods in schistosomiasis mansoni. *Journal of Public Health*, 9: 281-298, 1934.
19. Neves DP, et al. *Parasitologia humana*. 9. ed. São Paulo: Atheneu, 1995. 524p.
20. Assis M, et al. Prevalência de enteroparasitos em moradores de vilas periféricas de Porto Alegre, RS. *Rev Bras Anal Clin*, 35(4): 215-217, 2003.
21. De Carli GA (Org). *Parasitologia clínica: seleção de métodos e técnicas de laboratório para o diagnóstico de parasitoses em humanos*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. 906p.
22. Ishiyama S, et al. A small scale study on intestinal parasitosis in a remote village in Nepal. *Nepal Medical College Journal*, 5: 28-30, 2003.
23. Pavelecini RD, et al. Prevalência de infecções pelo *Strongyloides stercoralis* em uma área específica, vila dos papeleiros, na cidade de Porto Alegre, RS. *Rev Bras Anal Clin*, 36(1): 19-21, 2004.
24. Rai SK, et al. Intestinal parasitosis in an "unknown disease outbreak" hit rural hilly area in western Nepal. *Nepal Medical College Journal*, 2: 61-4, 2000.
25. Sánchez A, Mora J, Hernández F. Prevalencia de parasitos intestinales en adultos mayores, Hospital Raúl Bianco Cervantes. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*, 20(3-4): 167-173, 1999.
26. Araújo CFF, Correia JS. Frequência de parasitoses intestinais em idosos dos núcleos da Prefeitura de João Pessoa, Estado da Paraíba. *Rev Bras Anal Clin*, 29(4): 230-231, 1997.



Análise do bem-estar de idosos no Centro de Convivência da Terceira Idade

MARIA ALICE DE LIMA ALBUQUERQUE¹
VALÉRIA CONCEIÇÃO PASSOS DE CARVALHO²

RESUMO

O artigo demonstra a atuação fisioterapêutica preventiva em um Centro de Convivência. Estudo observacional e descritivo do tipo de corte transversal com um total de 30 idosos com faixa etária igual ou superior a 60 anos. Foram realizadas 10 sessões de fisioterapia e 10 palestras. Estas ministradas por profissionais da Atenção Básica. A coleta de dados foi realizada através da Escala de Depressão Geriátrica, Escala Gráfica Visual de Dor e sua localização através do Diagrama Postural. A análise dos dados foi descritiva com a apresentação das frequências. Verificou-se que 53,3% da amostra são mulheres, 36,6% encontram-se na faixa etária entre 60-64 anos, 93,3% não tem depressão, apenas 16,7% encontram-se felizes, sem dor e que 44% referem-se à região dos punhos e mãos como o local de maior prevalência de dor. O programa adotado na presente pesquisa sugere que a intervenção fisioterapêutica pode favorecer a manutenção da funcionalidade dos idosos envolvidos nas práticas, assim como as palestras educativas esclarecem dúvidas e tabus sobre os assuntos abordados. Desta forma as atividades desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Básica devem ter continuidade, pois este local além de ser estratégico na promoção da saúde destes idosos é de suma importância no bem-estar dos mesmos.

Palavras-chave: Atenção Básica; fisioterapia.

¹ Fisioterapeuta, coordenadora da Atenção Básica de Lagoa de Itaenga, Pernambuco. E-mail: malima60@hotmail.com.

² Professora titular da Universidade Católica de Pernambuco, Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

ABSTRACT

The article demonstrates the preventive physical therapeutic actions implemented in a Living Center. It is an observational and descriptive study involving a total of 30 patients aged less than 60 years. 10 sessions of physiotherapy and 10 lectures presented by Primary Care professionals were performed. Data collection was enumerated through the Geriatric Depression Scale, the Visual Graphic Scale of Pain and its location through the Posture Diagram. Data analysis was descriptive with the presentation of the frequencies.

It was found that 53.3% of the sample are women, 36.6% aged between 60-64 years old, 93.3% have no depression, only 16.7% are happy, without pain and 44% refer to the region of the wrists and hands as the most prevalent site of pain. The program adopted in this research suggests that physical therapy can favorably maintain the functionality of older people involved in practices, as well as educational lectures which answer questions about taboo issues addressed. Thus the activities developed by Primary Care professionals must continue, because this site as well as being strategic in promoting the Health Care of older people also enhances their chances of developing their life quality and welfare.

Keywords: Primary Care; physiotherapy.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. No trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social (BRASIL, 2006).

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Este fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, mas, mais recentemente, é nos países em desenvolvimento que o

envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada. No Brasil, o número de idosos (≥ 60 anos de idade) passou de 3 milhões em 1960 para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em 40 anos) e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020 (COSTA & VERAS, 2003).

O prolongamento da vida é idealizado por qualquer sociedade, no entanto não pode ser considerado apenas um período de sobrevivência caracterizado por declínios biológico, psicológico e social, mas como uma fase que deve ser vivenciada com qualidade (VERAS et al., 2008; CAMARGOS, MENDONÇA & VIANA, 2006).

O conceito de qualidade de vida é amplo e inclui uma variedade de dimensões que não se limitam às condições de saúde, controle de sintomas e intervenções médicas. Além dos indicadores objetivos, deve-se considerar algumas dimensões menos tangíveis, como: sentido de segurança, dignidade pessoal, oportunidades de atingir objetivos, satisfação com a vida, alegria e sentido positivo de si (INOYE, PEDRAZZANI & PAVARINI, 2008).

Essa nova visão do envelhecimento, considerando os idosos como participantes ativos na sociedade, desafia os serviços básicos de saúde quanto ao fortalecimento do trabalho interdisciplinar das suas equipes. Estudos relatam que as práticas de interagir saberes e fazeres são eficazes para a constituição de modelos assistenciais centrados na integralidade, no âmbito individual e coletivo (BEZERRA, SANTO & BATISTA, 2005; SANTOS-FILHO et al., 2006).

Do ponto de vista da saúde pública, investir na qualidade de vida de idosos da comunidade, para mantê-los em uma situação de envelhecimento ativo, deveria ser considerado fundamental para reduzir a necessidade de investimentos em prevenções secundária e terciária, em tratamentos, reabilitação e institucionalização (BORGES et al., 2008).

Segundo Domingos (2005), pode-se afirmar que uma das características mais significativas do Centro de Convivência é ser um campo interdisciplinar, um espaço de transversalidade dos aspectos biopsicossociais, culturais e conjunturais no que diz respeito aos idosos e aos profissionais. Assim, parte-se do pressuposto de que esse cenário oferece acolhimento, ampliação da rede social, solidariedade e promoção da saúde. Baseando-se nestas características, buscamos as evidências não empíricas para apontar o Centro de Convivência como apoio social para o enfrentamento dos agravos físicos, psicológicos e sociais apresentados pelos idosos.

A fisioterapia preventiva reúne um conjunto de exercícios físicos e respiratórios que ajudam a controlar sintomas como insônia, ansiedade, depressão, dores articulares e musculares que podem causar uma simples irritação até as

piores consequências. Possibilita também maior flexibilidade do corpo, coordenação, concentração, melhora de postura, relaxamento muscular, diminuição de tensão, além de trabalhar com a melhoria da autoestima (BARBOSA, 2009). E segundo Moreira et al. (2006), a fisioterapia, atuando junto com a equipe multidisciplinar, favorece a promoção da saúde, ou seja, age para que a população adoeça o menos possível.

Este estudo teve como objetivo analisar o bem-estar de idosos de um Centro de Convivência da Terceira Idade e a partir deste demonstrar a importância da atuação fisioterapêutica preventiva tendo em vista que não é realizada nenhuma atividade multiprofissional na promoção e prevenção da saúde com esse grupo.

Materiais e métodos

O município de Lagoa do Itaenga localiza-se na Mesorregião Mata e na Microrregião Mata Setentrional do Estado de Pernambuco, a 72 km de Recife, e conta com uma área de 61,7 km² (BELTRÃO, 2005). A população residente é de 20.614 habitantes (BRASIL, 2010) e adota desde 2000 o Programa Saúde da Família como estratégia de organização dos serviços de saúde. A cidade possui nove equipes, distribuídas em nove Unidades Básicas de Saúde (sete localizadas na zona urbana e duas na zona rural). As equipes são compostas de médico, odontólogo, enfermeiro e agentes comunitários de saúde (ALBUQUERQUE & CARVALHO, 2009). Existe um Centro de Convivência da Terceira Idade (CCI), mantido pela Secretaria de Ação Social, onde são realizadas atividades religiosas, de esporte, artes e lazer com idosos a partir de 60 anos. Atualmente cerca de 100 idosos frequentam o CCI.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães (ANEXO A). Estudo observacional e descritivo do tipo de corte transversal com um total de 30 idosos com faixa etária igual ou superior a 60 anos. Os critérios de inclusão foram: idoso hígido, ou seja, aquele que mantém sua autonomia e independência, sendo capaz de gerir sua própria vida mesmo que apresente uma ou mais de uma patologia, atendendo-se as limitações naturais da idade (RAMOS, 2003) e a frequência assídua nas dez sessões.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora de forma individual, no dia de 28 de setembro (15 idosos de manhã e 15 à tarde) de 2009, em espaço reservado pelo CCI. Os instrumentos utilizados na coleta dos dados foram: a Escala de Depressão Geriátrica, simplificada de Yesavage, com 15 itens (EDG-15), que é uma versão curta da escala original (Figura 1). Ela foi elaborada por

Sheikh e Yesavage (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão (PARADELA, LOURENÇO & VERAS, 2005). Com base no diagnóstico de investigação para a depressão, as 15 perguntas da escala classificam o indivíduo como normal, levemente deprimido ou severamente deprimido (YESAVAGE et al., 1983).

- 1 - Satisfeito(a) com a vida? (não)
- 2 - Interrompeu muitas vezes suas atividades? (sim)
- 3 - Acha sua vida vazia? (sim)
- 4 - Aborrece-se com frequência? (sim)
- 5 - Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não)
- 6 - Teme que algo ruim lhe aconteça? (sim)
- 7 - Sente-se alegre a maior parte do tempo? (não)
- 8 - Sente-se desamparado(a) com frequência? (sim)
- 9 - Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim)
- 10 - Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? (sim)
- 11 - Acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora? (não)
- 12 - Vale a pena viver como vive agora? (não)
- 13 - Sente-se cheio(a) de energia? (não)
- 14 - Acha que sua situação tem solução? (não)
- 15 - Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim)

Figura 1 – Escala de Depressão Geriátrica (abreviada de Yesavage)

Quando a resposta:

- For diferente do exemplo entre parênteses = 0
- For igual ao exemplo entre parênteses = 1

Pontuação total: 0-5: Normal
6-9: Depressão leve
>10: Depressão estabelecida

Na Escala Gráfica Visual de Dor (Figura 2) foram verificadas a presença e intensidade de algias corporais, bem como sua localização, com o Diagrama Postural ou Corporal (Figura 3). A primeira escala, disposta em horizontal, consiste em uma série de faces expressando níveis progressivos de angústias, em que 0 (zero) representa ausência de dor e 5 (cinco) a pior dor já sentida pelo indivíduo (ANDRADE, PEREIRA & SOUSA, 2006). Em relação ao Diagrama

Corporal, o paciente apontou com o dedo ou de forma verbal sua opinião de escolha referente à presença de dor (CALIL & PIMENTA, 2005) (Figura 3). O uso de diagramas corporais para aferição do local da dor tem sido recomendado. O conhecimento de todos os locais dolorosos, a análise em conformidade com a distribuição nervosa da região e a identificação de possíveis grupos musculares envolvidos podem ajudar a compreender a etiologia e a magnitude do quadro (CALIL, 2008).

Figura 2 – Escala Gráfica Visual

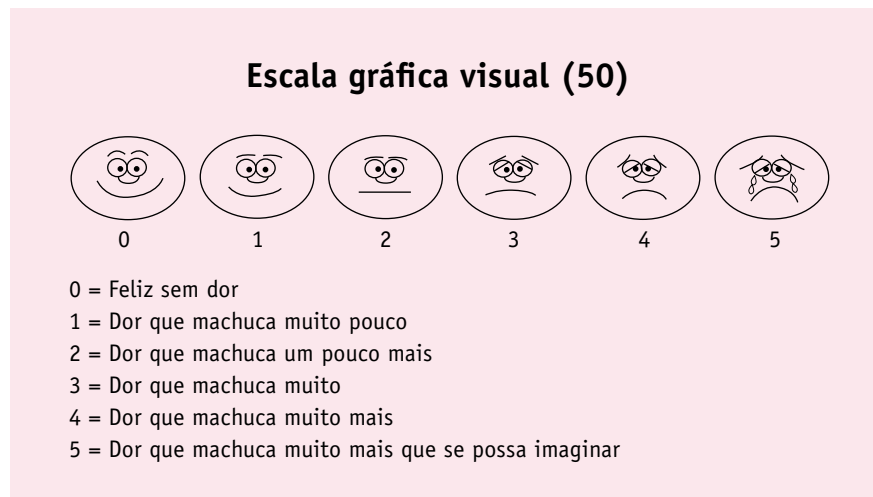
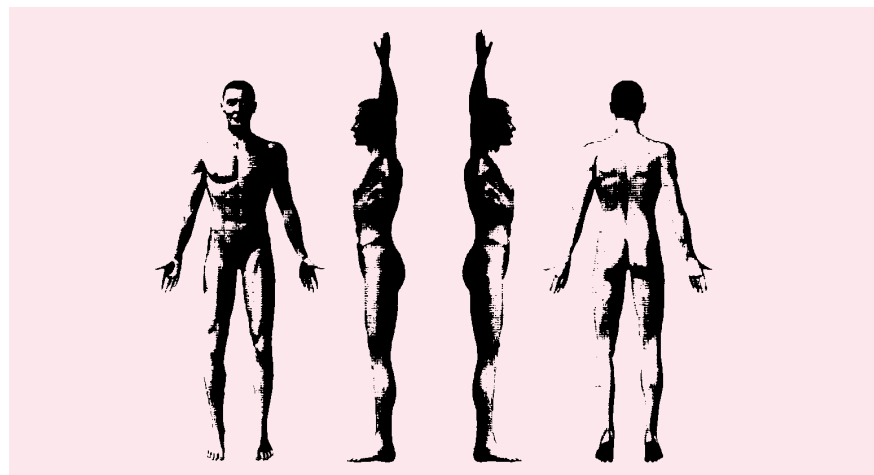


Figura 3 – Diagrama Postural



Além das escalas foram realizadas dez sessões de fisioterapia e dez palestras ministradas por profissionais da Atenção Básica. A atuação fisioterapêutica preventiva foi realizada por meio de dez sessões. Estas tiveram em média uma duração de 30 minutos com frequência de duas vezes/semana. O protocolo de atendimento fisioterapêutico está descrito no Quadro 1. Os materiais utilizados foram: cadeiras, bolas e bastões.

Quadro 1 – Protocolo fisioterapêutico realizado pela fisioterapeuta no CCI, no período de 5 de outubro a 11 de novembro de 2009

<p>Aquecimento (4 minutos)</p>	<p>Andar de frente com passos amplos e com movimentos alternados de flexão de ombro de 90° (1 min). Andar de frente realizando flexão de 90° de quadril e de joelho alternando movimentos de membros superiores (1 min.). Andar de lado com passos amplos, com movimento lateral de membros superiores, segurando um bastão na mão para cada lado (2 min.).</p>
<p>Autoalongamento (9 minutos)</p>	<p>Flexores, extensores e laterais da cabeça (3 min.). Peitoral maior com auxílio do bastão (1 min.). Flexão/adução horizontal cruzando os braços na frente do tórax (2 min.). Flexão do tronco para a frente apoiando as mãos na cadeira (1 min.). Alongamento do gastrocnêmio na posição de pé com as mãos apoiadas na cadeira (2 min.).</p>
<p>Exercícios de fortalecimento (8 minutos)</p>	<p>Flexão e extensão dos braços com bastão (2 min.). Flexão e extensão dos joelhos na posição sentada com o bastão embaixo dos pés (2 min.). Sentar e levantar da cadeira sem o auxílio das mãos com os braços na cadeira a 90° (2 min.). Apertar e soltar a bola entre as pernas (2 min.).</p>
<p>Exercícios de equilíbrio (6 minutos)</p>	<p>Andar de costas (1 min.). Em pé com um passo à frente com apenas uma mão segurando o bastão (2 min.). Jogar bola com os amigos do grupo com apoio unipodal (2 min.). Ficar em pé só de olhos abertos e depois fechados (1 min.).</p>
<p>Relaxamento (3 minutos)</p>	<p>Com todos sentados, realizou-se exercício respiratório, visando ao relaxamento e, conseqüentemente, para que a musculatura voltasse gradativamente ao normal.</p>

As palestras foram ministradas por diversos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e tiveram uma duração 30 minutos (20 min. palestra e 10 min. para dúvidas e discussões) com frequência de duas vezes/semana (Quadro 2). Alguns itens foram entregues, como: panfletos, preservativos e kits de higiene bucal.

Quadro 2 – Cronograma de palestras realizadas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família no CCI, no período de 5 de outubro a 11 de novembro de 2009

Data	Tema	Profissional do PSF
5/10/09	<i>Diabetes mellitos</i>	Enfermeira
7/10/09	Saúde bucal	Dentista
13/10/09	Higiene pessoal	Enfermeira
14/10/09	Hipertensão arterial	Enfermeira
19/10/09	Sexualidade na terceira idade	Enfermeira
21/10/09	Acidente vascular cerebral	Enfermeira
26/11/09	Automedicação	Farmacêutica
28/11/09	Aplicação da insulina	Farmacêutica
9/11/09	Tabagismo	Médica
11/11/09	Alimentação saudável	Enfermeira

A apresentação das variáveis mensuradas foi feita por meio de tabelas ou gráficos incluindo também o uso de algumas medidas descritivas. A análise dos dados foi descritiva com a apresentação das frequências.

Resultados e discussão

Na amostra de 30 idosos, houve predominância do sexo feminino com 53,3% (n=16); com relação à faixa etária, temos que 36,6% (n=11) se encontravam entre 60 e 64 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição quanto a sexo e idade dos idosos

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	16	53,3
Masculino	14	46,7
Idade		
60-64 anos	11	36,6
65-69 anos	4	13,4
70-74 anos	9	30,0
Acima de 75 anos	6	20,0

O perfil da amostra da nossa pesquisa se assemelha aos estudos conduzidos por Oliveira, Gomes e Oliveira (2006) e por Pereira et al. (2008), nos quais a maioria das amostras era composta por idosos jovens. De acordo com Barreto et al. (2003), várias são as explicações para esse fato: as mulheres ficam viúvas e mais solitárias na terceira idade; já os homens tendem a outro casamento; tradicionalmente, os homens resistem a engajar-se em atividades de cunho mais cultural, educacional e lúdico. Segundo Borges et al. (2008), as ações destinadas aos grupos de convivência de idosos devem considerar o universo feminino na terceira idade e suas peculiaridades, ao mesmo tempo em que considerem alternativas que atraiam os homens, favorecendo sua integração social, informação, lazer e qualidade de vida.

Em relação à faixa etária, dados semelhantes foram encontrados no estudo de Borges et al. (2008) e Pereira et al. (2008). Para que idosos frequentem o Centro de Convivência é necessário competência e manejo razoáveis no desempenho das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), as quais possuem um nível de complexidade maior que as Atividades de Vida Diária (AVD) e que, com o aumento da idade, aumenta proporcionalmente o aparecimento de algum grau de dependência, tanto nas AVDs quanto nas AIVDs. Dessa maneira, é compreensível a maior frequência de idosos jovens que estão com sua capacidade funcional preservada (BARRETO et al., 2003). A localização do CCI também pode contribuir para que idosos mais jovens frequentem esse local, pois existe uma ladeira em frente do centro, dificultando o acesso aos de idade mais avançada.

Ao se analisar a prevalência de depressão na amostra, avaliada por meio da pontuação da Escala de Depressão Geriátrica, observou-se que 3% da amostra foi classificada com depressão estabelecida, assim como depressão leve, e 94% dos casos não tinham depressão (Figura 4).

Figura 4 – Distribuição quanto à Escala de Depressão Geriátrica

Distribuição Escala de Depressão Geriátrica	
Normal	94%
Depressão Leve	3%
Depressão Estabelecida	3%

No estudo de Oliveira, Gomes e Oliveira (2006) sobre a prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência, observou-se que, dos 118 idosos analisados, 70% não foram caracterizados como depressivos, tendo em vista que seu escore variou entre zero e cinco pontos. Entre os deprimidos, 26% foram caracterizados tendo depressão leve ou moderada (escore de 6 a 10 pontos) e 4% como portadores de depressão grave (escore de 11 pontos ou maior). Em outro estudo com 26 idosos de um Centro de Convivência em Floriano-PI, constatou-se que 38,4% dos indivíduos estudados apresentavam depressão leve, 7,6% depressão grave e 54% sem sinais de depressão (PEREIRA et al., 2008). Pode-se atribuir a baixa prevalência de depressão no presente estudo talvez às atividades desenvolvidas por tais idosos no referido centro.

De acordo com Mazo et al. (2005), a reinserção social por meio de grupos de convivência, a aproximação da família e a atividade física podem permitir que o estado depressivo seja controlado em fase adequada, sendo possível até mesmo a sua reversão com evidentes benefícios para o idoso. Permanecer ativo é componente essencial para envelhecer saudável.

Na Tabela 2, são descritos os resultados encontrados na variável intensidade da dor, assim temos que 30% (n=9) dos idosos relataram ter uma intensidade da dor que machuca um pouco mais, assinalada segundo a escala de faces com a caricatura número 2, e apenas 16,7% (n=5) encontram-se felizes, sem dor.

Tabela 2 – Distribuição quanto à Escala Gráfica Visual

Variáveis	N	%
Escala Gráfica Visual		
0 - Feliz, sem dor	5	16,7
1 - Dor que machuca muito pouco	7	23,3
2 - Dor que machuca um pouco mais	9	30,0
3 - Dor que machuca muito	8	26,7
4 - Dor que machuca muito mais	1	3,3
5 - Dor que machuca muito mais que se possa imaginar	0	0

A ordem desta frequência foi semelhante no estudo de Oréfice (2007). Os idosos podem relutar em expressar a sua dor por receio de parecerem doentes e por relacionarem a dor com o avanço da doença e/ou aproximação da morte. Além do mais, os idosos podem omitir sintomas por acreditarem que façam parte do envelhecimento normal ou da sua doença. Deve-se questionar o significado da dor para o paciente, seus receios, bem como atitudes positivas (enfrentamento) ou negativas (isolamento, reclusão social, supervalorização de problemas menores) (GOMES & TEIXEIRA, 2006).

Com relação à localização da dor no Diagrama Postural (Figura 5), 44% (n=11) referiram a região dos punhos e das mãos com a maior prevalência, seguida pelos tornozelos e pés, com 36,0% (n=9,) dos casos. Vale ressaltar que alguns participantes relataram sentir dor em mais de um segmento corporal.

Figura 5 – Distribuição da dor quanto ao Diagrama Postural

Distribuição da dor quanto ao Diagrama Postural	
Coxas	4%
Não sabe infomar	8%
Quadril e nádegas	8%
Ombros	8%
Todas as articulações	12%
Joelhos	12%
Barriga	12%
Coluna inferior	12%
Pescoço	20%
Cotovelos	28%
Tornozelos e pés	36%
Punhos e mãos	44%

A dor está entre os principais fatores limitadores da possibilidade de o idoso manter seu cotidiano de maneira normal, impactando negativamente na qualidade de vida do indivíduo idoso, prejudicando de algum modo a realização das atividades de vida diária, bem como restringindo, em algumas situações, a convivência, levando-os ao isolamento social. Detectou-se também que muitos idosos sentem dor e convivem com ela diariamente, tentando manter a aparência de uma vida normal. Alguns motivos os levam a não se queixarem, talvez pelo temor em serem mal interpretados, tachados de poliqueixosos ou, ainda, já terem se acostumado com a não valorização de sua dor (CELICH & GALON, 2009).

A Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), amplia as especialidades e o número de profissionais da Atenção Básica, com ações comuns nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de Saúde da Família e outros setores. Como, por exemplo, o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações nos equi-

pamentos públicos (escolas, creches, igrejas, pastorais, etc.) (BRASIL, 2010). Dessa forma, com a implantação do NASF no município haverá a ampliação das atividades desenvolvidas por esses profissionais no CCI.

Vale ressaltar que a amostra foi de apenas 30 idosos e que atualmente cerca de 100 frequentam esse centro, ou seja, para que todos os idosos participem, os materiais utilizados nas sessões precisam ser adaptados a um público maior. De acordo com o Brasil (2010), existem 1.831 idosos em Lagoa de Itaenga. É necessário que um número maior de idosos participe das atividades desse Centro de Convivência.

Os grupos de convivência passam a representar para esses idosos um novo espaço de expressão, aprendizagem, troca de experiências, valorização pessoal, social e de desenvolvimento biopsicossociocultural. Trata-se, portanto, de um projeto de caráter preventivo, terapêutico e promocional, que cria oportunidades para que os idosos possam melhorar e exercitar a convivência grupal, cooperação, participação cidadã e a consequente organização, influenciando diretamente na sua qualidade de vida (SILVA & KINOSHITA, 2009).

Sendo assim, esses grupos podem representar uma estratégia eficaz de política pública de promoção de um estilo de vida ativo (TOSCANO & OLIVEIRA, 2009).

Conclusões

Os resultados indicam que entre os 30 idosos que frequentam o Centro de Convivência da Terceira Idade de Lagoa de Itaenga há principalmente mulheres. A faixa etária entre 60-64 anos demonstra a participação de idosos mais jovens. A maioria desses idosos não tem depressão, apenas 16,7% encontram-se felizes, sem dor e 44% referem-se à região de punhos e mãos como o local de maior prevalência de dor.

O programa adotado na presente pesquisa sugere que a intervenção fisioterapêutica pode favorecer a manutenção da funcionalidade dos idosos envolvidos nas práticas, assim como as palestras educativas esclarecem dúvidas e tabus sobre os assuntos abordados. Dessa forma as atividades desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Básica devem ter continuidade, pois esse local, além de ser estratégico na promoção da saúde desses idosos, é de suma importância no seu bem-estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, M.A.L.; CARVALHO, V.C.P. O papel do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. *Revista Eletrônica Inspirar*, Curitiba, v. 1, n. 2, p.15-19, ago/set. 2009.
- ANDRADE, F.A.; PEREIRA, L.V.; SOUSA, F.A.E.F. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 271-276, mar./abr. 2006.
- BARBOSA, J.C. *Fisioterapia preventiva para idoso*. Voz On Line, 22 abr. 2009. Disponível em: <http://jornalvoz.com/site2/index.php?option=com_content&view=article&id=527:fisioterapia-preventiva-idosos&catid=56:voce-sua-familia&Itemid=174>. Acesso em: 10 jul. 2010.
- BARRETO K.M.L. et al. Perfil socioepidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no Estado de Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 3, n. 3, p. 339-354, set. 2003.
- BELTRÃO, B.A. et al. *Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea. Diagnóstico do município de Lagoa do Itaenga*. Ministério de Minas e Energia. Pernambuco, out. 2005. Disponível em: <<http://www.cprm.gov.br/rehi/atlas/pernambuco/relatorios/LDIT093.pdf>>. Acesso em: 9 jul. 2010.
- BEZERRA, A.F.B.; SANTO, A.C.G.; BATISTA, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 809-815, out. 2005.
- BORGES, P.L.C. et al. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2.798-2.808, dez. 2008.
- BRASIL. Departamento de informática do SUS (DATASUS) – Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 5 jul. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/nasf.php>>. Acesso em: 13 jul. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica*, Brasília, n. 19, p. 10, 2006.
- CALIL, A.M. Avaliação da dor e analgesia no atendimento pré-hospitalar em pacientes de trauma. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Rio Grande do Sul, v. 29, n. 2, p. 308-313, jun. 2008.
- CALIL, A.M.; PIMENTA, C.A.M. Intensidade da dor e adequação de analgesia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 692-699, set./out. 2005.
- CAMARGOS, C.N.; MENDONÇA, C.A.; VIANA, E.M.B. Política, estado e sociedade: o Estatuto do Idoso e a atenção à saúde. *Comunica Ciência Saúde*, Distrito Federal, v. 17, n. 3, p. 217-227, 2006.
- CELICH, K.L.S.; GALON, C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 345-359, 2009.
- COSTA, M.F.L.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, mai./jun. 2003.

- DOMINGOS, A.M. *Sobre o apoio social em um centro de convivência. A percepção dos idosos. Projeto de assistência integral à pessoa idosa.* Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, jun. 2005.
- INOYE, K.; PEDRAZZANI, E.S.; PAVARINI, S.C.I. Octogenários e cuidadores: perfil socio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. *Texto-Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 350-357, abr./jun. 2008.
- GOMES, J.C.P.; TEIXEIRA, M.J. Como diagnosticar e tratar dor no idoso. *Revista Brasileira de Medicina e na Pediatria Moderna*, São Paulo, p. 554-563, outubro 2006.
- MAZO, G.Z. et al. Tendência a estados depressivos em idosos praticantes de atividade física. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, Santa Catarina, v. 7, n. 1, p. 45-49, 2005.
- MOREIRA, P.H.B. et al. A inserção do fisioterapeuta na equipe multiprofissional – Programa Saúde da Família (PSF). *Rede de Fisioterapia na Saúde Coletiva*, 2006. Disponível em: <<http://fisionasaude.com.br/>>. Acesso em: 3 jun. 2010.
- OLIVEIRA, D.A.A.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R.F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 734-736, ago. 2006.
- ORÉFICE, J.L.F. *Qualidade de vida e dor física em idosos.* Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2007.
- PARADELA, E.M.P.; LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P. Validação da Escala de Depressão Geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 918-923, jul. 2005.
- PEREIRA, M.M.G. et al. Prevalência de depressão em idosos, através da Escala de Depressão Geriátrica, em um centro de convivência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM, 11, 2008, Belém, PA. Pôster. Belém, PA: 2008.
- RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, mai./jun. 2003.
- SANTOS-FILHO, S.D. et al. O interesse científico no estudo do envelhecimento e prevenção em ciências biomédicas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, p. 70-78, jul./dez. 2006.
- SILVA, M.I.; KINOSHITA, F. A participação dos idosos nos grupos de convivência como uma possibilidade de um envelhecimento saudável. *Revista Eletrônica de Extensão*, Santa Catarina, v. 6, n. 7, jul. 2009.
- TOSCANO, J.J.O.; OLIVEIRA, A.C.C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, São Paulo, v. 15, n. 3, mai./jun. 2009.
- VERAS, R.P. et al. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 497-502, jun. 2008.
- YESAVAGE, J.A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Jornal Psiquiatria Res*, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.



Perfil dos cuidadores de pacientes com demência de Alzheimer

REGINA CLÁUDIA DA SILVA RODRIGUES¹

BRUNA CRISTINA CARDOSO MARTINS²

MIRIAN PARENTE MONTEIRO³

EUDIANA VALE FRANCELINO³

RESUMO

Objetivo: conhecer o perfil socioeconômico dos cuidadores de pessoas com demência de Alzheimer (DA) e aspectos de vida e saúde. Estudo transversal consecutivo quantitativo com 293 cuidadores de pacientes com Alzheimer atendidos na Farmácia Ambulatorial do Hospital Geral Dr. César Cals, entre novembro de 2009 e fevereiro de 2010. Instrumentos utilizados: questionário sociodemográfico e de avaliação social do cuidador – *Caregiver Burden Scale (CBS)*. Análise dos dados: programa EPI Info versão 3.3, em frequências absoluta e relativa. Resultados: a maioria dos cuidadores foi do gênero feminino (87,3%), sendo 195 com vínculo familiar, na faixa etária de 18 a 80 anos. A maioria (n=158) não referiu problemas de saúde; dos que referiram (n=132), 58 responderam ter hipertensão. Questionário CBS – Quesito Tensão geral: 114 (39%) cuidadores responderam que algumas vezes enfrentaram problemas difíceis; Quesito Isolamento: 246 (84%) responderam que de modo algum evitavam convidar amigos e conhecidos para sua casa, por causa do problema de seu parente; Quesito Decepção: 249 entrevistados responderam que de modo algum achavam que a vida tinha sido injusta. Conclusão: os resultados obtidos apontam ser necessária uma atenção especial com o cuidador, principalmente no aspecto psicológico e de assistência compartilhada.

Palavras-chave: doença de Alzheimer; cuidadores; estresse psicológico.

¹ Departamento de Saúde Pública, da Universidade Estadual do Ceará.

E-mail: claudia.1802@hotmail.com

² Residência multiprofissional, no Hospital Universitário Walter Cantídio.

E-mail: brunacristina.martins@bol.com.br

³ Departamento de Farmácia, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará.

E-mails: mirianparente@uol.com.br; eudiana_vale@yahoo.com.br

ABSTRAT

Objective: To get to know aspects of life and health of caregivers of people with Alzheimer's dementia. **Methods:** This is a consecutive cross-sectional quantitative study with 293 caregivers of Alzheimer patients treated at the Pharmacy Ambulatory at the Doctor César Cals General Hospital, from November 2009 to February 2010. **Instruments:** a questionnaire to evaluate the caregivers in their social aspects – Caregiver Burden Scale (CBS) and a questionnaire to identify their socio-demographic profile. **Data were analyzed on EPI Info. version 3.3, from the absolute and relative frequencies.** **Results:** almost all caregivers were female (87.3%), 195 had parental relationship with their patients and age ranging from 18 to 80 years. The majority (n = 158) reported no health problems, from those who reported (n = 132), 58 mentioned having hypertension. CBS questionnaire – General tension: 114 (39%) caregivers answered that they sometimes faced difficult problems; Isolation: 246 (84%) responded they never avoided inviting friends and acquaintances to their homes because of the problems with the relatives; Disappointment: 249 respondents answered that in no way felt that life is unfair. **Conclusion:** the research demonstrated the relevance of a special attention to caregivers of patients with the Alzheimer's disease, especially in the psychological aspects and shared care.

Key words: Alzheimer's disease; caregivers; stress psychological.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, em consequência de diversos fatores, como a melhoria das condições sanitárias e de acesso a bens e serviços, as pessoas têm vivido mais tempo. Os avanços na área da saúde têm possibilitado que cada vez mais pessoas consigam viver por um período mais prolongado, mesmo possuindo algum tipo de incapacidade¹. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil está no grupo dos dez países com mais idosos no mundo².

Em 2025, o Brasil será o 6º país do mundo quanto ao contingente de idosos. Com o envelhecimento da população mundial, inclusive da brasileira, haverá uma possibilidade de maior incidência de doenças crônico-degenerativas causadoras de demência, entre as quais se destaca a demência de Alzheimer (DA)^{3,4}. A causa mais frequente de demência é a DA, representando 50% a 70% dos casos^{3,5}.

A DA é caracterizada por um declínio progressivo nas áreas de cognição, função e comportamento. O tratamento desta enfermidade objetiva a lenta evolução da demência, uma vez que não se conhece a cura. Em função disso, o indivíduo apresenta alterações progressivas, principalmente em três domínios: 1º) memória, 2º) comportamento e 3º) atividades funcionais da vida diária. Nesta condição, significa que o indivíduo vai perdendo sua autonomia e independência e, obrigatoriamente, necessita de um cuidador, seja este um familiar, um profissional de saúde, um cuidador formal, um voluntário, enfim, alguém que possa intervir junto a esse indivíduo⁶.

Cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. Para conseguir cuidar de forma adequada de seus familiares, sem descuidar do seu próprio bem-estar; o cuidador tem comprometido sua qualidade de vida⁷.

Dessa forma, a presença do cuidador para a terceira idade, nos lares, mais especificamente na DA, tem sido mais frequente, havendo a necessidade de avaliar sua qualidade de vida e orientá-lo para o cuidado. Pesquisas têm evidenciado que o declínio do paciente e suas demandas específicas são fatores importantes de estresse para os cuidadores. Estes apresentam altos índices de sintomas psiquiátricos, especialmente a depressão, altos índices de conflitos familiares e ainda prejuízos no sistema imunológico¹.

Há vários métodos utilizados em pesquisas para avaliar a sobrecarga (impacto) dos idosos com demência sobre os cuidadores, entre eles o mais utilizado é a escala *Zarit Burden Interview*. O *Caregiver Burden Scale*

(CBS) é outro método traduzido e validado para a realidade brasileira por Medeiros et al. (1998), que questiona o cuidador quanto a sua impressão sobre cinco tópicos, quatro deles relacionados ao aspecto emocional e um com relação ao ambiente físico do domicílio. A aplicação do instrumento pode ser feita por entrevistadores ou autoadministrada, justificando-se também a sua utilização para esta pesquisa.

Pesquisas que abordem estudos sobre cuidadores são recentes na literatura e, sob esse aspecto relevante, faz-se necessária uma abordagem local sobre o tema em uma unidade de referência no município de Fortaleza.

Metodologia

Estudo de caráter transversal, consecutivo quantitativo, foi realizado na Farmácia Ambulatorial do Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), localizado na Avenida do Imperador nº 545, Centro, Fortaleza-CE. O hospital constitui-se como um hospital geral de assistência terciária humanizada realizando procedimentos de alta complexidade, em clínica e cirurgia e no atendimento materno-infantil, preferencialmente a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Existem aproximadamente 1.800 pacientes cadastrados no Serviço de Farmácia Ambulatorial, e entre as especialidades atendidas está a geriatria. O estudo foi realizado no período de novembro de 2009 a fevereiro de 2010. Para obtenção de uma amostra representativa da população-alvo (no caso, cuidadores), inicialmente foi identificado na Farmácia Ambulatorial (FA) da instituição esse total de pacientes, e empregou-se a fórmula de cálculo de amostra para populações finitas, resultando em 294 cuidadores (correspondendo a 24,1% do total). Foram incluídos na amostra todos os cuidadores de pacientes portadores da demência do tipo Alzheimer, atendidos na Farmácia Ambulatorial da instituição e que estavam presentes no momento da visita do entrevistador no serviço de farmácia e concordaram em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) na FA. Vale ressaltar que foi considerado cuidador aquela pessoa diretamente responsável pelos cuidados do paciente, normalmente a esposa, um dos filhos ou outro parente, ou, ainda, uma pessoa contratada para a função.

Foi utilizado, para avaliar o impacto da doença sobre o cuidador, o *Caregiver Burden Scale* (CBS), questionário validado por Medeiros (1988)

para a população brasileira. É um instrumento composto de 22 questões, agrupadas em cinco dimensões (Tensão geral, Isolamento, Decepção, Envolvimento emocional e Ambiente), no qual a pontuação irá variar de acordo com a resposta em cada dimensão (De modo algum: 1; Raramente: 2; Algumas vezes: 3 e Frequentemente: 4). E no qual o valor igual a 1 tem menor efeito sobre a qualidade de vida do cuidador e 4 tem um grande efeito. O escore total desse questionário é obtido pela média aritmética dos valores equivalentes às respostas das 22 questões e o escore individual é obtido a partir da média aritmética dos valores equivalentes às respostas das questões específicas de cada dimensão.

As variáveis exploradas nesse estudo foram: 1) Características relacionadas ao cuidador: a) Gênero (masculino e feminino); b) Idade (em anos); c) Estado civil do cuidador; d) Escolaridade; e) Ocupação anterior; f) Ocupação atual; g) Problema de saúde; h) Tempo de duração do problema de saúde do cuidador; i) Renda familiar mensal; j) Número de pessoas que vivem com essa renda; k) Número de pessoas que moram com o paciente; l) Possui religião; m) Parentesco com o paciente; n) Tempo como cuidador. Características exploradas no *Caregiver Burden Scale (CBS)*: Tensão geral, Isolamento, Decepção, Envolvimento emocional e Ambiente.

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição hospitalar sob o número de protocolo 357/09 e seguiu os preceitos éticos da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Utilizou-se o programa EPI Info versão 3.3 para cálculo e análise dos dados.

Resultados

A amostra foi composta por 294 cuidadores, desse total apenas um dos sujeitos não aceitou assinar o Termo de Consentimento, sendo excluído do estudo, consistindo numa amostra de 293 entrevistados. O grupo caracterizou-se pela maioria de participantes do gênero feminino (87,3%). A idade dos entrevistados variou de 18 a 80 anos, sendo a maior concentração na faixa etária de 45 a 52 anos (Quadro 1).

Quadro 1 – Faixa etária dos cuidadores

Faixa etária	Frequência	Porcentagem (%)
≤ 20 anos	4	1,3
21 – 30 anos	18	6,0
31 – 40 anos	41	13,9
41 – 50 anos	99	33,7
>50 anos	130	44,1
Não mencionou idade	01	0,3
Total	293	100

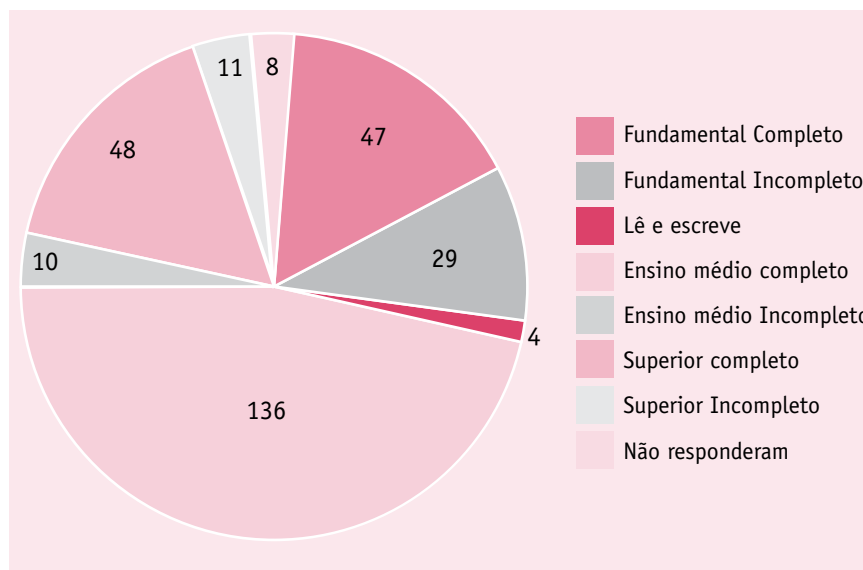
Em relação ao grau de parentesco, os cuidadores desse estudo eram, na maioria, filhos (n=195) (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Parentesco



Quanto ao nível de escolaridade dos entrevistados (Gráfico 2), 136 possuíam o Ensino Médio completo, seguido por 48 cuidadores com curso superior completo. Apenas 8 entrevistados não responderam a essa pergunta. Em relação ao estado civil, 165 cuidadores eram casados. Quanto ao número de pessoas que moravam com o paciente, o maior percentual foi de 3-5 (44%), seguido da faixa de 1-2 (41,3%).

Gráfico 2 – Escolaridade dos cuidadores



As profissões mencionadas pelos cuidadores que não possuíam nenhum parentesco com o paciente foram: a) auxiliar de enfermagem; b) cuidador formal; c) enfermeira. Entre todos os cuidadores, 79 responderam que tinham 36 meses nessa ocupação. Um dado importante encontrado nessa amostra é que 24 pessoas, que atualmente eram cuidadores, anteriormente eram donas de casa e, atualmente, 185 entrevistados são somente cuidadores.

A renda familiar mensal (Quadro 2) foi caracterizada pela faixa de um salário mínimo a cinco salários mínimos. A média de pessoas que dependiam da renda declarada pelos entrevistados foi de 3-6 pessoas.

Quadro 2 - Renda familiar mensal

Renda familiar mensal	Frequência	Porcentagem (%)
< 1 SM*	3	1,2
1 SM – 5 SM	210	87,1
> 5 SM	28	11,4
Não responderam	52	17,7
Total	293	100

*Salário Mínimo utilizado na tabela refere-se ao valor R\$ 465,00 (na época da pesquisa).

No tocante à religião, 276 cuidadores referiram ter uma religião definida, sendo os índices de catolicismo maiores (n=220), porém apenas 226 realmente praticam a religião que escolheram.

Quando investigado sobre a situação de saúde do cuidador, 158 não relataram morbidades. Porém 132 relataram apresentar alguma doença, sendo a hipertensão (n=58) a mais referida, seguida de diabetes, artrose e depressão. Três cuidadores não responderam a essa pergunta. Além disso, foi analisada a variável do tempo de duração do problema de saúde, sendo que 79 cuidadores se encontravam na faixa de 1-10 anos. Em nossa pesquisa, somente 91 (31,05%) entrevistados relataram receber assistência de profissionais da área da saúde. As categorias envolvidas na assistência ao cuidador foram os profissionais de Saúde da Família (n=27); agentes comunitários de saúde (n=22); atendimento particular (n=13). Já em relação à assistência familiar recebida pelos cuidadores, 238 (81,23%) entrevistados responderam receber auxílio em suas atividades.

Nesta pesquisa foi também analisada a percepção do cuidador em relação ao paciente. Entre os entrevistados, 136 (46,41%) disseram que o idoso estava muito dependente, aumentando, assim, as suas atividades e responsabilidades. O restante ficou dividido em: a) 101 cuidadores que avaliaram o idoso como dependente; b) 55 cuidadores que avaliaram como pouco dependente; e c) 1 não soube avaliar essa percepção. Os cuidadores, também, foram questionados quanto à percepção de dor e desconforto manifestados pelo paciente; 117 (39,27%) responsáveis não perceberam *nenhuma dor*, seguidos de: a) 130 que perceberam *pouca dor e desconforto*; b) 42 *muita dor e desconforto*; e c) 4 *não souberam avaliar*. O conceito *regular* foi o mais atribuído pelos cuidadores quando estes foram perguntados sobre: a) o relacionamento do paciente com outras pessoas (n=164; 55,03%), b) a comunicação do paciente com outros (n=178; 60,0%), c) quanto à procura dos pacientes por distrações (n=127; 42,62%) e d) o estado emocional desses pacientes (n=193; 64,76%).

Os resultados obtidos a partir das 22 questões relativas ao questionário *Caregiver Burden Scale* (CBS) estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 - Resultados das dimensões analisadas no CBS

VARIÁVEL	RESPOSTA MAIS FREQUENTE	% (n)
DIMENSÃO: TENSÃO GERAL		
Enfrentaram problemas difíceis de resolver	"Algumas vezes" (Pontuação: 3)	38,25 (114)
Assumiram bastantes responsabilidades para o bem-estar do paciente		33,36 (100)
Sentiam-se esgotados e sem força fisicamente		39,26 (117)
Era desgastante mentalmente ou muito preocupante cuidar do idoso com demência		37,24 (111)
Sentiam vontade de fugir de toda aquela situação em que se encontravam	"De modo algum" (Pontuação: 1)	49,66 (148)
Sentia-se preso pelo problema de seu parente		40,0 (116)
Estava a sua saúde prejudicada em razão dos cuidados que presta ao doente		60,1 (191)
Achavam que não tinham tempo para si		51,34 (153)
DIMENSÃO: ISOLAMENTO		
Evitavam convidar amigos e conhecidos para a sua casa	"De modo algum" (Pontuação: 1)	82,55 (246)
Diminuíam o tempo para a sua vida social		44,63 (133)
O problema de saúde do seu parente atrapalhou seus planos		47,65 (142)
DIMENSÃO: DECEPÇÃO		
Achava que a vida foi injusta	"De modo algum" (Pontuação: 1)	83,56 (249)
Esperava uma vida diferente		50,33 (150)
Sentiam-se sozinhos e isolados		64,76 (193)
Achava cansativo cuidar do seu parente		40,27 (120)
Tinham dificuldades financeiras por cuidar de um paciente com demência		61,07 (182)
DIMENSÃO: ENVOLVIMENTO EMOCIONAL		
Sentiam vergonha do comportamento do seu parente	"De modo algum" (Pontuação: 1)	74,83 (223)
Alguma vez já se sentiram ofendidos e com raiva		50,67 (151)
O comportamento do parente deixava-os em situação embaraçosa		58,4 (174)
DIMENSÃO: AMBIENTE		
Achavam o ambiente de sua casa difícil para o cuidado do seu parente	"De modo algum" (Pontuação: 1)	82,88 (247)
Existia algo no bairro em que mora que dificultasse o cuidado do doente		78,52 (234)
Preocupavam-se em não estar cuidando direito do seu parente	"Algumas vezes" (Pontuação: 3)	47,1 (138)

Discussão

A família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo a dignidade, o bem-estar e o direito à vida^{8,9}.

Nossos resultados foram concordantes com pesquisas anteriores em que a maioria dos cuidadores de pacientes com alguma síndrome demencial é de familiares e que a responsabilidade sobre os cuidados de pacientes idosos recai, na maioria das vezes, sobre a mulher^{10,12}. Mulheres que exercem papel de cuidadoras costumam sofrer um impacto maior, possivelmente pelas diferenças de tarefas exercidas pelo cuidador do sexo feminino e aquele do sexo masculino. As mulheres assumem com mais frequência tarefas desgastantes, como a higiene do paciente, além de terem de gerenciar os trabalhos domésticos¹³.

NÃO HÁ CONSENSO NA LITERATURA QUANTO À RELAÇÃO ENTRE IMPACTO DA DEPENDÊNCIA DO PACIENTE SOBRE O CUIDADOR E O TEMPO DECORRIDO NA FUNÇÃO DE CUIDAR.

Segundo Nakatani¹⁴, a baixa escolaridade interfere, direta ou indiretamente, na prestação de cuidados aos idosos. Há uma queda na qualidade do serviço prestado quando o cuidador não possui um nível de escolaridade alto, pois este necessita seguir dietas, prescrições e manusear medicamentos (ler receitas médicas, entender a dosagem e a via de administração, etc.). Entretanto, na pesquisa abordada, tivemos um percentual razoável para a escolaridade: n=136 (46%) cuidadores com Ensino Médio completo, levando a acreditar que com esse grau de instrução os cuidadores conseguem compreender melhor as orientações passadas e apresentam mais discernimento para escolher e oferecer melhores cuidados a seus pacientes.

Na nossa pesquisa, quando confrontamos a renda mencionada com o número de pessoas que dependem dessa renda, levanta-se a suposição de que a contratação de um profissional capacitado para cuidar do idoso é inviável e a manutenção de condições que contribuam para uma boa qualidade de vida fica comprometida. Laham¹⁵ também encontrou dado semelhante com maior percentual para a renda entre 3-5 salários mínimos (30%).

Não há consenso na literatura quanto à relação entre impacto da dependência do paciente sobre o cuidador e o tempo decorrido na função de cuidar. Um estudo mostrou que o impacto no cuidador tende a melhorar ao longo do tempo e outro evidenciou que quanto mais prolongado o

tempo de cuidado maior é também o impacto no cuidador, possivelmente porque, com o passar do tempo, ocorre uma maior sobrecarga sobre esse cuidador^{10,16-17}. Considerando esse fato, nossa pesquisa encontrou 79 cuidadores com três anos na atividade do cuidar, observando também nesse grupo um maior tempo de duração de morbidades como hipertensão, diabetes, artrose e depressão.

O número de pessoas que residem no mesmo domicílio parece significar também uma melhor rede de apoio para o cuidador, visto que há mais pessoas próximas que podem ajudar e se revezar no cuidado¹⁸. Entretanto Laham¹⁵ considera que um grande número de pessoas no domicílio, convivendo com o paciente, não significa garantia de ajuda no cuidado e maior atenção ao doente. De acordo com nossa abordagem, os entrevistados apontaram um número entre três e seis pessoas como predominante no convívio familiar, além do paciente com DA. Com esse quantitativo, não foi observada nenhuma queixa com referência à falta de apoio nos cuidados, pelo contrário, a maioria (81,23%) respondeu receber auxílio familiar durante o cuidado com o paciente.

Analisando-se estudos anteriores, em todos eles os cuidadores familiares se ressentem pela falta de uma rede de suporte mais efetivo nas áreas de saúde e social, e carecem de treinamentos e orientações específicas para a realização dos cuidados no âmbito domiciliar¹⁹. É indispensável uma avaliação contínua da equipe de saúde. Para isso, é necessário que a equipe estabeleça vínculos com todos os membros da família do idoso, particularmente com os cuidadores¹⁴. O cuidador de idosos dependentes precisa ser alvo de orientação sobre como proceder nas situações mais difíceis, e receber em casa visitas periódicas de profissionais: médico, pessoal de enfermagem, de fisioterapia e outras modalidades de capacitação e supervisão²⁰. Neste aspecto se verificou um baixo índice de assistência de profissionais da área da saúde (31,05%), fato relatado pelos entrevistados, apontando que é necessário um acompanhamento efetivo por parte desses profissionais e que resulte em melhoria da qualidade de vida dos cuidadores.

Em relação às respostas obtidas no questionário CBS, observou-se que as tensões enfrentadas pelo cuidador não são consideradas tão desgastantes e incômodas para eles. A resposta “de modo algum” foi predominante em todas as dimensões do questionário, demonstrando um quadro diferenciado do que é visto em outros trabalhos sobre o tema. No

SABE-SE QUE UMA SOBRECARGA DE TRABALHO AFETA A QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA, PREJUDICANDO O LAZER, A SAÚDE, A VIDA EM SOCIEDADE, ETC. TAL SITUAÇÃO PREDISPÕE MUITOS CUIDADORES A RISCOS DE FADIGA, ESTRESSE, ISOLAMENTO SOCIAL, DEPRESSÃO, ALÉM DE OUTRAS CONSEQUÊNCIAS FÍSICAS, O QUE PREDISPÕE OS CUIDADORES A UM ELEVADO RISCO DE ADOECIMENTO.

Brasil, a transição demográfica e a transição epidemiológica têm provocado, cada vez mais, um quadro de sobrevivência de idosos com dependência. Estes precisam de uma pessoa com inteira dedicação para suprir suas incapacidades na realização das atividades de vida diária. Essas pessoas são familiares dos idosos que, geralmente, residem no mesmo domicílio²¹. O cuidador passa por um “amontoado” de emoções, como abatimento, desespero, depressão, pena, sobrecarga física e emocional, entre outras, visto que há uma família que precisa ser assistida quanto ao próprio doente⁷.

Sabe-se que uma sobrecarga de trabalho afeta a qualidade de vida da pessoa, prejudicando o lazer, a saúde, a vida em sociedade, etc. Tal situação predispõe muitos cuidadores a riscos de fadiga, estresse, isolamento social, depressão, além de outras consequências físicas, o que predispõe os cuidadores a um elevado risco de adoecimento. É provável que essas pessoas que se dedicam aos serviços domésticos acabem realizando a tarefa de cuidar do familiar dependente como uma extensão dessas atividades¹⁸. Em alguns casos, em razão da demanda de afazeres, os cuidadores tendem a se isolar do convívio social, o que podemos constatar no item “Diminuíam o tempo para a sua vida social” da dimensão *Isolamento* do CBS, em que 133 entrevistados afirmaram essa situação.

Em pesquisa realizada com cuidadoras, por Sommerhalder e Neri²², nas avaliações negativas feitas pelas autoras destacaram-se: a) a falta de tempo para a família, os amigos e o lazer; b) não conseguir delegar funções; c) ter medo de críticas sociais; e d) ter conflitos entre a vida profissional e as atividades de cuidado. Com relação às informações obtidas por meio do questionário CBS, identificamos nesse estudo pontos concordantes, como: a) Diminuíam o tempo para a sua vida social (Dimensão *Isolamento*); b) Era desgastante mentalmente ou muito preocupante cuidar do idoso com demência (Dimensão *Tensão geral*); c) Preocupação por não estar cuidando direito (Dimensão *Ambiente*); e d) O problema de saúde do seu parente atrapalhou seus planos (Dimensão *Isolamento*).

Os cuidadores de idosos muito dependentes têm diminuição da sua qualidade de vida pelo fato de essa atividade restringir significativamente a interação social desses indivíduos, não havendo tempo para cuidar da sua própria saúde¹⁹. Outro estudo evidenciou que cuidadores de idosos

dementes apresentam um pior julgamento sobre a própria saúde, sentem-se mais estressados e com a vida afetiva e social mais limitada do que cuidadores de idosos não dementes²³. Pesquisas demonstram que os cuidadores apresentam uma piora na saúde física¹⁷ e um prejuízo no sistema imunológico, que pode persistir por até quatro anos após o falecimento do paciente¹¹. Os entrevistados da nossa pesquisa relataram problemas de hipertensão, seguidos por diabetes, artrose e depressão. No estudo realizado por Engelhardt et al.²⁴, em decorrência do impacto do paciente com DA, até 60% dos cuidadores podem desenvolver sintomas físicos (hipertensão arterial, desordens digestivas, doenças respiratórias e propensão a infecções) e psicológicos (depressão, ansiedade e insônia).

Outro resultado importante e positivo para o cuidado do paciente com DA no questionário CBS é a dimensão “Ambiente”. Alguns entrevistados mencionaram que “algumas vezes” acham que não estão fazendo direito o ato de cuidar. Sabe-se que o ambiente pode interferir bastante, tanto na vida do paciente como também naquela do cuidador. De acordo com Coelho et al.²⁵, o processo de cuidar na fase inicial da doença envolve principalmente cuidados focados na supervisão com vistas à prevenção de acidentes, além do que está imerso em sentimentos ambíguos por parte do cuidador, o qual mescla compaixão, afeto e tolerância a irritação, medo, insegurança e desafetos. Essa reflexão é fundamental para se entender a dinâmica de cuidar desses pacientes.

Ainda com relação às dimensões do CBS, as respostas “de modo algum” pontuadas em escores iguais a 1, e que foram predominantes nos questionários do nosso grupo de cuidadores, demonstraram um menor impacto dos problemas vivenciados na função de cuidar sobre suas qualidades de vida.

Conclusão

É importante uma reflexão sobre os aspectos de vida e zelo dos cuidadores perante os seus pacientes com demência de Alzheimer, cuja temática já vem sendo discutida por diversos trabalhos publicados. Uma atenção especial pode ser dada aos resultados identificados no CBS, nos quais a visão do cuidador, ante as dimensões como *isolamento*, *decepção* e *envolvimento emocional*, ressaltou que “de modo algum” havia interferência na vida do cuidador nos vários aspectos abordados nesses itens.

Em contrapartida, na dimensão *ambiente*, ainda se observa certa apreensão no manejo do cuidado, de estar fazendo o correto com relação ao tratamento do paciente. Isso é refletido na pesquisa, quando esses entrevistados mencionam falta de assistência psicológica e médica enquanto exercem a função de cuidadores, na sua maioria um tempo de três anos, o que resultou no surgimento de sintomas psicológicos e físicos. Em razão desse fato se constata a necessidade da existência de um apoio aos cuidadores. A equipe institucional direcionada ao paciente com Alzheimer poderia ser encarregada de proporcionar esse suporte aos cuidadores, além do que já é realizado com os pacientes, contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida desses cuidadores e, conseqüentemente, do paciente com DA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília: 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
2. Falcão DVS. Doença de Alzheimer: um estudo sobre o papel das filhas cuidadoras e suas relações familiares. [tese] Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2006.
3. Caramelli P, Barbosa MT. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? Rev Bras Psiquiatr 2002; 24(supl 1): 7-10.
4. Vilela LP, Caramelli PA. Doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. Rev Assoc Med Bras 2006; 52(3): 148-152.
5. Câmara DC, Menezes AK, Campos CMT. Atendimento interdisciplinar a pacientes com demência e seus cuidadores. Arq Geriatr Gerontol 1998; 2(1): 11-21.
6. Sena ELS, Gonçalves LHT. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer – perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. Texto Contexto Enferm 2008; 17(2): 232-240.
7. Freitas ICC et al. Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. Rev Bras Enferm 2008; 61(4): 508-513.
8. Brasil. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras diretrizes. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1994/8842.htm>>.
9. Silverstein M, Litwak EA. Task specific typology of intergeracional family structure in later life. Gerontologist 1993; 33(2): 258-269.

10. Haley W. The family caregiver's role in Alzheimer's disease. *Neurology* 1997; 48(5): 25-29.
11. Neri AL. Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. In: Neri AL, organizadora. *As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador*. São Paulo: Alínea; 2002. p. 9-63.
12. Lemos ND, Gazzola JM, Ramos LR. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. *Saúde Soc* 2006; 15(3): 170-179.
13. Cruz MN, Hamdan AC. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. *Psicol Estud* 2008; 13(2): 223-229.
14. Nakatani AYK et al. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Eletr Enferm* 2003; 5(1): 15-20.
15. Laham CF. Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.
16. Hinrichsen GA, Niederehe G. Dementia management strategies and adjustment of family members of older patients. *Gerontologist* 1994; 34(1): 95-102.
17. Garrido R, Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(6): 835-841.
18. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(2): 232-240.
19. Paula JÁ, Roque FP, Araújo FS. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. *J Bras Psiquiatr* 2008; 57(4): 283-287.
20. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 861-866.
21. Caldas PC. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(3): 773-781.
22. Sommerhalder C, Neri AL. Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. In: Neri AL, organizadora. *Cuidados ao cuidador: questões psicossociais*. Campinas: Átomo & Alínea; 2001. p. 91-132.
23. Grafstrom M, et al. Health and social consequences for relatives of demented and non-demented elderly: a population study. *J Clin Epidemiol* 1992; 45(8): 861-870.
24. Engelhardt E, Dourado M, Lacks J. A doença de Alzheimer e o impacto nos cuidadores. *Rev Bras Neurol* 2005; 14(2): 5-11.
25. Coelho GS, Alvim NAT. A dinâmica familiar, as fases do idoso com Alzheimer e os estágios vivenciados pela família na relação do cuidado no espaço domiciliar. *Rev Bras Enferm* 2004; 57(5): 541-544.



Entrevista: **Berta Lange de Morretes**

Compartilhar, este o verbo preferido da Prof^a Berta Lange de Morretes. Berta nasceu na Alemanha e veio para o Brasil, ainda criança, com os pais e uma irmã após a Primeira Guerra Mundial. Estabeleceram-se em Curitiba e mais tarde vieram para São Paulo quando seu pai foi convidado para ser um dos pesquisadores do Museu Paulista. Aos 95 anos de idade, está há 72 anos na USP, sua carreira confunde-se com a história da universidade. Nesta entrevista, concedida em sua sala no Instituto de Biociências na cidade universitária, a educadora que tem em seus pais o modelo de vida, relembra os passeios em família quando se apaixonou pela vida das plantas e animais. De fala firme e opinião forte, não esconde o prazer que sente em continuar relacionando-se com os jovens alunos com quem, conta, continua aprendendo.

REVISTA A senhora pode contar um pouco sobre a sua família, sobre a sua infância?

BERTA Olha, eu acho que tive uma infância muito feliz. Tenho duas irmãs e um irmão. Meu pai e minha mãe gostavam muito da natureza. Aos domingos eles nos levavam para passear, para estar em contato com a natureza. Durante o passeio costumavam explicar e contar sobre as plantas, sobre os animais. Assim, nós éramos integrados a um ambiente que, em geral, as outras crianças ficavam sem conhecer.



REVISTA Sua mãe era alemã e seu pai brasileiro?

BERTA Sim. Meu pai, Frederico Lange de Morretes, foi para a Europa complementar o estudo de artes, desenho e pintura. Minha mãe estudava canto na mesma universidade, foi onde se conheceram. Eles se encontraram, namoraram, casaram. Moraram na Alemanha, no início da vida de casados, na casa de meu avô materno que era médico. Meu avô era muito querido, porque como médico atendia a todo distrito, toda a região onde morava.

REVISTA Seus pais permaneceram na Alemanha até quando?

BERTA Nós moramos na Alemanha até o fim da guerra (Primeira Guerra Mundial 1914-1918). Quando rompeu a guerra meu pai foi chamado e avisado que não poderia sair da cidade, porque falava cinco idiomas: italiano, português, francês, alemão e inglês, então, ele teria que servir como intérprete em caso de necessidade.

REVISTA A senhora nasceu na Alemanha?

BERTA Sim, eu nasci na Alemanha em 1917, na região da Baviera, numa cidade chamada Iffeldorf, que é um sonho de natureza bonita. Minha irmã Ruth também nasceu lá. Já a Ana Maria e o Flávio nasceram no Brasil.

REVISTA Quando a família veio para o Brasil?

BERTA Viemos na primeira embarcação que veio para o Brasil depois da guerra. Fomos direto para o Paraná. Meu avô paterno era o diretor da estrada de ferro Curitiba-Paranaguá, engenheiro, ele que construiu a estrada. Uma das coisas das quais eu me orgulho é essa estrada, escavada na pedra e complementada com ferro onde nunca houve um acidente. Eu lembro que quando nós chegamos, meu avô foi nos esperar com o vagão de serviços em Paranaguá. Esse vagão era um sonho. Tinha uma cozinha, uma saleta de estar, uma sala de jantar e dormitório para duas pessoas. Era um sonho! Eu me encantei com essa moradia sobre trilhos.

REVISTA Quantos anos você tinha quando veio para o Brasil?

BERTA Eu tinha três ou quatro anos. Certa vez, eu lembro que meu avô foi fazer um sanduiche para mim. Eu peguei na mão dele e disse “___ Vovô, você está usando a manteiga do dia todo, não pode”.



“ACREDITO QUE TEMOS DE DIVIDIR TUDO QUE PODEMOS COM OS OUTROS. ACREDITO QUE FOI ALGO QUE MARCOU MINHA EDUCAÇÃO INFANTIL.”

REVISTA Isso porque vocês viveram a escassez da guerra.

BERTA Isso mesmo. Meu avô chorou e disse “__Agora você vai comer pãozinho com manteiga todo dia. Você não está mais na Alemanha no tempo da guerra, você está no Brasil.” Daí ele passava manteiga régia no meu pão. Era um encanto e hoje eu entendo, o porquê ele chorou. Foi pela emoção causada por uma criança não ter nada, não ter manteiga! E isso não era nada aqui no Brasil. Isso fica dentro da gente. Acredito que temos de dividir tudo que podemos com os outros. Acredito que foi algo que marcou minha educação infantil.

REVISTA A senhora, até hoje, compartilha o seu saber, a sua experiência com jovens. Com 95 anos tem orientando do mestrado e do doutorado. Sua vida transcorre compartilhando momentos com os jovens.

BERTA Sempre compartilhando, sempre que me procuraram, eu reparti. Eu não quero só para mim. Eu reparto com os outros a minha melhor parte.

REVISTA Conte para nós sobre sua vida acadêmica. Você e sua irmã Ruth estudaram na USP.

BERTA Sim. Quando meus pais nos perguntaram, depois que terminamos o ginásio, o que queríamos fazer, nós duas dissemos que queríamos estudar história natural. A universidade era recém-criada e não havia professores para algumas disciplinas. Então, o governo mandou para a Europa o Teodoro Ramos (Teodoro Augusto Ramos, comissionado pelo governador de São Paulo, Armando de Salles Oliveira para chefiar a comitiva acadêmica que foi à Europa (1934) contratar pesquisadores para a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo (FFCL)). Lembro que as pessoas ficavam espantadas de termos professores estrangeiros. Na verdade, nós também ficamos espantados em saber que íamos ter aulas em francês, inglês e italiano ((risos)). Professores alemães foram os primeiros a dar aula em português. ((nomes alemães dos professores)). Agora, quem nunca deu aula em português foram os italianos.

REVISTA Parece que havia um professor italiano terrível. Vi em uma entrevista que os alunos praticamente aprenderam italiano com os xingamentos dele?

BERTA Ah sim, o professor Honorato. Ele era professor de Biologia. Para terem uma ideia, ele dava aula em italiano e ao final dizia “__ um voluntario”. Ninguém queria ser voluntário. ((risos)). Então ele apontava “__ ragazzo...”. Daí quando o coitado não entendia o que ele queria, ele dizia “... ignorante, stupid....” tudo em italiano ((risos)).

REVISTA Devia ser muito difícil, não é mesmo?

BERTA E como. Outra coisa. Durante a aula, ele fechava a porta da sala e trancava com chave. Você imagina? Quatro horas trancada lá e o banheiro?

REVISTA Como vocês faziam?

BERTA Bem, nós construímos uma via de saída. Colocamos uma mesa, uma cadeira, encostadas à janela. Do lado de fora, um encosto e assento de um banco. Era assim! Corria para o banheiro e voltava para a sala de aula pela mesma saída. Um dia, o Honorato me pegou nessa rota do banheiro e gritou à distância “__ Morretes dove vai? Eu fiquei meio assim encabulada, e falei “__vou ao banheiro”. Pois, dali para diante, ele dava aula, fechava a porta, mas não passava mais a chave.

REVISTA Seu curso teve início no prédio da faculdade de Medicina.

BERTA Sim. Agora você veja, quando a gente quer estudar como é. Quando terminamos o ginásio, meu pai foi convidado a trabalhar num museu paulista como administrador. Nos mudamos do Paraná para o São Paulo. Fomos morar na Rua Tabor, em frente ao Museu do Ipiranga. As aulas da nova faculdade não eram no Ipiranga, eram na faculdade de Medicina. Minha irmã e eu fazíamos o seguinte, nós morávamos na Rua Tabor, e vínhamos a pé até aqui à faculdade de Medicina. Saíamos de madrugada. Era uma época que São Paulo e Paraná não se enquadravam então, o pessoal não conversava com a gente.

REVISTA A faculdade não era gratuita, no início. Era difícil pagar.

BERTA Sim, vínhamos a pé para a faculdade de Medicina e para almoçar, nós almoçávamos onde? No cemitério do Araçá ((risos)). Até hoje eu me lembro da entrada do cemitério e de um túmulo que era nossa mesa. Era o lugar mais próximo, porque não tínhamos dinheiro para restaurante. Nós saíamos da aula, almoçávamos no cemitério e voltávamos para a aula. Foi uma época que formou a gente, que nos fez compreender que as pessoas eram diferentes, e que precisavam de coisas diferentes.

REVISTA Como era essa história de que os alunos de medicina não aceitavam muito bem os alunos de História Natural?

BERTA Eles não gostavam da gente. E eu acho compreensível. Você tem um espaço e chega um curso inteiro! Era muita gente, então, isso deu problema que depois foi resolvido.

REVISTA Depois o curso transferiu-se para a Alameda Gleite, no centro de São Paulo?

BERTA Exato. Nessa época o governador era Adhemar de Barros e em dado momento disse ao diretor da faculdade que ia acabar com o curso. O diretor ficou chateado, chamou os alunos e sugeriu que os alunos pedissem uma audiência com o governador para contar o que fazíamos. Nós pedimos a audiência, fomos ao palácio, fomos recebidos, éramos cinco moças e cinco rapazes. No palácio, um dos colegas do grupo leu nossas reivindicações. O governador perguntou “__mais alguma coisa?” Dissemos “__não.” Ele olhou para o chefe do gabinete e disse “__ os jovens estão detidos!”. Lá fomos nós. Cinco homens e cinco mulheres, detidos numa sala do palácio do governo. Depois de três horas o oficial de gabinete veio e disse “__o governador está pronto para receber vocês”. Novamente, nosso colega leu todas as reivindicações, porque nós achávamos que ele não podia fechar a faculdade etc. Ele acabou de ouvir e perguntou “__ mais alguma

coisa?” respondemos “__Não”. Ele virou para o oficial do gabinete e disse “__ os jovens estão detidos”. Daí ele nos levou e ficamos detidos até às três horas da tarde. Depois, ele mandou nos chamar de novo. Nosso colega leu tudo novamente e ele “__ os jovens estão detidos”. Em um dado momento o oficial de gabinete disse “__ as moças saem e os rapazes permanecem detidos”. Então, nós dissemos “__ não, entraram cinco homens e cinco mulheres, por que só as mulheres?” Ele olhou para nós “__ assim, então, todos ficam”. Ficamos todos nós até dez horas da noite. Saímos, descemos a Alameda Glete que era puro centro de meretrício e fomos até a Avenida São João pegar o bonde para irmos para casa.

REVISTA Ele não fechou a faculdade, o curso continuou.

BERTA Não fechou. A nossa vingança foi que na festa de formatura quando chegou a hora de cumprimentar o governador, passamos por ele sem tomar conhecimento dele. Ele ficou de mão estendida e nós passamos por ele felizes e contentes ((risos)). Menos a comissão organizadora, que deve ter detestado esse tipo de atitude. Após minha formatura em 1941, no dia seguinte, eu fui nomeada para o departamento de Botânica e minha irmã, contratada para o departamento de Biologia . Ouvimos algumas coisas assim “___ mas, uma dupla, logo vocês duas? Uns dias depois da formatura?” ((risos))

REVISTA Seu pai, além de pesquisador era também um artista.

BERTA Meu pai era pintor. Ele mudou para a Alemanha a conselho de seus professores aqui do Brasil para se especializar em desenho e pintura. Na Alemanha, ele conheceu minha mãe que estudava na mesma Universidade. Minha mãe era cantora, estudou correção de voz. Eles se conheceram, se gostaram, se casaram e foram morar na casa de meu avô materno. Você sabe, me lembro dele. Era um homem barbudo e mandava em Deus e em todos. Era médico e cuidava de todo distrito onde morávamos. Era muito querido e muito responsável. Essas coisas ficam na cabeça da gente.

REVISTA Então, você tem por parte de pai essa veia artística e de pesquisadora também.

BERTA Agora, você tocou num assunto... O nome do meu pai, quando foi para a Alemanha, não era Lange de Morretes. Seu nome era apenas Frederico Lange. Acontece que na Alemanha, na universidade, existiam centenas de “Fredericos Langes” e muitos deles jovens, estudantes e bagunceiros. Certa vez, o reitor da faculdade convocou aqueles estudantes todos e disse que em função do comportamento deles, seriam obrigados, a partir dessa data, ir a um cartório e anexar ao sobrenome o nome da cidade em que eles nasceram por causa da bagunça que eles estavam fazendo, e daí que nasceu o Frederico de Morretes.

REVISTA Vocês tiveram aulas com seu pai, como ele era como professor?

BERTA Olhe, com os filhos ele era cem por cento durão, com os outros, era mais largado. A gente sofria com ele, ele não permitia para nós – minha irmã e eu - o que permitia para os outros. Quando nós reclamamos, ele nos chamou e disse “__ eu garanto que vocês preferem que o pai de vocês tenha sido justo e durão com vocês do que se vocês tivessem passado de qualquer jeito. E vocês sempre vão ter esse tratamento.”

REVISTA E a relação com sua mãe?

BERTA Era boa, mas ela também era durona. Dentro da arte, ele não admitia brincadeira. Agora, em casa ela era um amor.

REVISTA E vocês não quiseram seguir o caminho das artes como sua mãe? Preferiram o lado de pesquisa. Como era isso?

BERTA Era uma coisa engraçada, porque de um lado nós tínhamos a experiência do pai, mas por outro lado, a da mãe e a gente também seguia. Tinha momentos que essas duas coisas se batiam e a gente tinha que escolher a quem a gente queria seguir. Isso, para uma criança é difícil. Muito difícil.



REVISTA De que maneira aparecia esse conflito, tem alguma história?

BERTA Por exemplo, você queria fazer uma coisa, daí vinha o lado paterno que dizia “__você não pode.” “__ Por que não pode?” “__Por isso, isso, isso.” daí a gente ia para a mãe, que tinha dito ao contrário que dizia “__ não, a vida não é igual para todo mundo. Você acha que o fulano é igual ao outro?” Mas era assim. Tínhamos que falar, tínhamos que dialogar. Perguntas e respostas.

REVISTA Por outro lado, você também mencionou que isso te ajudou a perceber nas relações que as pessoas são diferentes, a respeitar as diferenças.

BERTA Com certeza, essa educação do tempo de criança me ajudou a entender, a respeitar coisas que eu nunca respeitaria se eu não tivesse tido essa vivência, porque tem que acontecer para você passar a entender. Você tem que ser sincero e transparente. Por exemplo, com o governador, quando ele nos chamou ao gabinete para conversarmos, nós dissemos que não estávamos de acordo com o que estava dizendo. Ele olhou para nós e disse “__ o governador sou eu”. Nós dissemos, e olha a coragem “__ sim senhor, o governador é o senhor, mas quem está sofrendo as consequências somos nós”. Falamos na cara dele. Acho que por isso que ele tinha raiva da gente, porque nós nunca escondemos nossa opinião.

REVISTA Vocês eram jovens lutando pelos seus direitos.

BERTA Essa foi uma coisa boa, que deveria existir hoje, ser transparente e sincero. Você encontra um aluno dizendo “__Ah, o professor fulano é chato”, mas ele não vai dizer para o professor, ele fala para os outros. Isso não está certo!

REVISTA Como é sua relação com seus alunos? Com seus orientandos?

BERTA Eu tenho uma boa relação, em minha opinião, são boas, já na opinião dos alunos, eu não sei ((risos)).

REVISTA Com 95 anos, como você sente suas relações com esses jovens?

BERTA Veja, eu procuro aprender. Porque quando eu percebo que meu aluno não gosta de algo, eu tenho que perguntar o porquê. Não é eu dizer assim, não gosta, tem que saber por que não gosta. Saber, o que está acontecendo, se você precisa mudar seu comportamento.

REVISTA Para ter a percepção de um conflito, a gente precisa ter um olhar mais crítico sobre si mesmo.

BERTA Como professor, a gente tem que entender que todo mundo não é igual. De 40 alunos, não tem como 40 serem iguaizinhos. Agora, é o professor que tem que esforçar-se para perceber onde está o problema.

REVISTA O que é para você o educar, o ensinar? Vai além de uma profissão, não é verdade? O que você pode dizer sobre isso?

BERTA É algo sagrado. Porque vai transmitir algo que pode lhe servir para o resto da vida. Então você tem que ser cuidadoso. Porque tudo fica. Veja, se você olhar para trás, quantas coisas você já aprendeu. Outra coisa que precisamos saber e tentar transmitir. Não é tudo igual. Cada um é um "eu". Você não pode querer ser igual a alguém, cada um tem o seu jeito. Eu aprendo muito com meus alunos. Entro na sala de aula e faço funcionar o miolo ((risos)), penso o que vou aprender. Você tem que estar atento aos alunos. É preciso honestidade. Todo mundo pensa que é dono da verdade. Todo mundo pensa que é o melhor da área. Não é.



“VEJA, SE VOCÊ OLHAR PARA TRÁS, QUANTAS COISAS VOCÊ JÁ APRENDEU. OUTRA COISA QUE PRECISAMOS SABER E TENTAR TRANSMITIR. NÃO É TUDO IGUAL. CADA UM É UM “EU”. VOCÊ NÃO PODE QUERER SER IGUAL A ALGUÉM, CADA UM TEM O SEU JEITO. EU APRENDO MUITO COM MEUS ALUNOS.”



“AS PESSOAS NÃO SÃO IGUAIS.
ÀS VEZES QUEREM QUE TODO MUNDO
SEJA IGUALZINHO E NÃO SOMOS.
É IMPORTANTE SER TRANSPARENTE.”

REVISTA Falta humildade?

BERTA Sim, humildade é o termo. As pessoas não são iguais. Às vezes querem que todo mundo seja igualzinho e não somos. É importante ser transparente. Sabe, é por esse motivo que digo, sinto falta da educação infantil. Sinto falta da educação doméstica.

REVISTA Você considera que as relações familiares de hoje são diferentes?

BERTA Sim, os pais estão mais distanciados da criança. Acho que essa falta de atenção para com a criança aparece depois no adulto. Foi muito importante a educação que meus pais me deram, quando eu era criança. Quando eu tinha quatro anos, saíamos aos domingos para aprender sobre plantas e animais. No domingo seguinte durante outro passeio meu pai e minha mãe perguntavam “__o que é isso, o que é aquilo?” Para ver se tínhamos aprendido, ou não. Lembro de um domingo que saí com meu pai e vimos um cachorro deitado na beira da estrada com uma cara esquelética. Eu perguntei para meu pai “__ ele está doente?” Meu pai disse “__ não, ele deve estar com fome. Nós vamos comprar comida para ele”. Tinha um botequim perto e ele foi lá comprou pão, sardinha, olhe, você devia ver, eu nunca mais vou esquecer, como o cachorro devorou a comida.

REVISTA Aos 95 anos, atuando como professora, pesquisadora e educadora, como você vê suas potencialidades e o que você vê como suas dificuldades?

BERTA Você fez uma pergunta difícil de ser respondida. Primeiro, as pessoas não encaram uma pessoa de 95 anos com capacidade de raciocínio de trabalho. Então, eles dizem, é um velho. É um velho, rotulado.

REVISTA E você mostra o contrário no seu cotidiano.

BERTA Sim, todos os dias. Mostro o que ainda posso fazer. Acontece que tudo isso depende de sua trajetória de vida, de sua educação desde a infância e vai depender da sua vontade de continuar ou não. Tem gente que diz “__ não vale a pena”. Quando se diz isso “__ não vale a pena” já é metade do caminho perdido. Eu gosto, e acho,

que vale a pena até o fim. Eu tenho obrigação. Primeiro, eu recebi ensino. Ensino gratuito. Segundo, na melhor faculdade que existe, na melhor universidade que existe. Terceiro, você tem professores, a maioria, dispostos a atender todas as vezes que necessita. Não é toda faculdade que isso acontece. Essa boa vontade para com o alunato não existe em todo lugar. Aqui na USP existe.

REVISTA **Você dá de volta o que você recebeu. Você retorna para a comunidade.**

BERTA Sim. Uma das coisas que a gente precisa aprender é compartilhar. Se você tem uma coisa e ela é boa, trata de distribuir. Compartilhe, porque essa rede de compartilhamento gera outros tantos de compartilhamentos. Os jovens devem abrir os olhos para aprender. Os jovens devem ter ouvidos para aproveitarem o que estão ouvindo. Saber separar “__eu quero isso” ou “__não quero isso”.

REVISTA **O prazer é importante?**

BERTA Com certeza. Ter prazer no que faz, é muito importante. E a gente poder ver o resultado é outra coisa importante. Olha, eu fico feliz quando dou uma aula e depois aparece um aluno que faz determinada pergunta. Sei que despertei a curiosidade.

REVISTA **Para encerrar gostaria de dizer algo mais?**

BERTA Sim, compartilhar sempre foi uma das coisas mais importantes de minha vida e continua sendo, enquanto eu puder.

REVISTA **Professora Berta. Agradecemos sua gentileza em nos receber e dividir conosco e com nossos leitores suas histórias.**

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 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, 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, Roberto Eduardo Lefèvre, Rosana Aparecida da Silva, Silvio Gonzáles, Wallace Garroux Sampaio, William Pedro Luz

Membros Suplentes: Aparecido do Carmo Mendes, Arnaldo José Pieralini, Atílio Machado Peppe, Cêlio 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, 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, Costabile Matarazzo Junior, Ozias Bueno



Berta Lange de Morretes

sescsp.org.br

