

VOL. 22 - Nº 51 - JULHO DE 2011

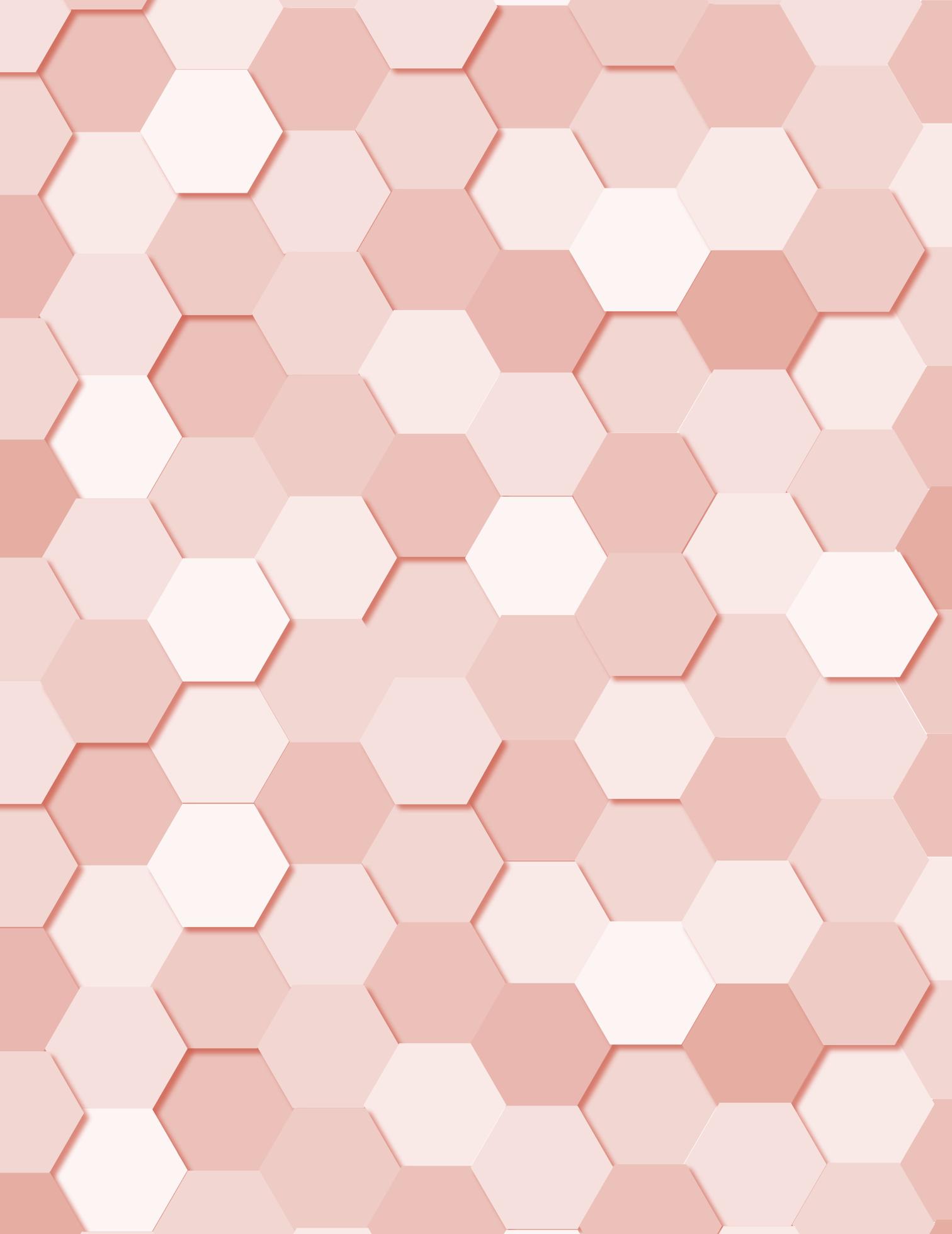
ISSN 1676-0336

ATERCEIRIDADE

Estudos sobre Envelhecimento

SESC

- Corpo e sexualidade nas experiências de envelhecimento de homens gays em São Paulo
- Quedas em idosos: fatores de risco, consequências e medidas preventivas
- A política e os conselhos de idosos: uma questão de cidadania
- A finitude na perspectiva do idoso do gênero masculino
- Avaliação da capacidade funcional de indivíduos institucionalizados com acidente vascular encefálico
- Entrevista com o farmacêutico Paulo Queiroz Marques



ATERCEIRIDADE

Estudos sobre Envelhecimento

ISSN 1676-0336



VOLUME 22
NÚMERO 51
JULHO 2011

Publicação técnica editada pelo
SESC – Serviço Social do Comércio

SESC - Serviço Social do Comércio

Administração Regional no Estado de São Paulo

Presidente do Conselho Regional

Abram Szajman

Diretor do Departamento Regional

Daniilo Santos de Miranda

Superintendentes

Administração Luiz Deoclécio Massaro
Galina

Técnico-Social Joel Naimayer Padula

Comunicação Social Ivan Giannini

Assessoria Técnica de Planejamento -
Coordenador Sérgio José Battistelli

Gerentes

Estudos e Programas da Terceira Idade
Cláudio Alarcon

Adjunto Lilia Ladislau

Artes Gráficas Hécio Magalhães

Comissão Editorial

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

Secretária Carla Ferreira da Silva

Editoração e capa: Lourdes Teixeira Benedan

Fotografias pag. 1, 3 e 6: Beth Brasileiro
pag.: 1, 3, 20 e 30: Paulo Preto; pag.
1,3 e 46: Nilton Silva; pag. 1, 3 e
60: Fotomontagem Lourdes Teixeira
Benedan; pag. 1, 3, 76, 81, 84,
86, 91, 95, 98 e 4ª capa: Tatiana
Brandão

Revisão: Marco Storani

Transcrição entrevista: Maria Clara Machado

Errata: Revista nº 50

Capa: Erica Dias sobre arte de Prata
Design Gráfico para Seminário
Encontro de Gerações.

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** **Corpo e sexualidade nas experiências de envelhecimento de homens gays em São Paulo**
Júlio Assis Simões
- 20** **Quedas em idosos: fatores de risco, consequências e medidas preventivas**
Roberta Bolzani de Miranda Dias, Marilene Rodrigues Portella e Hugo Tourinho Filho
- 30** **A política e os conselhos de idosos: uma questão de cidadania**
Maria Aparecida Ribeiro
- 45** **A finitude na perspectiva do idoso do gênero masculino**
Sandra Carolina Farias de Oliveira
- 60** **Avaliação da capacidade funcional de indivíduos institucionalizados com acidente vascular encefálico**
Cristiano Andrade Quintão Coelho Rocha
- 76** Entrevista com o farmacêutico **Paulo Queiroz Marques**



Preconceitos e estereótipos dirigidos ao idoso

A sociedade contemporânea, a despeito dos avanços do chamado Estado de Direito, tanto nas nações desenvolvidas, quanto nas em desenvolvimento, abriga ainda uma ampla e variada gama de preconceitos e discriminações de diferentes naturezas: étnica, religiosa, de gênero, de idade, entre outras. Na base dessas atitudes negativas se encontram o individualismo e a intolerância em relação a diferenças físicas, psicológicas e culturais. Se o etnocentrismo acompanha a humanidade em sua história de rejeição dos diferentes, a discriminação entre nós é reforçada pelos valores dominantes do capitalismo que mercantilizam as relações sociais, incentivam a competição e o consumismo, enaltecem o descartável e desprezam ações que promovam a solidariedade. Sua raiz está no desconhecimento do outro e na falta de familiaridade com suas preocupações e estilo de vida.

O termo preconceito ou *prejudice*, em inglês, deriva do latim *praejudicium*, de *prae*, anterior e *judicium*, julgamento. Portanto, preconceito é um julgamento prévio e, frequentemente, apressado e equivocado. Como consequência da precipitação e, por isso, do desconhecimento do outro, há, sobre ele, uma percepção generalizante. Relativamente à pessoa idosa, por exemplo, comumente ouvimos dizer “Velho é assim mesmo” ou seja, ultrapassado, lento, inútil, desagradável e tantos outros atributos negativos a ele impingidos.

O preconceito ao idoso, portanto, ainda é bem pronunciado. Ele está fundado em estereótipos de incapacidade ou incompetência para o trabalho, para as relações sociais e até para uma vida sexual saudável

e prazerosa. O preconceito sexual, aliás, atinge o idoso de diferentes opções. Nesta edição, publicamos o trabalho de Júlio Simões: “Homens Gays, Corpo e Envelhecimento”. Nele, o autor nos mostra que os idosos homossexuais demonstram um maior cuidado de si, uma maior desenvoltura nas relações interpessoais. Mas, nem por isso, deixam de ser alvo de discriminação no próprio meio homossexual. Em suma, há um longo caminho a ser percorrido.

Publicamos também os seguintes artigos: “Quedas em idosos: fatores de risco, consequências e medidas preventivas” de Roberta Bolzani de Miranda Dias, Marilene Rodrigues Portella e Hugo Tourinho Filho; “A política e os conselhos de idosos: uma questão de cidadania” de Maria Aparecida Ribeiro; “A finitude na perspectiva do idoso do gênero masculino” de Sandra Carolina Farias de Oliveira; e “Avaliação da capacidade funcional de indivíduos institucionalizados com acidente vascular encefálico” de Cristiano Andrade Quintão Coelho Rocha.

Como entrevistado, temos o farmacêutico Paulo Queiroz Marques, 90 anos, da cidade de São Paulo. Exemplo de vigor, dinamismo e combatividade, ele continua ativo à frente de sua farmácia de manipulação e acalentando vários sonhos de projetos profissionais.

DANILO SANTOS DE MIRANDA
Diretor Regional

**GAYS
IDOSOS
TAMBÉM SÃO
(MUITO)
GOSTOSOS!!!**

Corpo e sexualidade nas experiências de envelhecimento de homens gays em São Paulo¹

JÚLIO ASSIS SIMÕES²

RESUMO

A presença de homens maduros e idosos em lugares de sociabilidade homossexual no centro de São Paulo, assim como em outras grandes cidades, se tornou mais visível nos anos recentes. Essa primeira impressão de uma velhice não-vitimizada, sexualizada, ativa, orgulhosa, com uma espécie de vida pública noturna e, ainda por cima, associada à homossexualidade, chama a atenção por contrastar vivamente com a imagem convencional da “crise do envelhecimento”, que se manifestaria mais cedo nos homens homossexuais e remeteria a um quadro de solidão, depressão prolongada e um senso de desesperança crescente, conduzindo a um amargo final de vida. Neste trabalho realizamos uma análise preliminar dos resultados de entrevistas em profundidade com homens maduros e idosos frequentadores de lugares de sociabilidade homoerótica em São Paulo, focalizando suas concepções e atitudes relativas a corpo e sexualidade em suas próprias vivências de envelhecimento. As narrativas falam do envelhecimento como um processo ambivalente, que acarreta tanto perdas inevitáveis quanto novas possibilidades, em termos de autoestima, cuidados de si e relacionamentos.

Palavras-chave: sexualidade; homossexualidade masculina; autocuidado.

¹ Uma versão deste texto foi apresentada no Painel “Orientação Sexual e Identidade de Gênero”, IV Congresso da Associação Portuguesa de Antropologia, Lisboa, ISCTE/ ICS, setembro de 2009.

² Universidade de São Paulo, Departamento de Antropologia

juliosimoes@usp.br

ABSTRACT

Mature and older men are more visible in public places frequented by gay men in São Paulo nowadays, as well as in other Brazilian big cities. Such image of older homosexual men who are sexually active and willing to get a public life vividly contrasts against the conventional homosexual men's "crisis of aging". Such crisis would come earlier to the homosexual man and it is usually depicted as a dramatic transition marked by feelings of loneliness, prolonged depression and a sense of despair that would lead to a bitter end of life. In this article, we briefly discuss the results of a research based on in-depth interviews with mature and older men who engage in erotic sociability in places frequented by gay men in São Paulo. We focused on the conceptions and attitudes related to body and sexuality in their own experience of aging. The narratives talk about aging as an ambivalent process that has brought about inevitable losses as well as new possibilities to the interviewees, in terms of self-esteem, self-care and relationships.

Keywords: sexuality; male homosexuality; selfcare.

INTRODUÇÃO

Na expansão e diversificação dos espaços de sociabilidade e trocas eróticas homossexuais masculinas nas grandes cidades brasileiras, homens mais velhos se fazem também mais visíveis e presentes. Na cidade de São Paulo, um ponto especial de concentração de homens mais velhos está no Centro, na avenida Vieira de Carvalho, no quarteirão entre a Praça da República e a Rua Aurora, especialmente na calçada do lado esquerdo de quem segue na direção ao Largo do Arouche. Os mais velhos também estão em algumas boates da região, notadamente "ABC Bailão", que já teve os antigos apelidos de "desmanche", "festa baile" e "INPS". A presença de homens mais velhos nesses lugares de sociabilidade homossexual no centro de São Paulo, chamados de "coroas", já era notada desde meados dos anos 1980, mas ela se tornou mais visível nos anos recentes. "Coroa", "tiozão", "tiozinho" e categorias assemelhadas variantes parecem designar o homem maduro

de apresentação mais discreta e viril, que tem saúde, disposição física, apresentação pessoal e dinheiro suficiente para frequentar espaços de sociabilidade homossexual, encontrar amigos, beber, se divertir e também tentar a sorte no mercado da paquera.

Embora mais “visível”, no sentido de não se restringir ao espaço dos bares à meia-luz, o “coroa” parece corporificar um tipo de personagem público que remete aos “entendidos” dos anos 1970: homens que valorizavam a aparência masculina e procuravam desvincular suas vivências de homossexualidade das convenções de afetação, afeminação e papel exclusivamente “passivo” no ato sexual (GUIMARÃES, 2004; FRY, 1982). Parece promissor pensar os atuais “coroas” como os “entendidos” que envelheceram. Além disso, podemos notar nesses “coroas” uma série de disposições associadas a representações modernas de envelhecimento ativo.

Tentando avaliar o modo como esses homens homossexuais mais velhos lidam com o envelhecimento, em diálogo com a produção de novas identidades ligadas à homossexualidade bem como com representações de envelhecimento bem-sucedido, apresento a seguir uma análise preliminar de seus pontos de vista sobre corpo, sexualidade e relacionamentos, a partir de uma tessitura de falas proferidas em entrevistas em profundidade, conduzidas com uma rede de homens homossexuais de camadas médias em São Paulo, na maioria brancos, com idades variando entre 59 e 70 anos – o que se poderia chamar mais propriamente de “envelhescentes” e não tanto de idosos.³ O objetivo aqui não é mais do que realizar um contraponto etnográfico que ajude a sinalizar algumas linhas de interpretação ainda a ser aprofundadas.

Homossexualidade e envelhecimento ativo

A primeira impressão trazida pelos “coroas”, de uma velhice não-vitimizada, sexualizada, orgulhosa, com disposição para a vida pública noturna e, ainda por cima, associada à homossexualidade, chama a atenção por contrastar vivamente com a imagem mais usual do envelhecimento homossexual, a qual tendia a compor um quadro de solidão, isolamento, depressão e perturbações psicológicas crescentes, desde a meia-idade precoce até a velhice e seu amargo fim. Seu retrato sociológico foi feito por John Gagnon e William Simon, no célebre estudo sobre a conduta sexual, publicado na década de 1970 (GAGNON e SIMON, 2005 [1973]).⁴

³ Essa pesquisa fez parte do eixo de investigações sobre erotismo, práticas sexuais e mercado sexual, dentro do projeto temático “Gênero, corporalidades”, realizado junto ao PAGU - Núcleo de Estudos de Gênero da Universidade Estadual de Campinas.

⁴ Para uma discussão mais ampla das visões do envelhecimento entre homens homossexuais, ver Simões, 2004.

Gagnon e Simon situavam o início dos sentimentos de envelhecimento, para os homens homossexuais, já na passagem dos trinta anos, ou, no mais tardar, aos quarenta, numa idade em que o declínio da atratividade sexual entraria em tensão crescente com o estilo de vida centrado na relevância da sexualidade. Um impacto especialmente negativo seria provocado pelas mudanças na aparência física: cabelos grisalhos e rugas podem compor um padrão estético atraente para os homens heterossexuais, indicadores de caráter e sucesso; mas, entre os homossexuais, seriam considerados repulsivos. Nesse período, de modo geral, a redução das oportunidades de vida desencadearia sentimentos pesados de depressão e solidão, que Simon e Gagnon consideraram ser semelhantes aos que presumivelmente afetariam as mulheres heterossexuais solteiras ou divorciadas. Uma transição bem sucedida por essa fase de crise dependeria fortemente da afeição e do apoio dos outros próximos, o que deixaria os homossexuais em séria desvantagem, porque não contariam com os vínculos familiares dos quais se poderia esperar apoio.

Em contraste com isso, os “coroas” parecem ter mais a ver com concepções e práticas relacionadas a um envelhecimento positivado, que procura enfatizar as vantagens e enriquecimentos que a maturidade traz, bem como as possibilidades de reinterpretar e reconstruir o corpo e o envelhecimento. Vários autores chamaram a atenção para o papel desempenhado pela gerontologia na desconstrução das concepções de periodização da vida baseadas no reconhecimento de etapas específicas de desenvolvimento, estabilidade e declínio, substituindo-as pela imagem da maturidade como um “platô indefinidamente extenso de consumo ativo e agradável” (FEATHERSTONE, 1994)⁵. Nessa desconstrução, o que importa é a capacidade de conservar o controle sobre movimentos e funções corporais, sobre as emoções e as faculdades cognitivas – atributos básicos que permitem que uma pessoa seja reconhecida, valorizada, levada em conta em qualquer relação social. A velhice torna-se, então, a falência desses controles e competências; e em contrapartida, os atributos que usualmente marcavam a juventude, como o esforço de exploração e a construção da identidade, são transpostos à vida adulta e à maturidade, vistas agora como abertas à variação e à reinvenção pessoal.

Acrescente-se a isso o encontro da gerontologia com a sexologia, e a nova cruzada que ambas passam a promover contra “o mito da velhice assexuada”. Num padrão recorrente e reconhecido de operação desses

⁵ Para outras referências sobre a reconfiguração do envelhecimento na experiência contemporânea e o papel da gerontologia, ver Debert, 1999; Cohen, 1994.

saberes, que se apropriam seletivamente das problematizações e reflexões das ciências sociais, esse mito tende a ser concebido como uma “construção cultural”; no entanto, a intervenção destinada a combatê-lo se dá no nível do indivíduo e envolve a dimensão de seu corpo (BRIGEIRO, 2003). Nota-se que o declínio da atividade sexual, relacionado à idade, tende a ser cada vez menos tolerado, sendo visto como uma alteração do bem-estar corporal passível de tratamento médico.

Boa parte das referências que inspiram o tratamento da sexualidade na gerontologia provém de desenvolvimentos da tradição empírica da sexologia que justapuseram, de forma tensa, a visão clínica ou “hidráulica” do comportamento sexual humano e a insistência na importância do conteúdo emocional e da comunicação nas relações sexuais humanas (ROBINSON, 1977). Essa compreensão da sexualidade como uma técnica ao alcance de todos, a ser aprendida, renovada e preservada favoreceu as intervenções terapêuticas e dá ênfase crescente à dimensão mecânica da atividade sexual, centrada no organismo e desvinculada das parcerias, em termos de “disfunções do orgasmo”. Isso se expressa, entre outras coisas, na explicação puramente orgânica da impotência masculina, como “distúrbio da função erétil”, e na comercialização de medicamentos, como o Viagra, difundidos como o principal (senão único) tratamento disponível (SOHN, 2008).

Critérios importantes para avaliar o envelhecimento bem-sucedido são: o cuidado na prevenção de doenças; a manutenção de um elevado padrão de funcionamento cognitivo e físico; e o engajamento na vida. Nessa medida, são incentivadas atitudes que fomentem uma postura mais reflexiva e atenta ao próprio corpo e ao desenvolvimento de formas de “cuidado de si”, que levem o indivíduo operar judiciosamente em meio a alternativas de atividade e desengajamento; ou seja, tanto no sentido de rever valores e crenças sobre seu corpo, sua idade e sua sexualidade, quanto no sentido de se informar, aceitar e lidar positivamente com as mudanças trazidas pelo envelhecimento.

Tendo em mente este pano de fundo geral, passaremos agora à discussão das visões de envelhecimento homossexual com base no que pensam e dizem os próprios *gays* maduros. Como veremos adiante, as narrativas indicam uma visão do envelhecimento como processo ambivalente, que envolve tanto perdas inevitáveis como novos campos de possibilidades.

CRITÉRIOS IMPORTANTES PARA
AVALIAR O ENVELHECIMENTO
BEM-SUCEDIDO SÃO: O CUIDADO
NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS; A
MANUTENÇÃO DE UM ELEVADO
PADRÃO DE FUNCIONAMENTO
COGNITIVO E FÍSICO; E O
ENGAJAMENTO NA VIDA.

Manejando o envelhecimento

Duas idéias ressaltam nas visões sobre envelhecimento expressas pelos entrevistados. Uma é que envelhecer é um processo inevitável, com decorrentes limitações físicas, algumas manejáveis, outras não. Como resumiu Duílio, 59 anos:

Envelhecer é uma coisa louca. O seu corpo começa a despencar. Não tem como, né. Saber administrar isso é que é importante.

A outra idéia é que eles se sentem comparativamente mais jovens do que as pessoas que observam no cotidiano e que teriam a mesma idade. Uma das declarações mais eloquentes nesse sentido foi a de Abel⁶, 65 anos, e que é soropositivo há quase duas décadas:

Eu não sei o que é ter 65 anos... Quando vou ao banco e deparo com a fila dos idosos, eu não me vejo em nenhuma daquelas pessoas, no porte, no jeito. Eu me vejo diferente. Eu me sinto mais ativo, mais atirado, mais vivo. E as outras pessoas estão tão mais abatidas, tão caídas. Eu não vejo aquilo como futuro pra mim. Acho que esse modelo de velho para as pessoas que passaram pelo que eu já passei, ainda está para ser criado.

Abel tem uma trajetória que o aproxima, em parte, da figura de um *baby-boomer* brasileiro, a coorte geracional que, à semelhança dos seus congêneres nos países ocidentais do Norte, contribuiu decisivamente tanto para a produção das modernas “culturas gays” como de novos discursos e imagens mais “positivas” do envelhecimento. Abel nasceu em 1945, fez parte da primeira onda do movimento homossexual brasileiro, no final dos anos 1970, assim como foi dos primeiros a militar nas associações civis dedicadas ao combate à AIDS, em meados dos anos 1980. Assistiu ao “desbunde”, desfrutou da primeira eclosão do espetáculo de consumo *gay* e foi também atingido, um pouco mais tarde, já na virada dos anos 1990, pelo HIV. Sua trajetória política o singulariza em relação aos demais entrevistados desta rede, e não surpreende, portanto, que ele seja um dos principais porta-vozes do mote “eu não me sinto velho”. Mas é o mesmo Abel que também apresentou as visões mais sombrias quando refletia sobre as perspectivas do envelhecimento homossexual de forma mais geral, e articulava essa reflexão a uma interpretação da própria conduta que o levou a contrair o HIV.

⁶ Os nomes atribuídos aos entrevistados são fictícios.

As amizades entre os homossexuais são fortes, mas também são marcadas por certo humor meio maldoso, meio maldito. Acho que nós nos detestamos um pouco. À medida que a gente não aceita o que é, passa a odiar o outro também. Isso tem consequências muito grandes ao longo da vida da gente e obviamente na velhice.

Eu costumo dizer que o homossexual é a criatura do momento. Como ao homossexual não é dado uma outra perspectiva de vida como é dado aos outros segmentos da sociedade, ele pensa: vou aproveitar esse momento, porque depois não sei o que vem, não tem outra perspectiva mesmo, não vai casar, não vai ter filhos. O desejo está gritando na frente. Vai saber quando vai ter outra oportunidade. Você se joga, se joga mesmo.

São palavras que lembram, em parte, o diagnóstico sociológico de Gagnon e Simon, referido acima. Elas evocam também a visão um tanto neo-romântica que marcou boa parte da geração rebelde a que Abel pertence, na valorização da juventude e de suas possibilidades como os verdadeiros pontos altos da vida, em contraposição a uma espécie de preservação mesquinha e insossa rumo a uma velhice confortável (FEATHERSTONE, 1994). Mas ela também traz uma visão recorrente nos entrevistados, a de realçarem a centralidade da sexualidade em suas vidas, e especialmente a força do desejo sexual que experimentaram. Sob essa perspectiva, a “maturidade”, um termo que eles referem também com frequência, é vista de forma positiva. Ela possibilita acalmar o desejo intenso e a atentar mais para o “cuidado de si”, inclusive no sentido de cultivar outras formas de prazer, sensuais ou não.

A sexualidade já foi uma parte maior da minha vida. Quando era mais jovem meu desejo será intenso, meu desejo de transar era mais intenso ainda. Atualmente eu sinto desejo, mas não é mais como era. Se eu ficar sem transar mais de uma semana, dez, quinze, vinte dias, um mês ou dois, isso não vai ser o fim do mundo, porque eu tenho outras coisas que ocupam meu tempo. Cuidar de alguém, sair de casa ou ficar quieto no quarto vendo um filme... São coisas que preenchem mais meu tempo agora como não preenchiam antes. (Abel)

A sexualidade hoje está morna. ...Meus amigos estão igual também. Baixaram muito a bola. Maturidade trouxe tranquilidade. Inclusive no desejo sexual, que eu tinha, que era um fogo, uma coisa incontrolável... (Fausto)

Ainda nas visões atuais sobre a sexualidade, aparece a ideia de redução da quantidade em favor da qualidade:

Fiquei mais contido. Dei uma reduzida . Sexualmente eu fiquei mais tran-sado. É uma coisa de você tomar as rédeas do seu prazer, é de sapiência, maturidade. Minha sexualidade era mais hormônio mesmo, mais tesão. Era uma ejaculação precoce. Hoje você se controla. Você busca o prazer no outro. Você troca prazeres, carícias... Sente seu corpo e o corpo do outro mais presentes. (Duílio)

ESTAMOS DIANTE DE UM CONJUNTO DE PESSOAS QUE DEMONSTRA UM GRANDE SENSO DE OBSERVAÇÃO DO PRÓPRIO CORPO E DO IMPACTO QUE O CORPO TEM NA SOCIABILIDADE E NOS ENCONTROS SOCIAIS EM DIVERSOS PLANOS. OS SINAIS DE ENVELHECIMENTO CORPORAL SÃO METICULOSAMENTE INVESTIGADOS, RECONHECIDOS E ELABORADOS. TODOS SE ASSUMEM COMO VAIDOSOS, AINDA QUE COM MODULAÇÕES E MATIZES.

As referências ao corpo, e às mudanças do corpo, são muito marcantes nas entrevistas. Estamos diante de um conjunto de pessoas que demonstra um grande senso de observação do próprio corpo e do impacto que o corpo tem na sociabilidade e nos encontros sociais em diversos planos. Os sinais de envelhecimento corporal são meticulosamente investigados, reconhecidos e elaborados. Todos se assumem como vaidosos, ainda que com modulações e matizes. Rugas, queda de cabelos, bolsas nos olhos, flacidez nos membros, gordura, barriga, nádegas murchas, dificuldades de manter ereção são todos motivos de lamento, preocupação, alguma depressão, mas não conformismo.

A tendência é que busquem caminhos para reverter ou amenizar o que é visto como prejuízo estético decorrente do envelhecimento. Os entrevistados afirmam recorrer a tecnologias de manutenção corporal e a profissionais especializados sempre que possível. Embora expressem também limites nisso: cirurgias plásticas para eliminar bolsas de gordura nos olhos, por exemplo, são aceitas e recomendadas, mas há resistência a intervenções estéticas mais radicais, de “*puxar tudo*”. Calvos lamentam a perda dos cabelos, implantes são tecnologias aceitáveis, mas tingir os cabelos ou usar peruca nem tanto.

Sem desconsiderar o argumento que desqualifica essas alternativas por seus resultados estéticos inadequados, pode ser interessante especular também se esse tipo de atitude revela fronteiras de um tipo de apresentação e performance de masculinidade que os entrevistados não querem arriscar. Coerentemente com a sugestão de que se trata de entendidos que envelheceram, esses homens têm cuidado em conservar certas insígnias de masculinidade que também procuram nos próprios parceiros. Esses homens não são afetados, cultivam uma espécie de virilidade suave, preferem os discretos e não se interessam eroticamente pelos efeminados. Como resumiu Fausto:

Pode até ser um Brad Pitt, que, se for borboleta, perco todo o tesão.

O cuidado e a atenção com que vigiam e verificam seus corpos é, em parte, correlato ao recurso regular que fazem dos especialistas médicos. Consultam médicos regularmente e adotam, de modo geral, as prescrições destes com vistas a lidar com a saúde. Adoção de dietas, com diminuição ou eliminação do consumo de café, cigarro, álcool, refrigerantes, gorduras, carne vermelha foram frequentemente mencionadas nas entrevistas. Mas os entrevistados não revelam a mesma disposição para aderir à prática de atividades físicas. Todos mencionam recomendações médicas nesse sentido, mas só aderem efetivamente à ginástica aqueles que foram completamente convencidos de que terão comprometimentos físicos sérios se não o fizerem. Todos dizem ter preguiça para ir à academia, ou mesmo para recorrer a aparelhos de ginástica de que podem eventualmente dispor em suas moradias ou condomínios.

O CUIDADO E A ATENÇÃO COM QUE VIGIAM E VERIFICAM SEUS CORPOS É, EM PARTE, CORRELATO AO RECURSO REGULAR QUE FAZEM DOS ESPECIALISTAS MÉDICOS.

O cuidado com o corpo se estende à preocupação com a apresentação corporal em geral, no que se refere à seleção e uso de roupas e acessórios, especialmente no lazer e na paquera. Com modulações, essa preocupação diz se guiar pelo esforço de encontrar um meio termo entre se mostrar “descontraído”, e ao mesmo tempo evitar usar indumentária que não mais consideram adequada à idade que têm. Como resume um entrevistado:

Hoje procuro uma roupa que não me deixe parecer um tiozinho careta, mas não posso me vestir como um garoto de 25 anos, a camisetinha justinha, a calça com a bunda aparecendo... (Cláudio)

Alguns entrevistados têm parcerias estáveis, e nesses casos elas são sempre com homens mais jovens do que eles. As diferenças de idade variam, de 10 anos a até mais de 30 anos. Os entrevistados são todos muito críticos dos jovens – sendo a crítica em geral referida em termos como “têm corpo bonitinho, mas não têm conversa”; ou “são afoitos, não sabem transar direito”. Mas, mesmo quando dizem preferir os maduros, acrescentam sempre: “mas não tão maduros quanto eu”. As pesquisas feitas nas Paradas do Orgulho GLBT no Rio de Janeiro e em São Paulo, em 2004 e 2005, respectivamente, indicaram que a preferência por parceiros mais velhos, entre os homens homossexuais, é mais marcada nas faixas de idade mais jovens e vai diminuído progressivamente à medida que a idade sobe, atingindo seu menor índice na faixa dos 40 e mais. (CARRARA

e RAMOS, 2005; CARRARA, RAMOS, SIMÕES e FACCHINI, 2006). O fato de que o “coroa” ou o “paizão” sejam personagens relativamente frequentes em contos pornográficos *gays* veiculados por revistas e outros meios especializados de difusão da dita “cultura *gay*”, ou, ainda em festas de clubes de orgia, são também outro indício de que os mais velhos constituem um foco de interesse erótico nesse universo, mesmo que seja no segmento das chamadas “estéticas alternativas”. Isso, em linhas gerais, sugere condições favoráveis à formação de parcerias intergeracionais, baseadas em mútua atração entre mais velhos e mais novos. Essas relações podem se dar tanto à base de parcerias mais igualitárias quanto à base de relações mais assumidamente transacionais, em que o mais velho retribui os favores sexuais do mais jovem por meio de uma série diversa de contraprestações materiais e simbólicas - tais como levar a restaurantes, cinema, teatro, exposições e espetáculos em geral, oferecer pequenos presentes e até mesmo oferecer suporte a outras pessoas com quem o rapaz mantém relações de parentesco e convivência.

Levando tudo isso em conta, pode-se dizer que o problema para os mais velhos, no circuito de sociabilidade que estamos enfocando, não é tanto a falta de interesse dos mais jovens, mas a necessidade de administrar esse interesse. Ser masculino e discreto parece ser também uma maneira de se proteger desses riscos, ainda que essa forma de proteção implique seus próprios riscos. Por exemplo, faz parte desse código de masculinidade pagar as despesas, quando se está com um jovem acompanhante. Pagar a despesa parece ser uma forma de mostrar independência, de atrair o interesse do mais jovem e manter o controle da situação. Mas é também a atitude que deixa o mais velho sujeito a formas de exploração material. Das transações cotidianas eventualmente percebidas como “exploração”, provêm as suspeitas sobre as reais intenções do parceiro jovem, assim como as acusações dirigidas a este, de falta de reconhecimento, de insensibilidade ou de egoísmo. Sobre isso, um entrevistado observou:

Se eu fosse procurar alguém mais jovem, prefiro ir de jeans e camiseta para parecer mais igual. Se eu for muito arrumadinho, ele poderá ficar interessado no que eu pareço e no que eu tenho, não no que eu sou. Tenho um amigo, que quando conhece alguém, a primeira coisa que ele faz é mostrar o carro novo dele. Depois passa meses reclamando que o cara é interesseiro. E eu falo: você deu a oportunidade de ele ser.

Percebo que à medida que fui envelhecendo fiquei mais centrado nessas coisas. Porque eu tive muitas experiências com michês... Tem michê de grana e tem aquele que sai contigo sem pedir grana, mas você é que sustenta. Os dois casos. Mas, pelo menos, no primeiro momento você consegue saber se a pessoa está interessada em você um pouco pelo menos e não só no que você tem. É claro que se você já chega com um puta carrão, o cara vai ficar apaixonado. Pelo carro. (Cláudio)

Se essas prescrições de prudência não são exclusivas das relações homoeróticas que envolvem os mais velhos, entre estes elas parecem incidir com mais força, tendo em vista os estereótipos negativos relacionados à própria velhice e potencializados pelo estigma da homossexualidade. As “tias velhas” patéticas, afeminadas, desprovidas de atrativos e meio gagás; as “bichas amargas” solitárias, maledicentes e deprimidas; as “mariconas” desesperadas por companhia e capazes de atacar qualquer jovem incauto: todas essas imagens compõem um elenco de assombrações que parece pesar sobre os homens homossexuais mais velhos como “virtualidades disciplinadoras”. São categorias fantasmagóricas das quais se deseja fugir, já que a identificação com elas realça o ridículo e o ostracismo daquele que é incapaz de governar o próprio corpo e os próprios desejos – condição que obrigaria ao desengajamento e à renúncia final à sexualidade, o que nenhum dos entrevistados parece desejar.

Considerações finais

Estes comentários exploratórios sugerem algumas linhas de interpretação que devem ser mais exploradas. Vou mencionar sinteticamente duas delas, à guisa de conclusão.

Uma parece ser combinação singular de marcas de gênero, sexualidade e geração que esses entrevistados conformam, ao expressarem uma relação extremamente reflexiva com o próprio corpo e uma considerável preocupação com “cuidados de si”. Retomamos aqui a formulação sobre uma relação reflexiva com o corpo, proposta no trabalho já clássico de Boltanski (2004 [1977]), em termos do grau de interesse e atenção que se confere ao próprio corpo, sua aparência, suas sensações, do modo de falar sobre o corpo, de exibi-lo, de agenciá-lo; assim como em termos da

demanda por regras, instruções e conselhos difundidos e comercializados por diferentes tipos de especialistas do corpo e da sexualidade. Boltanski sugeriu uma variação de gênero e classe na configuração de uma relação mais sensível com o corpo, ao ressaltar que as mulheres e os membros das classes altas escutariam seus corpos mais facilmente e seriam mais treinados na percepção e na expressão de suas sensações do que os homens e os membros das classes populares – visto que estes seriam socialmente mais suscetíveis à necessidade de agir fisicamente de forma mais intensa. Diante da abrangência atual dos discursos e intervenções que valorizam de forma extrema a boa aparência e o bem-estar corporal, bem como superpõem visões hedonistas e sanitárias da sexualidade, somos autorizados a supor que aquelas correlações de classe e gênero sofreram deslocamentos significativos e devem se manifestar em combinações remodeladas.

Seria o caso de averiguar o quanto essas manifestações se distinguem das que podem ser vistas (ou não ser vistas) em homens não-*gays* na mesma faixa etária e na mesma situação de classe. A questão a geração parece importante aqui, pois uma observação impressionista sugere que preocupações de caráter “metrossexuais” semelhantes às dos entrevistados podem ser mais facilmente encontradas entre homens hoje na casa dos 40 anos, na mesma situação de classe. O que poderia sugerir um papel talvez relevante para essa coorte geracional no sentido de veicular imagens de masculinidade corporalmente reflexiva para um público masculino mais amplo, para além da homossexualidade.

A outra observação, que matiza sociológica e historicamente a anterior, sugere que os cuidados com o corpo e com a saúde (que parecem distinguir não só essa geração de homens *gays* mais velhos, mas também os mais jovens, de forma crescente), tenha a ver com a centralidade que a questão da saúde corporal alcançou não apenas por força de todo maquinário a serviço da valorização da beleza juvenil e das tecnologias de produção e manutenção corporal – que fizeram com que a beleza deixasse de ser um dom para se tornar uma meta alcançável por todos mediante disciplina e tecnologia adequadas (Malysse, 2002) - mas também por conta do impacto da pandemia do HIV-Aids. A AIDS reatualizou a associação entre homossexualidade e doença, bem como a articulação entre prevenção, vigilância sobre os possíveis agentes contaminadores e os cuidados com a saúde. As sondagens epidemiológicas buscando mapear

comportamentos de risco contribuíram para ressanitizar o discurso sobre a sexualidade e deslocaram a ênfase crescentemente hedonista que marcou a experiência da coorte geracional dos entrevistados. Parece interessante investigar até que ponto esses dois fenômenos – a emergência do HIV-Aids como perigo global e a reprivatização do cuidado com a saúde e com o corpo – influenciaram-se mutuamente na experiência destes homens.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOLTANSKI, Luc. 2004 [1977]. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro, Graal.
- BRIGEIRO, Mauro. 2003. Envelhecimento bem-sucedido e sexualidade: relativizando uma problemática. In: BARBOSA, Regina M. et al. (org.). *Interfaces: gênero, sexualidade e saúde reprodutiva*. Campinas, Ed. da Unicamp.
- CARRARA, Sergio e RAMOS, Silvia. 2005. *Política, direitos, violência e homossexualidade. Pesquisa 9ª. Parada do Orgulho GLBT – Rio 2004*. Rio de Janeiro, CEPESC.
- CARRARA, Sergio; RAMOS, Silvia; SIMÕES, Julio; FACCHINI, Regina. 2006. *Política, direitos, violência e homossexualidade. Pesquisa 9ª. Parada do Orgulho GLBT – São Paulo 2005*. Rio de Janeiro, CEPESC.
- COHEN, Lawrence. 1994. Não há velhice na Índia: os usos da gerontologia. In: DEBERT, Guíta (org.). *Antropologia e velhice. Textos Didáticos*. Campinas, IFCH-UNICAMP, 1(13).
- DEBERT, Guíta. 1999. *A reinvenção da velhice*. São Paulo, Edusp/Fapesp.
- FEATHERSTONE, Mike. 1994. O curso da vida: corpo, cultura e imagens do processo de envelhecimento. In: DEBERT, Guíta (org.). *Antropologia e velhice. Textos Didáticos*. Campinas, IFCH-UNICAMP, 1(13).
- FRY, Peter. 1982. A construção histórica da homossexualidade masculina no Brasil. In _____. *Para inglês ver: identidade e política na cultura brasileira*. Rio de Janeiro, Zahar.
- GAGNON, John e SIMON, William. 2005 [1973]. *Sexual conduct: the social sources of human sexuality*. New Brunswick, Aldine Transaction.
- GUIMARÃES, Carmen Dora. 2004. *O homossexual visto por entendidos*. Rio de Janeiro, Garamond.
- MALYSSE, Stéphane. 2002. Em busca dos (h)alteres-ego: olhares franceses nos bastidores da corpolatria carioca. In: GOLDENBERG, Mirian (org.). *Nu e vestido*. Rio de Janeiro, Record.
- ROBINSON, Paul. 1977. *A modernização do sexo*. Rio de Janeiro; Civilização Brasileira.
- SIMÕES, Júlio Assis. 2004. Homossexualidade masculina e curso de vida: pensando idades e identidades homossexuais. In: PISCITELLI, Adriana et al. (org.). *Sexualidades e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro, Garamond.
- SOHN, Ann-Marie. O corpo sexuado. In: COURTINE, J. (org.). 2008. *História do corpo, v. 3: As mutações do olhar: o século XX*. Petrópolis, Vozes.



Quedas em idosos: fatores de risco, consequências e medidas preventivas

ROBERTA BOLZANI DE MIRANDA DIAS¹

MARILENE RODRIGUES PORTELLA²

HUGO TOURINHO FILHO³

RESUMO

O envelhecimento populacional vem acompanhado de um aumento crescente e acelerado de doenças crônico-degenerativas e de eventos incapacitantes, entre os quais as quedas. As quedas são problemas comuns e frequentemente devastadores entre os idosos, estando no ranque entre os mais sérios problemas clínicos que atingem essa população, sendo também causa de substancial razão de mortalidade e morbidade, além de contribuir para a imobilidade e para a institucionalização precoce. A queda pode ser considerada um marcador do início de um importante declínio de determinada função ou um sintoma de uma patologia nova. A queda é considerada uma síndrome geriátrica, uma vez que é um evento heterogêneo e multifatorial, podendo ser causada por fatores intrínsecos e/ou extrínsecos. O fato de ser causada por muitos fatores faz com que a queda seja um evento de difícil prevenção e, muitas vezes, de difícil compreensão. Por isso a avaliação dos fatores de risco é uma das estratégias mais eficazes de prevenção. As quedas em idosos têm como consequências, além de possíveis fraturas e do risco de morte, o medo de cair, a restrição de atividades, o declínio na saúde e o aumento do risco de institucionalização. Perante isso, faz-se necessário que os profissionais envolvidos na atenção ao idoso invistam de maneira intensiva, no sentido de identificar o idoso com risco de sofrer quedas. Sendo assim, o objetivo deste artigo é realizar uma breve revisão sobre quedas em idosos: seus fatores de risco e suas consequências, bem como sugerir algumas medidas preventivas.

Palavras-chave: acidentes por quedas; quedas - prevenção e controle.

1 Fisioterapeuta. Mestre em Envelhecimento Humano – Universidade de Passo Fundo.

robermira@yahoo.com.br

2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC. Docente do Programa de Pós-Graduação do Mestrado de Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo-UPF. Líder do Grupo de Pesquisa Vivencer/UPF/CNPq.

3 Educador Físico. Doutor em Educação Física pela Universidade de São Paulo. Professor do Programa de Pós-Graduação (stricto sensu) em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

ABSTRACT

Population aging is accompanied by an increasing and accelerated chronic diseases and disabling features, among which, falls. Falls are common and often devastating problem among older people, being in the rank among the most serious clinical problems affecting this population. Being also the cause of substantial morbidity and mortality rate, besides the fact of contributing to immobility and to early institutionalization. This drop can be considered a marker of the beginning of a major decline in a particular function or a symptom of a new pathology. The fall is considered a geriatric syndrome as it is a heterogeneous and multifactorial event, which may be caused by intrinsic and/or extrinsic factors. The fact of being caused by many factors makes the fall an event difficult to prevent and also difficult to understand. Therefore, assessment of risk factors is one of the most effective strategies for prevention. Falls in the elderly population have as consequences, besides possible fractures and the risk of death, fear of falling, restriction of activities, the decline in health and increased risk of institutionalization. Given this, it is necessary that professionals involved in elderly care invest intensively in order to identify the elderly at risk of falling. Therefore, the purpose of this article is to make brief review on falls in elderly people: their risk factors and consequences, and suggest some preventive measures.

Keywords: accidental falls; falls - prevention and control.

Quedas

A população idosa vem crescendo significativamente no Brasil. Acredita-se que esse crescimento se deva, principalmente, aos avanços da Medicina e à diminuição da taxa de natalidade (ALVES et al., 2007; TEIXEIRA, 2004). Atualmente existem no Brasil aproximadamente 15 milhões de idosos e, segundo projeções estatísticas, em 2025 existirão 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, ocupando, assim, o país o sexto lugar com o maior número de idosos do mundo (IBGE, 2009).

O envelhecimento populacional pode vir acompanhado de um aumento crescente e acelerado de doenças crônico-degenerativas e de

eventos incapacitantes, entre os quais as quedas. As quedas são problemas comuns e frequentemente devastadores entre os idosos, estando no ranque entre os mais sérios problemas clínicos que atingem essa população (RUBSTEIN, 2006), sendo também causa de substancial razão de mortalidade e morbidade, além de contribuírem para a imobilidade e para a institucionalização precoce (BRASIL, 2006).

A queda pode ser considerada um marcador do início de um importante declínio de determinada função ou um sintoma de uma patologia nova (PEREIRA et al., 2001; CHRISTOFOLETTI et al., 2006; ABRAMS, 1995).

A conceituação de quedas pode ser entendida como uma insuficiência súbita do controle postural (GAZZOLA et al., 2006; CHRISTOFOLETTI et al., 2006); uma falta de capacidade para corrigir o deslocamento do corpo, durante seu movimento no espaço (ABRAMS, 1995); uma mudança de posição inesperada, não intencional, que faz com que o indivíduo permaneça em um nível inferior (PERRACINI, 2005; PEREIRA et al., 2001); bem como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior em relação à posição inicial (GUIMARÃES et al., 2004; TINETTI et al., 2006).

Cerca de 30% dos idosos que vivem na comunidade caem ao menos uma vez ao ano e cerca da metade cai de forma recorrente (SIQUEIRA et al., 2007; HOFMANN et al., 2003; LOPES et al., 2009). Porém idosos institucionalizados, os quais são mais frágeis, caem até três vezes mais que os indivíduos idosos que vivem na comunidade (KALLIN et al., 2004; RUBSTEIN, JOSEPHSON & ROBBINS, 1994; RUBSTEIN, 2006).

Um estudo feito por Perracini (2005) mostrou que a frequência de quedas é maior em mulheres que em homens da mesma faixa etária e que a ocorrência de quedas por faixa etária, a cada ano, é de 32% em pacientes de 65 a 74 anos, de 35% em pacientes de 75 a 84 anos e de 51% em pacientes acima de 85 anos.

Ademais, a Associação Médica Brasileira, juntamente com o Conselho Federal de Medicina, revelou que idosos de 75 a 84 anos que necessitam de ajuda nas atividades da vida diária (comer, tomar banho, fazer higiene íntima, vestir-se, sair da cama e controlar a eliminação das fezes e da urina) têm uma probabilidade de cair 14 vezes maior do que pessoas da mesma idade que são independentes (PEREIRA et al., 2001).

Fatores de risco

O risco de cair aumenta significativamente com a idade e com o nível de fragilidade, sendo que os fatores responsáveis por uma queda podem ser intrínsecos (relacionados com o indivíduo) e/ou extrínsecos (relacionados ao ambiente) (WHO, 2004; PERRACINI, 2005; PEREIRA et al., 2001; CHRISTOFOLETTI et al., 2006; MENEZES & BACHION, 2008; REBELATTO & MORELLI, 2007).

Segundo esses autores, os fatores extrínsecos estão associados às dificuldades propiciadas pelo ambiente, entre os quais podemos mencionar: pisos escorregadios, encerados e molhados, ausência de corrimão, assentos sanitários muito baixos, prateleiras muito altas, mesas e cadeiras instáveis, calçados inapropriados, escadarias inseguras, calçadas esburacadas, degraus de ônibus muito altos, iluminação inadequada, tapetes soltos ou com dobras, roupas excessivamente compridas, obstáculos no caminho (objetos, fios).

Os fatores intrínsecos dizem respeito às alterações fisiológicas relacionadas à idade e são inúmeros, fazendo com que o diagnóstico e o tratamento se tornem bastante complexos (WHO, 2004; PERRACINI, 2005; TINETTI et al., 2006).

Segundo a World Health Organization (2004), os fatores de risco intrínsecos para quedas são: história de quedas; idade; gênero (em idosos jovens as médias de quedas para homens e mulheres são iguais, mas, entre idosos velhos, as mulheres caem mais que os homens); morar só; etnias (caucasianos frequentemente caem mais); uso de medicamentos; condições de saúde (doenças circulatórias, doença pulmonar obstrutiva crônica, depressão, artrite, incontinência); deterioração na mobilidade e na marcha; sedentarismo; medo de cair; deficiência nutricional; deterioração cognitiva; danos visuais e problemas nos pés.

Para Perracini (2005), entre os principais fatores intrínsecos de quedas estão: declínio cognitivo, uso de medicamentos (benzodiazepínicos, sedativos, tranquilizantes e polifarmácia), distúrbios de marcha, equilíbrio e fraqueza muscular, história de quedas, idade avançada, tontura, depressão.

Para Tinetti et al. (2006), os fatores de risco intrínsecos de quedas incluem: danos no equilíbrio, na marcha, na cognição, na visão e na força muscular; uso de quatro ou mais medicamentos (particularmente os psicoativos); sintomas depressivos; hipotensão postural e artrite.

O fato de ser causada por muitos fatores faz com que a queda seja um evento de difícil prevenção e, muitas vezes, de difícil compreensão. Por isso a avaliação dos fatores de risco é uma das estratégias mais eficazes de prevenção de quedas, pois, a partir da identificação desses fatores, medidas podem ser criadas e instituídas (RUBSTEIN, 2006).

Consequências

As quedas e as consequentes lesões resultantes destas constituem um problema de saúde pública e de grande impacto social enfrentado hoje por todos os países em que ocorre expressivo envelhecimento populacional (BUKSMAN et al., 2008).

As quedas em idosos têm como consequências, além de possíveis fraturas e do risco de morte, o medo de cair, a restrição de atividades, o declínio na saúde e o aumento do risco de institucionalização (PERRACINI & RAMOS, 2002; GONÇALVES et al., 2008).

As fraturas são uma das consequências mais comuns entre idosos após uma queda, principalmente as fraturas de quadril, seguidas pelas de punho (MASSUD & MORRIS, 2001; PERRACINI, 2005). Cerca de 90% das fraturas de quadril são causadas por quedas (PERRACINI, 2009). As fraturas de quadril também são a maior causa de hospitalização nessa população, constituindo um considerável encargo econômico e social (BERRAL et al., 2008; COUTINHO & SILVA, 2002; HAMRA et al., 2007; HOFMANN et al., 2003).

Um estudo realizado por Perracini e Ramos (2002) com uma coorte de 1.667 idosos de 65 anos ou mais residentes na comunidade, no Município de São Paulo, encontrou uma prevalência de fratura óssea proveniente de quedas de 5,2% na população estudada. Siqueira et al. (2007) realizaram um estudo transversal com 4.003 idosos com 65 anos ou mais e, dos idosos que caíram, 12,1% tiveram uma fratura como consequência. Na Austrália, segundo Lord, Menz e Tiedmann (2003), nos idosos que vivem na comunidade, 2 a 6% das quedas estão associadas com fraturas e aproximadamente 1% das quedas está associado com fraturas de quadril.

O risco de institucionalização e a perda da independência são também consequências decorrentes das quedas que merecem atenção na po-

O FATO DE SER CAUSADA POR MUITOS FATORES FAZ COM QUE A QUEDA SEJA UM EVENTO DE DIFÍCIL PREVENÇÃO E, MUITAS VEZES, DE DIFÍCIL COMPREENSÃO. POR ISSO A AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO É UMA DAS ESTRATÉGIAS MAIS EFICAZES DE PREVENÇÃO DE QUEDAS, POIS, A PARTIR DA IDENTIFICAÇÃO DESSES FATORES, MEDIDAS PODEM SER CRIADAS E INSTITUÍDAS (RUBSTEIN, 2006).

UM ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO
LEVA À REDUÇÃO DA MOBILIDADE
E DO EQUILÍBRIO, PODENDO
AUMENTAR O RISCO DE QUEDAS,
BEM COMO O MEDO DE ELAS
OCORREREM.

pulação idosa. Estudos sugerem que, após uma queda, o risco de institucionalização dos idosos aumenta (GARCIA, LEME & GARCEZ-LEME, 2006; MASSUD & MORRIS, 2001; MAHONEY et al., 2005; SALKELD et al., 2000), porém existem poucos estudos em relação a esta questão.

As quedas geram não apenas prejuízo físico (restrição de mobilidade, incapacidade funcional) e psicológico (isolamento social, medo de cair novamente, insegurança), mas também aumento dos custos relativos aos cuidados com a saúde, o que fica demonstrado pela utilização de vários serviços especializados e, principalmente, pelo aumento das hospitalizações. Esses fatores resultam em eventos prejudiciais à saúde e à qualidade de vida do idoso (MESQUITA et al., 2009; RIBEIRO et al., 2008).

Outro fato de fundamental importância é que, para uma pessoa idosa, a queda pode assumir um significado de decadência e fracasso, gerado pela percepção da perda de capacidade do corpo, potencializando sentimentos de vulnerabilidade, ameaça, humilhação, culpa e medo (TINETTI & POWELL, 1993).

O medo de cair tem consequências negativas no bem-estar físico e funcional dos idosos, no grau de perda de independência, na capacidade de realizar normalmente as atividades da vida diária (AVDs) e na restrição da atividade física, explicando o grau de prevalência do estilo de vida sedentário nos idosos (GUIMARÃES & FARINATTI, 2005). Um estilo de vida sedentário leva à redução da mobilidade e do equilíbrio, podendo aumentar o risco de quedas, bem como o medo de elas ocorrerem. Nesse contexto, o tema medo de cair tem sido comparado com um ciclo vicioso, que inclui o risco de quedas, o déficit de equilíbrio e mobilidade, o medo de cair, o declínio funcional repercutindo em mais medo (RESENDE, RASSI & VIANA, 2008; BERLEZI et al., 2006).

Medidas preventivas

A queda é um evento preocupante na vida dos idosos e, por vezes, com consequências muito sérias. Recomenda-se aos profissionais da saúde e cuidadores envolvidos na atenção ao idoso um investimento intensivo no sentido de identificar o idoso de risco e orientá-lo em relação à prevenção de quedas.

O domicílio dos idosos, como cenário de quedas, merece atenção especial na organização estrutural. Medidas simples, tais como a colocação de barras de apoio, principalmente nos banheiros, uma boa iluminação, o uso de pisos e tapetes antiderrapantes, são algumas condutas que auxiliarão, e muito, a vida dos idosos, minimizando os riscos de estes sofrerem quedas.

A prática de exercícios físicos tem se mostrado muito eficaz na prevenção de quedas, uma vez que aumenta a força muscular; melhora o equilíbrio, a flexibilidade, a coordenação motora e a propriocepção. Além disso, medidas instituídas pelos médicos, como a ingestão de níveis adequados de cálcio e vitamina D, têm surtido muito efeito na diminuição da ocorrência de quedas em idosos.

Entretanto, é de fundamental importância a conscientização dos idosos, que deve ser realizada por meio de orientações sistemáticas, com o intuito de torná-los mais atentos e cautelosos em relação às quedas.

A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS TEM SE MOSTRADO MUITO EFICAZ NA PREVENÇÃO DE QUEDAS, UMA VEZ QUE AUMENTA A FORÇA MUSCULAR; MELHORA O EQUILÍBRIO, A FLEXIBILIDADE, A COORDENAÇÃO MOTORA E A PROPRIOCEPÇÃO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMS, W. B. *Manual Merck de geriatria*. São Paulo: Roca, 1995.
- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1.924-1.930, ago. 2007.
- BERLEZI, E. M. et al. Comparação antropométrica e do nível de aptidão física de mulheres acima de 60 anos praticantes de atividade física regular e não praticantes. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2006.
- BERRAL, F. J. et al. Composição corporal de pacientes acamados por fraturas do quadril. *Acta Ortop. Bras. [on-line]*. São Paulo, v. 16, n. 3, p. 148-151, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BUKSMAN, S. et al. *Projeto diretrizes*. Quedas em idosos – Prevenção. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2008. p. 1-10. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf>. Acesso em: set 2010.
- COUTINHO, E. S.; SILVA, S. D. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1.359-1.366, set./out. 2002.

- CHRISTOFOLETTI, G. et al. Risco de quedas em idosos com doença de Parkinson e demência de Alzheimer: um estudo transversal. *Rev Bras Fisioter*, São Carlos/SP, v. 10, n. 4, p. 429-433, out./dez. 2006.
- GARCIA, R.; LEME, M. D.; GARCEZ-LEME, L. E. Evolution of Brazilian elderly with hip fracture secondary to a fall. *Clinics*, São Paulo, v. 61, n. 6, p. 539-544, 2006.
- GAZZOLA, J. M. et al. Fatores associados ao equilíbrio funcional em idosos com disfunção vestibular crônica. *Rev Bras Otorrinolaringol*, São Paulo, v. 72, n. 5, p. 683-690, 2006.
- GONÇALVES, L. G. et al. Prevalência de quedas em idosos asilados do Município de Rio Grande/RS. *Rev. Saúde Pública [on-line]*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 938-945, 2008.
- GUIMARÃES, J. M. N. et al. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. *Revista Neurociências*, São Paulo, v. 12, n. 2, 2004.
- GUIMARÃES, J. M. N.; FARINATTI, P. T. V. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. *Rev Bras Med Esporte*, São Paulo, v. 11, n. 5, p. 299-305, 2005.
- HAMRA, A.; RIBEIRO, M. B.; MIGUEL, O. F. Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos. *Acta Ortop Bras*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 143-145, 2007.
- HOFMANN, M. T. et al. Decreasing the incidence of falls in the nursing home in a ost-conscious environment: a pilot study. *J Am Med Dir Assoc*, Amsterdã, v. 4, p. 95-97, 2003.
- IBGE. Estados. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rs>>. Acesso em: nov 2010.
- KALLIN, K. J. et al. Why the elderly fall in residential care facilities, and suggested remedies. *J Pharmacol Pract*, Thousand Oaks, Califórnia, v. 53, p. 41-54, 2004.
- LOPES, K. T. et al. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. *Rev Bras Fisioter [on-line]*, São Carlos/SP, maio 2009.
- LORD, S. R.; MENZ, H. B.; TIEDEMAN, A. A physiological profile approach to falls risk assessment and prevention. *Physical Therapy*, Alexandria, Virgínia, v. 83, n. 3, 2003.
- MAHONEY, J. E. et al. Trends, risk factors, and prevention of falls in older adults in Wisconsin. *WMJ*, Wisconsin, v. 104, p. 22-28, 2005.
- MASUD, T.; MORRIS, R. O. Epidemiology of falls. *Age Ageing*, Oxford, v. 30 (suppl 4), p. 3-7, 2001.
- MENEZES, R. L. de; BACHION, M. M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1.209-1.218, 2008.
- MESQUITA, V. G. et al. Morbimortalidade em idosos por fratura proximal de fêmur. *Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 67-73, 2009.
- PEREIRA, S. R. M. et al. *Quedas em idosos*. 2001. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/volume_1.php>. Acesso em: ago 2010.
- PERRACINI, M. R. Prevenção e manejo de quedas no idoso. In: *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP – Escola Paulista de Medicina*. 1. ed. São Paulo: Manole, 2005. p. 193-206.

- PERRACINI, M. R. Desafios da prevenção e do manejo de quedas em idosos. *BIS – Boletim do Instituto de Saúde*, n. 47, p. 45-48, abril 2009.
- PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 709-16, 2002.
- REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. *Fisioterapia geriátrica*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2007.
- RESENDE, S. M.; RASSI, C. M.; VIANA, F. P. Efeitos da hidroterapia na recuperação do equilíbrio e prevenção de quedas em idosos. *Rev Bras Fisioter*, São Carlos, v. 12, n. 1, p. 57-63, 2008.
- RIBEIRO, A. P. et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1.265-1.273, 2008.
- RUBENSTEIN, L. Z.; JOSEPHSON, K. R.; ROBBINS, A. S. Falls in the nursing home. *Ann Intern Med*, Filadélfia, v. 121, n. 6, p. 442-451, 1994.
- RUBENSTEIN, L. Z. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing, Oxford*, v. 35, n. 2, p. 37-41, 2006.
- SALKELD, G. Quality of life related to fear of falling and hip fracture in older women: a time trade off study. *BMJ*, Londres, v. 320, p. 341-345, 2000.
- SIQUEIRA, F. V. et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 749-56, 2007.
- TEIXEIRA, C. F. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. *Cienc Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 841-843, 2004.
- TINETTI, M. et al. Fall risk evaluation and management: challenges in adopting geriatric care practices. *The Gerontologist*, Oxford, v. 46, n. 6, p. 715-725, 2006.
- TINETTI, M. E.; POWELL, L. Fear of falling and low self-efficacy: a case of dependence in elderly persons. *Journal of Gerontology*, Oxford, v. 48, p. 35-38, 1993.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?* 2004. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/document/e82552.pdf>>. Acesso em: jun 2010.



A política e os conselhos de idosos: uma questão de cidadania

MARIA APARECIDA RIBEIRO¹

RESUMO

Os conselhos de políticas públicas foram inscritos na legislação brasileira desde a Constituição de 1988. Considerados espaços de articulação entre participação, representação e Sociedade Civil, os conselhos são resultado de demandas populares e de pressões da Sociedade Civil pela democratização do país e pela mudança no padrão de relação entre Estado e sociedade. Estas instituições estão presentes em diversas áreas de políticas públicas, entre as quais é possível destacar as políticas de proteção ao idoso, implantadas no Brasil a partir de 1994 com a criação da PNI e do Estatuto do Idoso. Desse modo, os Conselhos de Idosos representam avanços no processo de transformação do idoso em protagonista da defesa dos seus próprios direitos. Contudo, a existência formal destas esferas não garante a representação política das demandas do idoso. Existem ainda muitos limites a serem superados para que os conselhos se transformem em espaços de deliberação de políticas públicas para idosos e que se consiga fazer com que direitos conquistados no Estatuto sejam colocados em prática. É necessário também que a representação seja legítima e que os representantes tenham conhecimento do papel dos conselhos e de seus membros. Em muitos conselhos as principais dificuldades encontradas estão relacionadas à estrutura de funcionamento, aos processos de seleção e prestação de contas e aos recursos de que os conselheiros dispõem para sua atuação.

Palavras-chave: direitos e cidadania; Estatuto do Idoso; Conselhos de Idosos.

¹ Economista doméstica graduada pela Universidade Federal de Viçosa-MG, servidora da Prefeitura Municipal de Ji-Paraná-RO e diretora da Divisão de Saúde do Idoso da Secretaria Municipal de Saúde.
maparibe@ig.com.br

ABSTRACT

The public policies councils were enrolled in the Brazilian legislation since the 1988 Constitution. Considered places of articulation between participation, representation and civil society, the councils resulted from popular demands and from civil society pressure for democratization of the country and for change in the relationship between State and society. These institutions are present in many areas of public policies, such as, the policies to protect the elderly established in Brazil since 1994 with the creation of “PNI” and of “Estatuto do Idoso”. Thus the Councils of Elders represent a step forward in transforming the elderly as a protagonist in defending its own laws. However, the formal existence of these spheres does not guarantee the political representation of the demands of the elderly. There are still many limitations to be overcome so that the councils are transformed into spaces for deliberation of public policies for the elderly and is able to make rights gained in the Statute are put into practice. It is necessary that the representation is legitimate and that the representatives are aware of the role of the council and its members. In many councils the main difficulties are related to the functional structure, the selection processes and accountability and resources that the directors have to act.

Keywords: rights and active citizenship; Statutes of Elders; Councils of Elders.

INTRODUÇÃO

Pode-se dizer que o Brasil hoje se encontra num processo de envelhecimento populacional, reflexo da redução da taxa de natalidade e do aumento da expectativa de vida, em razão do avanço no campo da saúde. Esse aumento acelerado da população idosa torna cada vez mais fundamental a união de esforços para a prática de políticas públicas voltadas para esta parcela da população. Dados do censo de 2000 do IBGE mostram que a população idosa nesse ano era de 14.536.029, contra 10.722.705 em 1991. As mulheres são maioria e a maior parte dos idosos do país vive nos grandes centros (IBGE, 2000).

A expectativa de vida do brasileiro, que nos anos de 1940 era de apenas 45,5 anos, hoje já é de 72,86 anos segundo recente pesquisa divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Isso graças à melhoria da assistência à saúde e a melhores condições de vida. No ano de 2025, teremos o sexto maior número de idosos mundial, ou seja, um número de 32 milhões de pessoas idosas e, segundo o IBGE (2009), “entre 2035 e 2040 a população idosa (65 anos ou mais) poderá alcançar um patamar 18% superior ao das crianças (0 a 14 anos) e, em 2050, esta relação poderá ser de 172,7 idosos para cada 100 crianças”. Sendo assim, o país precisa se preparar para receber esse grande número de pessoas idosas a fim de que elas possam viver com dignidade e cidadania.

Significativa parcela de nossos idosos não tem seus direitos respeitados e vive distante de condições mínimas de cidadania. O respeito à população idosa não é apenas um preceito constitucional, mas também uma imposição ética e moral. Reconhecer e promover os direitos dos idosos é afirmar, sobretudo, o valor da vida, da experiência e da sabedoria. É valorizar a memória e a história de nosso país. Nenhum ser humano se torna menos cidadão que outro, ou menos importante para a sociedade, por ser velho.

RECONHECER E PROMOVER OS DIREITOS DOS IDOSOS É AFIRMAR, SOBRETUDO, O VALOR DA VIDA, DA EXPERIÊNCIA E DA SABEDORIA. É VALORIZAR A MEMÓRIA E A HISTÓRIA DE NOSSO PAÍS. NENHUM SER HUMANO SE TORNA MENOS CIDADÃO QUE OUTRO, OU MENOS IMPORTANTE PARA A SOCIEDADE, POR SER VELHO.

Idoso e cidadania: um longo caminho

Segundo Ramos (2002, p. 79), “Os velhos são sujeitos de direitos, o que comprova que o fato de as pessoas irem envelhecendo não lhes retira a sua dignidade. Continuam sendo seres humanos portadores dos mesmos direitos dos quais são sujeitos todas as criaturas de semblante humano”. Contudo, a manutenção da dignidade na velhice exige vultosas somas de recursos que são hoje escassos nos países em desenvolvimento como o Brasil. Este fato impõe a esses países ações imediatas e criativas para que não apresentem no seu contexto uma velhice desamparada e excluída, características de sociedades que desprezam os direitos humanos.

O Brasil avançou significativamente no que tange ao marco legal referente ao envelhecimento, mas enfrenta desafios significativos para implementar políticas públicas voltadas ao segmento idoso. A criação de

condições políticas, econômicas, físicas, sociais e culturais adequadas para as pessoas idosas é fundamental para o desenvolvimento social e o exercício dos direitos, dos deveres e da liberdade na velhice.

Ser cidadão significa ter direitos e deveres, ser ao mesmo tempo súdito e soberano. O conceito básico de cidadania é que todos os homens são iguais perante a lei, a todos cabendo o domínio sobre o seu corpo e a sua vida, expresso por meio da existência de direitos civis, sociais e políticos.

Segundo Coutinho (1994, p. 2):

Cidadania é a capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou (no caso de uma democracia efetiva) por todos os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado.

SER CIDADÃO SIGNIFICA TER DIREITOS E DEVERES, SER AO MESMO TEMPO SÚDITO E SOBERANO. O CONCEITO BÁSICO DE CIDADANIA É QUE TODOS OS HOMENS SÃO IGUAIS PERANTE A LEI, A TODOS CABENDO O DOMÍNIO SOBRE O SEU CORPO E A SUA VIDA, EXPRESSO POR MEIO DA EXISTÊNCIA DE DIREITOS CIVIS, SOCIAIS E POLÍTICOS.

Ser cidadão para Reis (1997, p. 13) “é ser membro de um corpo mais amplo, é pertencer a alguma unidade... é ser identificado como uma nação particular, ter direitos garantidos pelo Estado correspondente a esta nação”. Assim, a autora também enfatiza a relação entre cidadania e garantia de direitos.

Mas cidadania não é um conceito único. Não é uma coisa bruta da natureza. Ela é um processo em construção e, neste sentido, a cidadania obedeceu a um determinado percurso histórico que está em continuidade. Cidadania é na verdade confronto e luta. São buscas históricas que vão sendo alteradas ao longo do tempo. De acordo com Matos (2009, p. 1), “a cidadania é o âmbito dinâmico de construção das lutas sociais por direitos, onde são os seres humanos os atores e atrizes que agem politicamente para efetivar suas demandas na forma da consolidação do direito”.

Existe também a perspectiva de entender a cidadania como estratégia de incluir ou de excluir pessoas. Neste modelo, a sociedade ocidental percebe aqueles que estão incluídos como cidadãos e os que estão excluídos como subcidadãos ou não cidadãos. Pode-se dizer que os idosos foram, constantemente, vistos pela sociedade como subcidadãos. Ayer (2004, p. 22) afirma que “o idoso nunca teve realmente sua cidadania garantida. Assim sendo, existe uma necessidade de se garantir a cons-

trução da cidadania do idoso, porque o idoso nunca foi realmente considerado cidadão capaz de exercer plenamente sua autonomia”.

Esta ideia vem passando por mudanças ao longo dos anos, levando o Brasil à criação de leis específicas de proteção ao idoso. Com este novo sentido, não basta apenas a existência de um sistema político democrático, mas de uma sociedade e de uma cultura democráticas. Uma sociedade democrática que reconhece e vê como legítima a emergência de novos sujeitos sociais, entre eles os idosos.

UMA SOCIEDADE DEMOCRÁTICA QUE RECONHECE E VÊ COMO LEGÍTIMA A EMERGÊNCIA DE NOVOS SUJEITOS SOCIAIS, ENTRE ELAS OS IDOSOS.

A política nacional do idoso: mudanças a partir de 1988

Uma das grandes inovações na legislação do país em relação a esta parcela da população veio com a promulgação da Constituição de 1988, a qual indicou caminhos para a organização de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos. Elegeu a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, entre outros, como valores que nortearam o estabelecimento dos direitos. A partir da Carta Magna, os idosos tiveram seus direitos declarados de forma precisa, como se pode ver em seu Art. 3º, Inciso IV, o qual afirma como objetivo fundamental da República Federativa do Brasil: “promover o bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”.

Outro artigo da Carta Magna que também trata da questão da velhice é o Art. 203, que discorre sobre a assistência social: “A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: Inciso I: a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice”. E no seu Art. 230 ela dita que “a família a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando a sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”.

No entanto, a consolidação da política para esta parcela da população só se dá em 1994 com a instituição da Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, a Política Nacional do Idoso (PNI), que entre outras diretrizes, no Art. 6º, dá origem aos “Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso como órgãos permanentes, paritários e deliberativos” (BRASIL, 1994). A PNI é que traz a participação como elemento importante de desenvolvimento e consolidação da política do idoso.

Gerado por iniciativa do movimento dos aposentados, pensionistas e idosos vinculados à Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas, o Estatuto do Idoso tramitou no Congresso a partir de 1997. No ano de 2000 foi constituída uma Comissão Especial na Câmara dos Deputados para tratar do Estatuto. Dois seminários nacionais em 2000 e 2001, quatro seminários regionais e outro promovido pela Comissão de Direitos Humanos e pela Terceira Secretaria da Câmara Federal marcaram essa comissão (RODRIGUES, 2008, p. 21).

O processo de elaboração e aprovação dessas duas leis pelo Congresso Nacional resultou de pressão de setores organizados da Sociedade Civil sobre os políticos, o que significa que refletem princípios e ideologias de uns e de outros. Além do mais, a promulgação dessas duas leis reflete a forma como ocorreu a construção da categoria velhice pela sociedade brasileira ao longo do século 20 (RODRIGUES, 2008, p. 21).

Foram exatamente esses desenvolvimentos que presidiram o aparecimento da Política Nacional do Idoso e do Estatuto do Idoso, já que os profissionais que pressionaram o governo e ofereceram ideias e princípios para esses documentos partiram das fileiras de instituições como a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), a Associação Nacional de Gerontologia (ANG), o Sesc e a universidade, bem como de cidadãos idosos, que começaram a se mobilizar em defesa de seus direitos como aposentados.

O Estatuto do Idoso representa um grande avanço da legislação brasileira iniciado com a promulgação da Constituição de 1988. Elaborado com intensa participação das entidades de defesa dos interesses das pessoas idosas, ampliou em muito a resposta do Estado e da sociedade às suas necessidades. Trata dos mais variados aspectos, abrangendo desde direitos fundamentais até o estabelecimento de pena para os crimes mais comuns cometidos contra pessoas idosas (BRASIL, 2007, p. 5).

O Estatuto do Idoso é, sem dúvida alguma, o expoente máximo em termos de legislação protetiva aos direitos do idoso. Ele reafirma uma série de direitos garantidos pela Constituição Federal e pela Política Nacional do Idoso, assegura direitos para as pessoas acima de 60 anos e determina que os idosos gozem de todos os direitos inerentes à pessoa humana, além de garantir proteção, facilidade e privilégios condizentes com a idade (BRASIL, 2005, p. 20).

Fruto da organização e mobilização dos aposentados do nosso país, resultado de uma grande conquista para a população idosa e para a sociedade, o Estatuto veio implementar a participação de parcela significativa da população brasileira, a população idosa, por intermédio de entidades representativas, os conselhos, que por sua vez, consoante com a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, têm por objetivo deliberar sobre políticas públicas, controlar ações de atendimento e zelar pelo cumprimento dos direitos dos idosos de acordo com o novo Estatuto (ABREU FILHO, OLIVEIRA & SILVA, 2003, p. 1).

A partir dessas políticas, segundo Barroso (2009, p. 34), “as questões dos idosos deixaram de ser tratadas apenas no plano caritativo ou familiar e passaram a ser compreendidas na perspectiva dos direitos da cidadania, conforme determina a Constituição Federal de 1988”, pois o idoso encontra-se no pleno exercício de sua cidadania, de sua liberdade e dos seus direitos. Ele possui direito à liberdade, à dignidade, à integridade, à educação, à saúde, a um meio ambiente de qualidade, entre outros direitos fundamentais e cabe ao Estado, à sociedade e à família a responsabilidade pela proteção e garantia desses direitos.

Com efeito, o Estatuto se propõe a proteger e a garantir a execução dos direitos do idoso nas suas relações civis, em suas relações com o Estado e com serviços e programas da Administração Pública. Ao aprovar tal lei, o Brasil redefiniu o lugar dos idosos chamando-os a participar da vida política, da sociedade e da cultura.

Segundo Vicente (2007, p. 33):

O Estatuto do Idoso, com seus 118 artigos, forma a espinha dorsal de um conjunto de normas legais que há muito são devidas aos brasileiros da chamada terceira idade. Dizem respeito ao direito à vida e à saúde; à habitação, alimentação e convivência familiar e comunitária; à profissionalização e ao trabalho; à educação, cultura, esporte e lazer; à assistência judiciária; à previdência e assistência social.

O Estatuto resgatou princípios constitucionais que garantem aos cidadãos direitos que preservam a dignidade, sem distinção de origem, raça, sexo e idade. No entanto, quando observamos as atuais condições de vida de milhões de idosos brasileiros, vemos o quanto há para ser feito. Tal como outros preceitos legais, a transformação do Estatuto do Idoso em realidade ainda está em processo de concretização.

Participação popular e a questão do idoso: o caso dos Conselhos de Políticas

Nos Estados democráticos modernos, o conceito de política pública tem íntima ligação com o de cidadania, pensada como o conjunto das liberdades individuais expressas pelos direitos civis e políticos. O Estatuto do Idoso reafirma esse conceito expresso na Constituição de 1988. Os cidadãos idosos organizados e mobilizados em associações em defesa de seus direitos devem ser envolvidos no processo de estabelecer instrumentos para viabilizar o cumprimento do Estatuto do Idoso.

TODOS TEMOS DIREITOS E É NECESSÁRIO QUE TENHAMOS CONHECIMENTO DELES. ADQUIRINDO INFORMAÇÕES QUE FACILITEM E MELHOREM A QUALIDADE DE VIDA É UM DOS MEIOS DE OBTER ESSE CONHECIMENTO. COM A CONSTITUIÇÃO DE 1988, GANHARAM IMPORTÂNCIA, NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS NACIONAIS, OS CONSELHOS GESTORES.

Dessa forma, movimentos de aposentados, grupos de convivência, associações geriátricas, dentre outros segmentos, vêm fortalecendo mecanismos de participação e efetivação de direitos no âmbito das políticas voltadas ao segmento idoso e a principal forma de participação existente são os conselhos de idosos, hoje existentes em grande parte dos municípios brasileiros.

Todos temos direitos e é necessário que tenhamos conhecimento deles. Adquirindo informações que facilitem e melhorem a qualidade de vida é um dos meios de obter esse conhecimento. Com a Constituição de 1988, ganharam importância, no âmbito das políticas nacionais, os conselhos gestores.

A criação dos Conselhos de Idosos sempre foi uma reivindicação dos movimentos de idosos. Por sua importância e pelo rápido e expressivo crescimento desta população, a criação e fortalecimento de conselhos como órgãos de controle social em todos os Estados e Municípios da Federação deve ser objeto de especial atenção. Os Conselhos de Idosos estão previstos na legislação brasileira, através da Lei nº 8.842 - Política Nacional do Idoso, de 04 de janeiro de 1994 (BRASIL, 1994) e da Lei nº 10.741 de 1 de outubro de 2003 – Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). São órgãos permanentes, paritários e deliberativos para exercerem a função de supervisão, acompanhamento, fiscalização e a avaliação da Política Nacional do Idoso no âmbito da União, dos Estados, Municípios e Distrito Federal.

A partir da promulgação do Estatuto do Idoso, a Secretaria Nacional dos Direitos Humanos reorganizou o Conselho Nacional do Idoso, tornou-o deliberativo e realizou várias ações de formação e de defesa de direi-

tos como a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa em 2006, para a construção da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (RENADI) e, em 2009, a II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa para avaliação da implantação da RENADI.

Os principais objetivos dos Conselhos do Idoso segundo Pereira (2005, p. 30), devem ser:

- a) defender os direitos da pessoa idosa previstos em lei;
- b) exercer o controle democrático das ações e omissões do poder público e da sociedade referentes aos direitos e bem-estar dos idosos;
- c) zelar pelo cumprimento dos princípios da descentralização político-administrativa e da participação popular, bem como pela realização efetiva do comando único das ações governamentais e não-governamentais, na área dos idosos, em todas as Unidades da Federação;
- d) exercer intermediação estratégica entre os demais mecanismos de participação democrática com os quais compõe a cadeia gestora da política e dos planos de ação para os idosos.

A importância dos conselhos liga-se ao potencial que eles têm de gerar reflexão, desencadear novas formas de participação e permitir aos idosos a expressão de seus interesses, experiências, necessidades, ideias e propostas. Os Conselhos de Idosos representam um avanço no processo de transformação do idoso em protagonista da defesa dos próprios direitos. Além disso, o diálogo e a troca de informações e experiências entre os diferentes conselhos, por intermédio de reuniões, encontros, seminários, etc., são instrumentos eficazes de integração, defesa e promoção dos direitos da pessoa idosa (BRASIL, 2005, p. 27).

De acordo com Pereira, Santos e Silva (2007, p. 399), “os conselhos têm a possibilidade de empenho maior na luta em defesa dos direitos da pessoa idosa. Eles podem avançar na formulação de novos direitos e em sua implementação, auxiliando, ainda, na fiscalização do cumprimento destes”. Eles ainda podem aumentar a inclusão social da população idosa tornando-a visível no ambiente que a circunda, procurando, assim, reduzir o preconceito que existe contra a pessoa idosa.

A divulgação do Estatuto e a criação de conselhos são importantes mecanismos para a fiscalização e a cobrança do cumprimento dos direitos da pessoa idosa. Segundo Pelegrino (2009, p. 36), apud Pereira (2005), cria-se com os conselhos

um espaço para uma maior participação do idoso e conseqüentemente de uma atuação mais organizada em sociedade que coincide com a descentralização do poder, com o crescimento do ideário neoliberal onde o Estado tem um papel menos regulador propiciando o fortalecimento da participação cidadã do idoso, sobretudo de sua atuação nos conselhos.

Não se pode negar a importância dos conselhos no estabelecimento da política do idoso, mas, para que os conselhos de políticas sejam de fato atuantes e de controle público, é indispensável que eles sejam paritários. Eles devem, de acordo com Pereira (2005, p. 30), “ser compostos por um determinado número (a ser definido em lei específica) de conselheiros – titulares e suplentes – divididos paritariamente (metade e metade) entre representação governamental e não governamental”.

Apesar de ser uma política de âmbito nacional, é preciso reconhecer que a eficiência das instituições democráticas é parte da construção da cidadania e esta pode se dar no âmbito local, onde as pessoas moram, trabalham, lutam por seus direitos e se relacionam com seu meio. Contudo, a forma de escolha dos representantes dos idosos nos conselhos nem sempre é feita de forma clara, já que em muitos municípios ainda não são os idosos que fazem a escolha por meio de votos dos membros das organizações e associações que os irão representar. Geralmente os conselheiros são indicados pelos diretores e presidentes dessas associações. Na verdade, os idosos nem sempre têm conhecimento de seus representantes nos conselhos. Isso vai de acordo com o que relata Andrade (1999, p. 7) quando diz que

o modelo predominante na experiência dos conselhos é a indicação da representação pelos dirigentes das entidades sem nenhuma preocupação com a discussão e/ou o encaminhamento das questões de interesse da base social, o que transforma os representantes da sociedade em representantes de si mesmos, situação que compromete a legitimidade de suas posições e o seu poder de representação.

Wendhausen, Barbosa e Borba (2006, p. 142) confirmam dizendo:

a pouca importância dada ao processo eletivo para a escolha dos representantes também se constitui em fator negativo, pois a clareza quanto a sua representatividade e a legitimidade real dos participantes em relação ao grupo que representam, constituem-se em recursos importantes para que se comprometam com os ideais que os tornaram conselheiros.

A formação técnica e política dos conselheiros poderia melhorar na qualidade, representatividade e legitimidade das representações nos conselhos, porque o conhecimento técnico é importante no processo de decisão e de escolha da melhor política. Conhecer melhor os problemas e as consequências de determinada política pode levar os conselheiros a fazer melhores opções. Mas isso não muda o fato de que o vínculo com sua entidade e segmento é o principal elemento de legitimidade (LUCHMANN, 2007, p. 166).

A política para a população idosa é de suma importância para fazer valer os direitos garantidos na Constituição, na PNI e no Estatuto do Idoso. Ela está inserida na política do município, pela Política Municipal do Idoso. Para a consolidação desta política municipal, foram instituídos os Conselhos Municipais do Idoso, que têm a responsabilidade de formular políticas de promoção, de proteção e de defesa dos direitos do idoso, e para que a política possa se desenvolver e se consolidar é essencial se conhecer o perfil dos membros desse conselho.

Conselheiros não são simples representantes institucionais e muito menos defensores dos interesses da instituição que representam. E segundo Pereira (2005, p. 32):

Eles devem possuir condições para assumirem responsabilidades como pessoas jurídicas investidas de autoridade legal e legítima para defender os direitos da população para a qual a instituição que representam está a serviço – no caso a pessoa idosa.

Entende-se que para uma representação de qualidade não basta apenas representar esta ou aquela instituição, mas, sim, é necessário que se tenha compromisso com o papel representado para que os interesses da população sejam efetivamente considerados.

Considerações finais

Conselhos de políticas são instituições importantes na inclusão da participação da sociedade na formulação de políticas públicas, mas apenas sua existência não garante a representação política. É preciso que haja a ativa participação dos cidadãos, grupos e organizações sociais e

CABE DESTACAR QUE AS POLÍTICAS DE PROTEÇÃO SOCIAL, BASEADAS EM SUPOSIÇÕES E GENERALIZAÇÕES INDEVIDAS, PODEM CONTRIBUIR PARA O DESENVOLVIMENTO OU A INTENSIFICAÇÃO DE PRECONCEITOS NEGATIVOS E PARA A OCORRÊNCIA DE PRÁTICAS SOCIAIS DISCRIMINATÓRIAS EM RELAÇÃO AOS IDOSOS.

os representantes devem sempre sustentar uma relação positiva com a entidade que representam, além de se conscientizarem sobre o que representam nos conselhos.

Existem problemas relacionados ao seu funcionamento que precisam ser levados em consideração. O princípio da paridade nem sempre é respeitado, nos municípios principalmente. Além disso, as agendas da maioria dos conselhos são controladas pelo Executivo, o que dificulta a mudança dos rumos das políticas pela representação da Sociedade Civil. Outra dificuldade encontrada é a resistência do Poder Executivo em conceder real poder aos conselhos. Os conselhos dependem também, para seu funcionamento adequado, de estrutura física e básica.

A forma de escolha dos representantes é também uma delicada questão ao funcionamento dos conselhos, já que, em muitos deles, essa escolha não se dá de forma democrática, mas impositiva, o que compromete a legitimidade e o poder da representação.

A atuação dos conselheiros depende de uma série de questões, como, por exemplo, os canais de comunicação que devem ser criados entre representantes e a base que representam, a falta de capacitação dos conselheiros e o desconhecimento destes sobre o papel do conselho e de seus membros. Essa defasagem de conhecimentos sobre a área de atuação dos conselheiros é um obstáculo para o funcionamento adequado dos conselhos em todo o país.

Em muitos conselhos os conselheiros estão pouco preparados para a atuação, em termos de: capacitação, informação, interesse por políticas públicas, etc. Além disso, nem sempre a estrutura de funcionamento dos conselhos lhes dá condições mínimas para atuação.

Quanto à representação, os métodos de seleção da maioria dos conselhos não são inclusivos, uma vez que a escolha dos representantes não é feita de forma clara, pois estes não são escolhidos pelos idosos, e sim pelo prefeito, que indica os representantes governamentais, e no caso dos representantes das organizações e associações, a indicação é feita pelos diretores e presidentes destas. Isso dificulta que os reais interesses da sociedade sejam levados em consideração conduzindo à baixa presença de *accountability*² entre conselheiros, entidade e sociedade, o que nos leva a crer que os Conselhos de Idosos precisam avançar muito para que possam se constituir em esfera de deliberação de políticas de idosos

² *Accountability* refere-se ao exercício do controle público e democrático dos governantes por seus eleitores. É a obrigação de membros de um órgão administrativo ou representativo de prestar contas a instâncias controladoras ou a seus representados.

e fazer com que direitos conquistados no Estatuto sejam colocados em prática. Para isso, o primeiro passo para tal medida deve ser informar à comunidade sobre a existência e a importância dos conselhos, bem como comunicar por meio de rádios, TV, jornais, informativos, internet, etc., aos idosos e à população em geral, sobre as ações dos conselhos. Assim, as atividades dos Conselhos de Idosos serão conhecidas e reconhecidas pela sociedade como sendo ações relevantes para a comunidade, levando à mobilização e ao sentimento da solidariedade e compaixão para atingir a corresponsabilidade³.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU FILHO, Helio; OLIVEIRA, Edi Mota; SILVA, Franciny Beatriz Abreu de Figueiredo e. O *Estatuto do Idoso*: comentários. 2003. 118 p.
- ANDRADE, Ilza Araújo Leão. *Gestão social e democracia*: problemas e perspectivas. 1999. Disponível em: <<http://www.ijj.derecho.ucr.ac.cr/archivos/documentacion/inv%20otras%20entidades/CLAD/CLAD%20VI/documentos/andrailz.doc>>. Acesso em: 17 dez. 2008.
- AYER, Maria Fernanda Sobrado. *Aspectos relevantes do Estatuto do Idoso*. 2004. 77 p. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/Juridica/article/viewFile/250/244>>. Acesso em: 30 ago. 2009.
- BARROSO, Áurea Soares. Participação da Sociedade Civil em políticas públicas voltadas à população idosa. *Boletim do Instituto de Saúde*, n. 47, p. 33-35, abril de 2009. Disponível em: <<http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/47-idoso.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2009.
- BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF: Poder Executivo, 4 jan. 1994. Regulamentado pelo Decreto nº 1.948, de 3 julho de 1996.
- _____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. 20. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de publicações, 2003a. 382 p.
- _____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF: Poder Executivo, 3 out. 2003b.
- _____. *Direitos humanos e pessoa idosa*. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. Brasília, 2005. 38 p.
- _____. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 68 p.
- CNDI – Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/conselho/idoso/historico/>. Acesso em: 30 abr. 2009.

3 Corresponsabilidade é, segundo Henriques, Braga e Mafra (2002, p. 43), “quando o público se sente também responsável pelo sucesso do projeto, entendendo a sua participação como uma parte essencial no todo”. Isso é gerado por meio do sentimento da solidariedade e compaixão.

- COUTINHO, Carlos Nelson. Notas sobre cidadania e modernidade. In: Debate sobre “modernidade”. 20 maio 1994. 25 p.
- HENRIQUES, Márcio S.; BRAGA, Clara S.; MAFRA, Rennan L. M. O planejamento da comunicação para a mobilização social: em busca da corresponsabilidade. In: HENRIQUES, Márcio S. (org.). *Comunicação e estratégias de mobilização social*. Belo Horizonte: Autêntica, 2002. p. 33-58.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. *Censos Demográficos*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 30 nov. 2009.
- _____. *Tábuas completas de mortalidade - 2008*. Pesquisa divulgada em 1 de dezembro de 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1507&id_pagina=1>. Acesso em: 2 dez. 2009.
- LÜCHMANN, Ligia Helena Hahn. A representação no interior das experiências de participação. *Lua Nova*, São Paulo, v. 70, p. 139-170, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n70/a07n70.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2009.
- MATOS, Marlise. *Cidadania por que, quando, para quê e para quem?*. Desafios contemporâneos ao Estado e à democracia inclusivas. Texto escrito para a disciplina “A formação da tradição de direitos: uma abordagem crítica”. Curso de Especialização em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais. UFMG. 2009. 41 p.
- PELEGRINO, Paulo Sergio. Panorama atual da atuação dos conselhos de direitos das pessoas idosas. In: Envelhecimento & Saúde. *Boletim Instituto de Saúde*, n. 47, p. 36-39, abr. 2009.
- PEREIRA, Potyara Amazoneida P. *Controle democrático com garantias de direitos*. Brasília: Subsecretaria dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2005. 40 p.
- PEREIRA, Joici Aparecida; SANTOS, Larissa Silva dos; SILVA, Marysia Alves da. Os conselhos do idoso: um estudo do período de 1991 a 2006. *Fragments de Cultura*, Goiânia, v. 17, n. 3/4, p. 387-401, mar./abr. 2007.
- RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. *Fundamentos constitucionais do direito à velhice*. Florianópolis: Livraria e Editora Obra Jurídica Ltda., 2002. 157 p.
- REIS, Elisa. Cidadania: história, teoria e utopia. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL JUSTIÇA E CIDADANIA. Rio de Janeiro, 10 e 11 de setembro de 1997.
- RODRIGUES, Luis Carlos Barbosa. *Vivências da sexualidade de idosos(as)*. 2008. 92 p. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande do Sul.
- VICENTE, Maria Cavalcante. *O MSTTR defendendo e valorizando a Terceira Idade através dos direitos sociais*. Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – Contag/Secretaria de Políticas Sociais, Brasília/DF, 2007. 72 p.
- WENDHAUSEN, Águeda L. P.; BARBOSA, Tatiane Muniz; BORBA, Maria Clara de. Empoderamento e recursos para a participação em Conselhos Gestores. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 3, p. 131-144, set.-dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/11.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2009.

A finitude na perspectiva do idoso do gênero masculino¹

SANDRA CAROLINA FARIAS DE OLIVEIRA²

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo principal investigar quais os significados atribuídos à morte pelos idosos do gênero masculino de um município do sertão pernambucano. Qual a Representação que os idosos do gênero masculino têm sobre a morte? Como forma de fundamentar e estruturar a pesquisa realizada, optou-se por um olhar realizado por meio da Psicologia Social. Foram feitas comparações a fim de verificar se algumas variáveis como: atividades desenvolvidas, religião, entre outras, influenciavam na forma dos idosos representarem a morte e se essa representação repercutia nas práticas sociais em lidar com o fenômeno morte. Para tanto, foi realizada uma pesquisa com 21 idosos do gênero masculino, de 61 a 90 anos, com estado mental preservado, ou seja, todos com estado de lucidez, moradores de uma cidade do sertão pernambucano. Em seus domicílios, eles responderam a entrevistas a partir de um roteiro semiestruturado com questões sobre seu cotidiano e contextualização de vida e morte. Os resultados apontam para uma ideia compartilhada pelos idosos de que eles sentem a morte como muito sofrida e repleta de significados pejorativos. Esses resultados podem subsidiar ações que beneficiem os idosos do gênero masculino, propiciando-lhes uma maior visibilidade e desmistificação de seu papel na sociedade.

Palavras-chave: morte; gênero masculino.

¹ Artigo baseado em palestra ministrada no Sesc-SP, em junho de 2009, no Seminário Envelhecimento Masculino

² Psicóloga, Mestre em Psicologia pela UFPE. sandrapasifarias@yahoo.com.br



ABSTRACT

The present research aims primarily to investigate the concept of death among male elderly people living in a city located in an arid and remote region of the State of Pernambuco. How do male elderly people conceive the idea of death? In order to provide a foundation and framework for the research, we decided to approach the subject from the point of view of Social Psychology. To examine the effects of previous occupations and religion, among other variables, on elderly people's conceptions of death and to assess whether these conceptions had an impact on the way society deals with death, we made a comparative analysis. To this end, we conducted a research with 21 male elderly people, aged 61 to 90, with preserved, lucid mental status, living in a city located in an arid and remote region of the State of Pernambuco. They were interviewed in their homes using a semi-structured protocol to elicit their views on day-to-day activities and on the contextualization of life and death. The results indicate that the elderly people perceive death as a very painful event that is filled with pejorative meanings. These results may support actions to benefit male elderly people, increasing the visibility and demystification of their role in society.

Keywords: death; male gender.

“Sabemos que vivemos e que morremos, mas, da vida, podemos falar por um conhecimento vivido, atestado por vivenciar a situação, o fenômeno. Porém, falar da morte é sempre algo estranho para nós mesmos, pois o fenômeno só é conhecido em experiência com os outros. Da morte, somos, conscientemente, apenas meros espectadores” (LOUREIRO, 2000, p. 95).

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa visou investigar qual é a representação construída socialmente por idosos a respeito da morte. O tema morte, assim como a faixa etária a ser pesquisada, a velhice, são considerados interditos em nossa sociedade. Diante deles, muitos silenciam. Na busca bibliográfica há uma lacuna nos estudos realizados no campo da gerontologia que en-

volvam aspectos sociopsicológicos da morte. Velhice e morte são aspectos intrinsecamente relacionados e que, nos dias de hoje, estão sendo esquecidos, ou melhor, escondidos da nossa realidade. A morte para os que ultrapassam os 60 anos, os chamados velhos, ganha um significado de destaque, pois ela está marcada no corpo, no rosto, nas limitações físicas mais evidentes, nas idas frequentes aos médicos, na aposentadoria, etc.

Dentro da área da Psicologia e do Desenvolvimento Humano são feitas muitas pesquisas com adolescentes e crianças, mas ainda pouco se fala dos idosos que a cada ano têm aumentado sua expectativa de vida, exigindo assim melhores condições e uma maior assistência. Uma

dificuldade encontrada logo de início diz respeito à conceituação do que é “ser velho” ou idoso. Não existe um consenso entre os teóricos da área. Como diz Santos, trazendo a representação que os próprios velhos têm da velhice (MOREIRA e OLIVEIRA, 2000, p. 158):

O HUMANO É O ÚNICO SER QUE TEM
CONSCIÊNCIA DA PRÓPRIA MORTE,
SENDO ESTA A CAUSA DE MUITA
AFLIÇÃO PARA OS INDIVÍDUOS.
PENSA-SE EM AFASTÁ-LA DA VIDA
COTIDIANA, ATÉ PORQUE A IMAGEM
QUE GERALMENTE É PASSADA PELA
MÍDIA É DE UMA MORTE VIOLENTA,
SOFRIDA, DA QUAL SE TEM OJERIZA.

O verdadeiro velho é o outro – neste sentido, os sujeitos enfatizam o estágio final da velhice como fase de dependência total. Assim, há sempre um “outro” mais velho que ele. Parece importante salientar, que ao destacar aspectos negativos da velhice, que de certo modo ameaçam a identidade do sujeito, alguns mecanismos de defesa são acionados. Assim, há sempre um outro mais velho que concretizaria as características negativas da velhice.

Para fim de legislação, é legitimado o idoso a partir de 60 anos em países desenvolvidos e de 65 anos em países em desenvolvimento de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). No Estatuto do Idoso brasileiro (2003), ser idoso é ter 60 anos ou mais.

Outra temática que precisa ser conceituada, assim como a velhice, é a morte, que se apresenta na grande maioria das vezes carregada de sentidos negativos. Então, pode-se dizer que ela se mostra com diversos significados, despertando sentimentos variados, desde os mais depreciativos, como desintegração e sofrimento, até um fascínio e a ideia de descanso (KOVÁCS, 1992).

De acordo com Bueno (1980), a morte conceitua-se como: “S.f. Ato de morrer; fim da vida; destruição; entidade imaginária que a crença popular supõe ceifeira das vidas; cessação completa e definitiva das atividades características das matérias vivas; – civil: perda de todos os direitos e regalias sociais; – moral: perda de todos os sentimentos de honra; desaprovção moral; (...)”.

O humano é o único ser que tem consciência da própria morte, sendo esta a causa de muita aflição para os indivíduos. Pensa-se em afastá-la da vida cotidiana, até porque a imagem que geralmente é passada pela mídia é de uma morte violenta, sofrida, da qual se tem ojeriza. É comum que não se pense sempre na morte até porque se precisa viver e para distanciar-se faz-se uso de diversos mecanismos psicológicos, entre eles: negação, intelectualização, deslocamento. Mas o medo da morte persiste na maioria das pessoas (KOVÁCS, 1992).

De acordo com Kastenbaum (1983, apud KOVÁCS, 1992), existem dois medos: medo da própria morte (deparar com a finitude) e da morte do outro (abandono). Quando se fala na nossa morte podemos relacionar este medo dentro de três aspectos:

- Medo do sofrimento e da impotência que a morte suscita;
- Medo do que pode vir depois da morte, do desconhecido;
- Medo do não-ser, da extinção.

É curioso pensar que, sendo a morte a única certeza na vida de todos, tenha-se tanto medo de enfrentá-la ou de simplesmente pensar nela. Neste aspecto é que Kovács (1992) traz a questão da morte como sendo construída socialmente e submissa a variáveis como a religiosidade. Um estudo feito por Morin, que Kovács (1992) cita, refere-se aos diversos ritos que são realizados com o morto. O medo dos mortos muitas vezes pode ser até maior do que o medo da própria morte, por isso em muitas sociedades são realizadas missas, os corpos são cremados, ou embalsamados, trazendo assim a ideia de que esse morto não vai voltar para importunar as pessoas que ficaram.

Um estudo realizado por um historiador francês durante 15 anos de pesquisa, Philippe Ariès (2003), mostra que a morte já passou por diversas fases, de acordo com o pensamento vigente nos períodos estudados. Ele nomeia esses períodos referidos como:

- “Morte domada”, aconteceu na época medieval. A morte era em casa, os moribundos compartilhavam de sua morte com todos.
- “Morte de si mesmo” – Idade Média – o temor de morrer passou a ser exacerbado, principalmente por causa de julgamentos que poderiam ocorrer depois da morte. O corpo do morto passa a ser escondido, é nessa época que os caixões são criados e diversas outras tradições como: usar determinada cor para representar o

luto, as missas de corpo presente, os embalsamamentos (forma de negar a morte).

- “Vida no cadáver, vida na morte” – séc. XVII e XVIII – nesse período se acreditava que os corpos dos mortos poderiam ser utilizados como remédio para os que continuavam em vida. Muitas pessoas acreditavam que as secreções dos mortos, como o suor, poderiam servir como remédio para tumores ou hemorroidas, entre outros exemplos.
- “A morte do outro” – séc. XIX – a morte é vista de forma romântica, como a possibilidade de reencontro com os que já foram. Nasce aí também o espiritismo trazendo a idéia de vida após morte.
- “A morte invertida” – séc. XX – a morte é tida como algo que se precisa esconder: ao contrário da morte da época medieval, os mortos são retirados de casa e levados para os hospitais, onde na hora em que se morre são colocados biombos. A morte é tida como uma vergonha, como fracasso, como impotência, o que para a nossa sociedade capitalista representa algo repugnante. A medicina de hoje tem diversas formas de evitar essa morte e prolongar uma vida muitas vezes, senão em sua maioria, quantitativamente. A questão da vontade dos indivíduos que estão acometidos de qualquer que seja a enfermidade é deixada de lado e o que interessa é fazer com que essa pessoa tenha alguns dias de vida, mesmo que ela esteja ligada a tubos, como sondas e tantos outros processos invasivos e dolorosos. Para a equipe médica a questão da morte fica muito encoberta, em suas faculdades só foram ensinados a cuidar da vida; quando os pacientes já não têm possibilidades de cura, são colocados de lado, pois eles são a comprovação da “impotência” dessa equipe. Eles sentem-se como se tivessem falhado em sua profissão e cada vez que eles olham para um paciente é reafirmado o seu erro.

Segundo alguns autores, a noção de morte pode ser caracterizada por fases da vida. Na infância, a morte é vista como reversível e a cultura apresentada hoje traz também a ideia de que esconder da criança é a melhor opção (TORRES, 1979, apud KOVÁCS, 1992, p. 52 e 53).

Nos adolescentes a morte é entendida como sendo uma grande contradição, pois, ao mesmo tempo em que o jovem está voltado para sua

aquisição de identidade e sente-se por muitas vezes como um grande herói inabalável, tornando a morte muito distante, ela está sempre presente em suas atitudes de alto risco e inconsequentes.

No adulto a morte passa a dividir espaço com seus compromissos e responsabilidades para com seu lado profissional e afetivo. É nessa fase que surge a morte como possibilidade. Na vida adulta abandona-se a ideia de herói invencível e abraça-se a causa de que a morte sempre vence.

Na velhice, que é nosso foco primordial, além da morte do corpo que está sendo comentada, o idoso tem de lidar com sua morte profissional, com a morte de suas funções corporais e intelectuais, entre outras. Nos dias de hoje, com a produtividade sendo o pilar de nossa sociedade, um idoso que não trabalha perde o valor, recobre-se de estigmas de deterioração e é colocado à margem da sociedade. Idoso é sinônimo de morte, apesar de todo o investimento em se prolongar a vida; a concepção de velhice ainda está muito ultrapassada em questão de valores.

Como forma de fundamentar e estruturar a pesquisa realizada, optou-se por um olhar realizado por meio da Psicologia Social. Mais especificamente pela Representação Social, teoria esta que teve seu berço, pode-se dizer, em 1898, com Émile Durkheim, em seu livro: *Représentations individuelles et représentations collectives*, que trouxe reflexões sobre as Representações Coletivas, que foram conceituadas como: “(..) *producciones mentales colectivas que trascienden a los individuos particulares y que forman parte del bagaje cultural de una sociedad*”³ (IBAÑEZ⁴, apud GRAEFF, 2002). Essas representações tinham a característica de ser estáticas e eram transmitidas de geração em geração sem modificações, além de apresentarem a distinção entre indivíduo e sociedade. Mais tarde, Serge Moscovici (1961) introduz no meio acadêmico: *La Psychanalyse: son image et son public*, já com a ideia de Representações Sociais, não mais coletivas. De acordo com Moscovici (1978), Representação Social (RS) é:

(...) ‘uma preparação para a ação’, ela não o é somente na medida em que guia o comportamento, mas sobretudo na medida em que remodela e reconstitui os elementos do meio ambiente em que o comportamento deve ter lugar. Ela consegue incutir um sentido ao comportamento, integrá-lo numa rede de relações em que está vinculado ao seu objeto, fornecendo ao mesmo tempo as noções, as teorias e os fundos de observação que tornam essas relações estáveis e eficazes (MOSCOVICI, 1978, p. 49).

³ Tradução: “(...) produções mentais coletivas que transcendem aos indivíduos particulares e que formam parte da bagagem cultural de uma sociedade”.

⁴ Tomás Ibañez, Representaciones sociales – teoría y método. In: IBAÑEZ, *Psicología social constructorista*, México: Universidad de Guadalajara, 1994, p. 153-216.

Ressalta-se que a Teoria das Representações Sociais não faz o estudo de qualquer conhecimento do “senso comum”. Apenas o saber compartilhado que se organiza em “teorias do senso comum” é considerado como representações. Essas teorias, apesar de serem “leigas”, sem um reconhecimento científico, arranjam-se e fazem sentido para um grupo determinado, orientando assim suas práticas. É importante dizer que essas representações variam de acordo com o contexto sociohistórico-cultural do grupo estudado (SANTOS, 2005).

Entre as funções atribuídas à Teoria das Representações Sociais pode-se citar:

- Função de Saber: compreensão, explicação e sentido à realidade;
- Função Identitária: permite a identificação dos grupos sociais e a proteção de suas especificidades;
- Função de Orientação: direciona as práticas e os comportamentos;
- Função Justificadora: permite a justificativa, a posteriori, das práticas e dos comportamentos (MOREIRA e OLIVEIRA, 2000).

É importante salientar que, dentro da Teoria das Representações Sociais, existem dois conceitos que são essenciais para o entendimento e a estruturação da RS: o de objetivação e o de ancoragem. De acordo com Moscovici:

Ancoragem – esse é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias, e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada. (...) Ancorar é, pois, classificar e dar nome a alguma coisa (MOSCOVICI, 2003, p. 61).

Ao passo que a objetivação “(...) *faz com que se torne real um esquema conceptual (...) Objetivar é reabsorver um excesso de significações materializando-as*” (MOSCOVICI, 1978, p. 112 e 113).

Para se estudar fenômenos tão complexos, como a velhice e a morte com idosos, sendo estes conceitos envolvidos por representações construídas ao longo do tempo e permeados pela subjetividade, nada melhor que optar por uma teoria que leve em consideração estes aspectos: social e individual, cognitivo e afetivo.

METODOLOGIA

Participantes

Foram selecionados 21 indivíduos com idade igual ou superior aos 60 anos, cadastrados nas unidades de Postos de Saúde da Família (PSF) da cidade de Carnaíba, com idades que variaram entre 61 e 90 anos. É importante salientar que todos os indivíduos tinham discernimento para escolher se desejavam ou não participar da pesquisa, considerando os aspectos mostrados a eles no “Termo de consentimento livre e esclarecido”, apresentavam suas funções cognitivas conservadas (não demonstravam possuir nenhum quadro demencial, ou patologia que comprometesse sua lucidez) e tinham suas habilidades físicas preservadas, ou seja, não apresentavam nenhuma enfermidade que atrapalhasse seu desempenho na realização das atividades que estavam sendo propostas (surdez, afasias ou ausência de linguagem oral). A coleta foi realizada no domicílio dos participantes.

Material

Para a coleta dos dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado. Utilizou-se ainda um *mp3 player* para registrar a entrevista, assim como lápis e papel para alguma anotação relevante. O roteiro de entrevista tinha questões sobre a caracterização do contexto de vida com perguntas direcionadas a como essas pessoas estão vivendo e questões direcionadas à temática da morte, entre as quais se perguntava o que era morte, como se sentiam diante dela, entre outras. Com isso foi possível analisar como esses idosos do gênero masculino pensavam a morte e quais sentimentos relacionados a esta eram vivenciados.

Procedimento

Em primeiro lugar é importante salientar que este projeto de pesquisa seguiu as normas estabelecidas pela Comissão Nacional de Saúde na Resolução de nº 196, de 10 de outubro de 1996, com registro de número 077/07, sendo liberado para a coleta no dia 26 de junho de 2007. Após a liberação para a coleta, iniciou-se um contato com a Prefeitura da cidade, com o intuito de avaliar qual seria a melhor forma de encontrar esses participantes. A solução encontrada era realizar a pesquisa junto com as equipes de PSFs. A grande vantagem de se realizar a pesquisa junto

com os PSFs foi a utilização da listagem de sujeitos idosos, acelerando a localização dos participantes.

Depois da coleta, as entrevistas eram transcritas e foram analisadas com o ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*), software de análise textual. Para a análise no ALCESTE, em primeiro lugar faz-se a configuração nas transcrições (fonte Courier New; tamanho 10; com espaço simples; não pode haver palavras com todas as letras maiúsculas; não se pode ter: aspas, hífen, asterisco, porcentagem, cifrão; entre outros aspectos) para que elas fiquem compatíveis com o programa. As entrevistas precisam ser digitadas em um único arquivo do Word for Windows 2000 e salvo em texto-tx; isso é chamado de UCI (Unidade de Contexto Inicial). No início da entrevista de cada sujeito é colocada uma linha de identificação que comporta as variáveis que serão analisadas: sujeito, idade, nível socioeconômico, local onde foi feita a entrevista, entre outras (ARAÚJO, 2005; COSTA, 2001).

Após esta preparação, rodam-se os dados que separam a UCI em UCEs (Unidades de Contexto Elementar), que são pequenos segmentos do discurso do sujeito que serão agrupados e é calculada a sua frequência, fornecendo assim uma análise hierárquica e descendente das classes léxico-semânticas. Com isso, temos assim uma análise quantitativa desse *corpus* com as frequências das palavras calculadas e verificada a significância das frequências por meio do teste *Qui-quadrado*. Para isso o software gera dois relatórios: um resumido e um completo, contendo todas as informações necessárias para a análise. Tem-se também a possibilidade de realizar uma análise qualitativa, uma vez que é feita a codificação das entrevistas e é apresentado o contexto em que as palavras mais frequentes aparecem. Além disso, nos resultados gerados pelo programa ainda tem-se a possibilidade de saber os sujeitos que fizeram menção a determinada palavra.

Resultados e Discussão

É importante salientar alguns aspectos que caracterizaram a amostra antes de se começar a fazer uma explicitação dos dados e traçar um paralelo com a teoria. O primeiro deles é quanto ao número de homens participantes, que no início da pesquisa se tinha o objetivo de atingir: 50, porém não foi possível a viabilidade deste quantitativo em decorrência de uma série de questões, entre elas:

- um fato constatado por intermédio de inúmeras pesquisas, entre elas: Lima-Costa, Peixoto & Giatti (2004); Chor, Duchiate & Jourdan (1992); Ipea (1999), é de que os homens morrem mais cedo que as mulheres, reduzindo assim o número de idosos na região;
- o enterro de um senhor que mobilizou muitos dos idosos, fazendo com que só as mulheres permanecessem em casa, em um dos dias da coleta de dados;
- os homens, por não realizarem serviços domésticos (sendo esta tradição na cidade), não permanecem em suas residências durante longos períodos.

Em segundo lugar pode-se destacar que todos os indivíduos entrevistados são aposentados e isso faz com que muitos deles não permaneçam realizando atividades consideradas trabalho (roça). Esse é o trabalho predominante na região e é considerado muito desgastante pelos próprios idosos, que se queixam de não poder mais realizá-lo em razão dos problemas de saúde. Este fato transforma a realidade desses sujeitos, principalmente os homens, que se autoconceituam como “come-dorme”.

A religião que teve o maior número de adeptos foi a católica, com 16 idosos, ao passo que a religião evangélica teve 2 e houve 3 sem religião. Nenhum dos entrevistados mencionou afinidade com a religião espírita. As consequências da crença desses indivíduos serão apresentadas em um dos itens da análise. Entre os idosos entrevistados 6 se disseram viúvos, 13 casados e 2 separados.

Na análise realizada com o software ALCESTE, houve vários aspectos que foram enquadrados nas cinco classes em que o discurso dos participantes pôde ser dividido. As classes foram: contexto de vida, atividades diárias, problemas de saúde/tratamento, morte (conceito) e morte (seus atributos/sentimentos). De todo o material que foi analisado e trabalhado, o que mais chama atenção é que a última classe, morte (seus atributos e sentimentos), foi a que teve mais representatividade. Isso pode ser exemplificado com as falas a seguir:

“Como diz a história... a gente sofre demais... a minha pressão até subiu, minha mulher era como se fosse uma mãe pra mim. A gente fica como se tivesse morrido também. Que Deus me perdoe, eu achava melhor eu ter ido e ela ter ficado. Por que quem morreu, desapareceu do mundo e quem fica vai sofrer. É um sofrimento grande viver 2 pessoas numa casa, como viveu aqui, e a pessoa sair como ela saiu, é muito triste” (82 anos, viúvo, evangélico).

“... sinto uma falta muito grande, uma saudade grande...” (83 anos, divorciado, sem religião).

“... sinto muito, choro, tenho desgosto...” (77 anos, casado, católico).

O que se pode traçar como Representação Social (RS) da morte com idosos do gênero masculino da cidade escolhida é que a morte é traiçoeira, pois vem sem avisar e não escolhe a quem, além do que ela acarreta muito sofrimento emocional. Outra ideia que pareceu forte nos presentes dados é a de que a morte é objetivada na figura do idoso e do doente, sendo que quem fica mais doente é o próprio idoso:

“... a morte é uma coisa traiçoeira, por que o cabra nem espera e vai embora...” (77 anos, casado, católico).

A RS da morte traz a ideia do medo do desconhecido, que justifica o fato de os idosos a caracterizarem como traiçoeira e ruim. Ancora-se numa ideia religiosa trazida desde a Idade Média, onde nasceram os conceitos de céu, inferno e julgamento trazido pela Igreja Cristã. É aí que se percebe no discurso dos sujeitos como eles se apoiam em Deus para explicar e se confortar diante de um episódio tão abstrato e inexplicável. Vale salientar que a grande maioria dos entrevistados faz parte da religião católica, que tem suas raízes na Igreja Cristã da Idade Média (ARIÈS, 2003):

“... a morte, morreu, desapareceu desse mundo, aí só Deus é quem sabe julgar e dizer quem é que paga...” (68 anos, casado, católico).

As Representações Sociais que os idosos têm sobre a morte repercutem na forma com que eles lidam com esse fenômeno em seu dia a dia. Elas orientam sua conduta e organizam suas práticas sociais, pautando-as em valores e crenças coletivas com as quais compartilham, que por sua vez foram construídas em suas histórias de vida com experiências e informações significativas para eles (SANTOS, 2005). A esse respeito as autoras mencionam quatro funções da RS que podem ser identificadas no presente trabalho:

- função de saber – a Representação Social que os idosos têm sobre a morte parece servir como explicação, ou pelo menos uma justificativa para se explicar o fenômeno da morte. Se a morte é algo traiçoeiro e abstrato, ela é entregue nas mãos de Deus (religião) como forma de conformar algo tão avassalador, mesmo sabendo que por ser idoso ela está muito próxima;

- Função de orientação – a incerteza ocasionada pelo desconhecido acarreta uma orientação na conduta desses indivíduos. A religião católica, com frequência, sugere que o que se fizer na Terra se relaciona com o que acontecerá depois da morte. Então, se muitos dos sujeitos relatam que rezam muito, vão à igreja, assistem à missa e choram a morte mesmo daqueles com quem não têm aproximação, podem se sentir correspondendo àquilo que é ensinado ou sugerido por sua religião;
- Função identitária – a RS permite que os sujeitos criem a identidade do grupo e se reconheçam como pertencentes a ele. Os idosos, em sua grande maioria, associaram a morte à sua própria faixa etária e reconheceram, portanto, que a morte se encontra mais próxima deles. Essa é uma ideia compartilhada fazendo com que este grupo possa se comunicar entre si e conduzir suas atitudes de forma que sejam satisfatórias para o grupo;
- Função justificadora – diante do que foi apresentado, a RS também serve como justificadora do comportamento, já que orienta sua conduta. Pode-se levantar a hipótese de que o velho reza muito ou assiste à missa como uma forma de se resguardar de um julgamento a *posteriori*, onde ele poderia ir para o inferno.

É interessante comparar que em pesquisa referida anteriormente, de Pinazo & Bueno (2004), os idosos apresentam uma visão mais naturalizada da morte, contrapondo-se aos resultados da presente pesquisa. O que se pode apontar como diferencial para estes resultados é a questão dos contextos socioculturais. A pesquisa de Pinazo & Bueno aconteceu na Espanha, ao passo que esta tem seu lócus numa cidade do interior do Estado de Pernambuco.

Algumas considerações

A presente pesquisa teve como objetivo principal investigar quais os significados atribuídos à morte pelos idosos do gênero masculino de um município do sertão pernambucano. Além disso, pretendeu-se realizar comparações a fim de verificar se variáveis como atividades desenvolvidas, religião, entre outras características da amostra, influenciavam na forma com a qual os idosos representavam a morte e se essa representação repercutia nas práticas sociais em lidar com o fenômeno morte.

Depois de analisadas com o software ALCESTE as 21 entrevistas realizadas com idosos do município, os resultados obtidos apontaram para significados atribuídos à morte com um certo tom pejorativo e carregados de sentimentos. Ao contrário do que se pensava, a morte numa cidade do interior do estado, por seus rituais, não se aproxima da “morte domada” que Ariès menciona em seu trabalho (2003), e, sim, da “morte invertida” que é encontrada em grandes centros urbanos. Palavras como traiçoeira, saudade, dor, tristeza, ruim foram mencionadas como características da morte. Isso se torna surpreendente por serem ditas por homens, que de acordo com a cultura local não expressam suas emoções em decorrência do machismo imperante nessa região.

Verificou-se que a religião, tanto católica quanto evangélica, opções dos idosos investigados, exercem influência na concepção que eles têm da morte, principalmente pelo medo do desconhecido que vem depois do morrer. As ideias de julgamento de céu e inferno orientam e justificam as práticas dos idosos que rezam, vão à missa e tentam fazer o bem ao próximo muitas vezes por medo desse julgamento. E tudo é entregue nas mãos de Deus.

A morte é um acontecimento que coloca esses idosos em contato com sentimentos muito dolorosos: saudade, dor, emoção, desgosto, falta, ruim, tristeza. Por essa explosão de sentimentos, a morte não é esperada por esses idosos de forma confortável e natural. Todos relatam que sabem que vão morrer, mas que preferem não pensar no assunto, porque senão ela chega mais cedo. Mais uma vez a incerteza da hora e de como a morte vai chegar é um motivo que gera angústia e um desconforto. A primeira resposta ao se perguntar o que é a morte para os entrevistados era: “não sei responder”. Aos poucos eles iam elaborando uma resposta que vinha carregada de emoção expressa por meio de suas falas, rostos e gestos.

A experiência de se fazer uma investigação relacionando dois temas que são considerados interditos em nossa sociedade, velhice e morte, abriu espaço para discuti-los no âmbito acadêmico. Houve muita dificuldade em encontrar itens bibliográficos que falassem sobre a morte e, principalmente, estudos que dissessem respeito a aspectos psicológicos do envelhecimento. Isso foi uma das motivações que levaram à realização da investigação com este teor.

Esta pesquisa pode nos abrir um leque de opções de outras investigações que levem em consideração o idoso do gênero masculino que muitas vezes é invisível aos olhos dos pesquisadores, principalmente na área da Psicologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, Ludgleyson Fernandes de. *Representações sociais da velhice: um estudo comparativo entre idosos de instituições de longa permanência e de grupos de convivência*. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (não publicada).
- ÁRIES, Philippe. *História da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. 1. ed., 2. reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 70p.
- BUENO, Francisco da Silveira. *Dicionário Escolar da Língua Portuguesa*. 11. ed. Rio de Janeiro: FENAME, 1980.
- CHOR, Dóra; DUCHIADE, Milena Piraccini; JOURDAN, Angela Maria Fernandes. Diferencial de mortalidade em homens e mulheres em localidade da Região Sudeste, Brasil: 1960, 1970 e 1980. *Rev. Saúde Pública*, v. 26, n. 4, p. 246-255, ago. 1992.
- COSTA, Filomena Guterres. *Representação social da velhice em idosos participantes de instituições para a terceira idade*. 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica de Goiás, Goiânia (não publicada).
- GRAEFF, Lucas. Representações sociais da aposentadoria. *Textos sobre Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, abril 2002. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282002000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 jul. 2006.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. *Como vai o idoso brasileiro?*. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 1999. p. 63.
- KOVÁCS, Maria Júlia. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- LIMA-COSTA, Maria Fernanda; PEIXOTO, Sérgio Viana; GIATTI, Luana. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000). *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 13, n. 4, p. 217-228, dez. 2004.
- MOREIRA, Antonia S. P.; OLIVEIRA, Cristina de. *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 151-159.
- MOSCOVICI, Serge. *A representação social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.
- _____. *Representações sociais: investigação em psicologia social*. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- PINAZO, Sacramento; BUENO, José R. *Reflexiones acerca del final de la vida: um estúdio sobre las representaciones sociales de la muerte en mayores de 65 años*. Valência, 2004. Disponível em: <http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2004_1/g-14-1-004.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2007.
- SANTOS, Maria de Fátima Souza. A Teoria das Representações Sociais. In: SANTOS, Maria de Fátima Souza; ALMEIDA, Leda Maria (Orgs.). *Diálogos com a Teoria das Representações Sociais*. Recife: Ed. Universitária da UFPE/UFAL, 2005. p. 15-38.



Avaliação da capacidade funcional de indivíduos institucionalizados com acidente vascular encefálico

CRISTIANO ANDRADE QUINTÃO COELHO ROCHA¹

RESUMO

Este estudo teve como propósito analisar a capacidade funcional dos indivíduos com acidente vascular cerebral (AVC) no asilo da cidade de Leopoldina-MG (Clínica-Escola de Fisioterapia da UNIPAC) e no asilo de Cataguases-MG. O objetivo deste estudo é comparar a capacidade funcional dos indivíduos com AVC em atendimento fisioterápico com outro grupo de idosos que não recebiam atendimento fisioterápico. A coleta de dados do grupo foi feita por meio de prontuários com diagnóstico de AVC. Participaram deste estudo 14 indivíduos, dos quais 4 eram do gênero feminino e 10 do gênero masculino, com idades entre 57 e 84 anos (média: 71 anos), no período compreendido entre setembro e novembro de 2005. Como instrumento de medida para avaliação da capacidade funcional dos idosos, utilizou-se a escala de autopercepção adaptada, do desempenho de atividades de vida diárias (AVDs), desenvolvida por Andreotti e Okuma (1999). Após análise dos resultados constatou-se que algumas atividades de vida diárias não realizadas ou dependentes da ajuda de outros, após o tratamento fisioterápico da Clínica-Escola de Fisioterapia – UNIPAC – Leopoldina-MG, poderiam ser realizadas com menos dificuldade. Em relação aos idosos avaliados no asilo de Cataguases-MG, que não realizaram fisioterapia, os achados eram muito parecidos com o 1º grupo estudado antes do tratamento fisioterápico, concluindo com isso que este foi eficiente para a melhoria de algumas atividades de vida diárias (AVDs) em idosos asilados portadores de AVC.

Palavras-chave: capacidade funcional; indivíduos com AVC; fisioterapia.

¹ Mestre em Ciência da Motricidade Humana pela Universidade Castelo Branco - UCB. Doutorando em Ciência do Desporto pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro - UTAD, Vila Real/Portugal. Atualmente é membro efetivo do Colégio Brasileiro de Atividade Física, Saúde e Esporte (COBRASE) e professor universitário adjunto da Faculdade de Minas - FAMINAS, Muriaé/MG. caqcr@bol.com.br

ABSTRACT

The main propose of this research is to analyze the functional capacity of peoples with Vascular Cerebral Accident (VCA) problems from asilo (Leopoldina-MG) who received physiotherapy treatment from UNIPAC (learning clinic of the Physiotherapy University graduation course) and peoples group from asilo (Cataguases-MG), who did not received the same treatment. This case involved 14 patients, 4 women and 10 men, within the range of 57 to 84 years old (average age: 71 years old) from September to November 2005. As far as valuation of functional capacity concerns, it was used an auto perception scale of daily activities, developed by Andreotti and Okuma (1999), which had very practical application and easy understanding. Regarding the analyse of results, it presented significant improvement in effecting some daily activities which could not have been done without someone else's help or could not be done at all before the treatment program of UNIPAC's students at asilo (Leopoldina-MG). The same result was not noticed at asilo (Cataguases-MG) where most of the elderly with VCA, as they did not have a similar physiotherapy treatment, were still partially or completely depending on other people's help so do the same sort of daily activities.

Keywords: functional capacity; peoples with VCA; physiotherapy.

INTRODUÇÃO

A rápida mudança do perfil demográfico e epidemiológico brasileiro suscita a necessidade de estudos sobre a saúde publica da população idosa.

A população de idosos tem representado um crescimento significativo em relação às demais faixas etárias. A cada ano, a quantidade de indivíduos acima de 60 anos cresce cerca de 3,4%. Segundo o IBGE (2000), a expectativa de vida no Brasil vem aumentando rapidamente, tanto para homens quanto para mulheres. Embora o aumento seja para ambos, verifica-se que há um acréscimo para a população feminina em relação à masculina.

Projeta-se, para o ano de 2025, que a idade superior do brasileiro atinja 75,3 anos. De acordo com esta estimativa, o Brasil passará do 16º lugar (1950) para o 6º na relação de países com população de idosos, que atualmente, em números, representa 14 milhões, estimando para 2020 uma margem de 31 milhões (IBGE, 2001).

O envelhecimento não é simplesmente o passar do tempo, mas as manifestações de eventos biológicos que ocorrem ao longo da vida. Tem sido definido como uma perda progressiva das capacidades fisiológicas, culminando fatalmente com a morte (ROBERGS & ROBERTS, 2002).

O processo de envelhecimento varia bastante entre as pessoas e é influenciado tanto pelo estilo de vida quanto por fatores genéticos (NIEMAN, 1999).

Viver até os 80 anos de idade, nas últimas décadas, já não é algo surpreendente, afinal um dos grandes êxitos do século XX foi o aumento da longevidade (PESSINI, 1999). Nesse contexto, o processo de envelhecer deixou de ser um fenômeno exclusivo dos países desenvolvidos e tornou-se comum também aos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil.

Em se tratando da avaliação de idosos que estejam restritos ao ambiente doméstico, o mais indicado é um instrumento que verifique o desempenho na realização das atividades de vida diárias (AVDs). Isso porque essas são atividades de autocuidado que permitem ao idoso responder por si no espaço de seu domicílio. A dificuldade ou incapacidade na realização dessas tarefas representa risco elevado para a perda da independência funcional (PARVARANI & NERI, 2000).

Embora a grande maioria dos idosos seja portadora de, pelo menos, uma doença crônica, nem todos ficam limitados por ela. Muitos levam uma vida perfeitamente normal, com suas enfermidades, quando controladas (TAVARES & ANJOS, 1999). Na verdade, o que mais importa nesta etapa da vida é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Atualmente, embora haja um número elevado de pessoas idosas que preservam sua capacidade funcional, há também um número expressivo de indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, os quais apresentam, paralelamente, acentuado declínio de suas funções, o que os torna dependentes (SANCHEZ, 2000).

O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO VARIA BASTANTE ENTRE AS PESSOAS E É INFLUENCIADO TANTO PELO ESTILO DE VIDA QUANTO POR FATORES GENÉTICOS (NIEMAN, 1999).

SE AS INSTITUIÇÕES PARA IDOSOS, CONHECIDAS COMO ASILOS, DESTINAVAM-SE À VELHICE DESVALIDA, HOJE, NA SOCIEDADE MARCADA PELO ENVELHECIMENTO, PASSAM A TER UMA NOVA MISSÃO: CUIDAR DE IDOSOS NECESSITADOS DE UMA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL, EM FACE DAS PERDAS FUNCIONAIS QUE TORNARAM PROBLEMÁTICA A VIDA A SÓS OU COM A FAMÍLIA.

A incapacidade funcional do idoso manifesta-se habitualmente pela perda da capacidade para desempenhar com independência as atividades diárias (AVDs), tanto básicas (ABVDs) como instrumentais (AIVDs). As ABVDs são atividades essenciais para o autocuidado; as AIVDs são atividades mais complexas, necessárias para adaptação independente ao meio ambiente (TAVARES & ANJOS, 1999). A dependência traduz-se por uma ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida. Não é apenas a incapacidade que cria a dependência, mas também o somatório da incapacidade com a necessidade.

A capacidade funcional, especialmente a dimensão motora, é um dos importantes marcadores de um envelhecimento bem-sucedido e da qualidade de vida dos idosos (RAMOS, 2003). A perda dessa capacidade está associada à predição de fragilidade, trazendo complicações ao longo do tempo, e gerando cuidados de longa permanência e alto custo (CORDEIRO et al., 2002).

Tem-se constatado que é muito mais fácil evitar mortes que evitar o desenvolvimento de incapacidades associadas ao envelhecimento (SILVESTRE & COSTA, 2003). A cada ano, cerca de 10% da população adulta, a partir dos 75 anos, perde a independência em uma ou mais atividades básicas da vida diária, tais como: banhar-se, vestir-se, alimentar-se e higiene pessoal (SANTOS & SALMELA, 2001).

Quando os idosos apresentam problemas médicos, funcionais e psicossociais mais graves, a ponto de impedi-los de levar uma vida independente, eles são encaminhados às instituições (SOUZA & IGLESIAS, 2002).

Se as instituições para idosos, conhecidas como asilos, destinavam-se à velhice desvalida, hoje, na sociedade marcada pelo envelhecimento, passam a ter uma nova missão: cuidar de idosos necessitados de uma assistência multiprofissional, em face das perdas funcionais que tornaram problemática a vida a sós ou com a família. Com o crescimento dessa população idosa e dependente de cuidados especiais, as instituições destinadas a prestar assistência a essa população tornam-se cada vez mais necessárias. A busca por novos modelos institucionais que propiciem um ambiente e cuidados especiais específicos, e que preservem e promovam os direitos fundamentais do idoso como ser humano, deve ser incentivada. Essa busca muitas vezes proporciona a aproximação entre a comunidade e a universidade e vice-versa (PEREIRA, 2005).

Os idosos institucionalizados apresentam um perfil diferenciado, grande nível de sedentarismo, carência afetiva, perda de autonomia causada por incapacidades físicas e mentais e ausência de familiares para ajudar no autocuidado.

Além desses fenômenos, os idosos trazem consigo alterações que são próprias do processo de senescência, e como agravante desse quadro se observa ainda o frequente aparecimento de polipatologias, muito especialmente o acidente vascular cerebral (AVC). Essas circunstâncias fazem os idosos requererem não só dos profissionais de saúde, mas também da família, a utilização de conhecimentos e de habilidades para prevenir ou minimizar os efeitos secundários graves, de ordem física e/ou psicossocial, que advêm dessas patologias (LAVINSKY, 2004).

O acidente vascular cerebral é a principal causa de incapacidade entre os idosos e a redução do grau de dependência é o objetivo central dos programas de reabilitação geriátrica. De acordo com o grau do AVC, ou seja, da extensão e localização da área do cérebro atingida, ele pode fazer com que as pessoas fiquem totalmente dependentes de terceiros, sem condições, às vezes, de sair da cama, ou pode ser tão discreto a ponto de não deixar nenhuma seqüela ou deixar uma leve perda da força na mão.

A população com AVC tem sido caracterizada na literatura como sendo mais frequente no gênero masculino e na faixa etária de 60 a 74 anos em média (PETRILLI et al., 2002).

O acidente vascular cerebral define-se como um déficit neurológico súbito motivado por isquemia ou hemorragia no sistema nervoso central. Vamos nos concentrar mais no AVC isquêmico, o qual contribui para cerca de 75% de todos os casos. Sua incidência é maior em pessoas idosas e este é causado por uma oclusão vascular localizada, levando à interrupção do fornecimento de oxigênio e glicose ao tecido cerebral, afetando subsequentemente os processos metabólicos do território envolvido (EUSI, 2003).

Nos Estados Unidos, a Associação Americana do AVC calcula que o impacto econômico do acidente vascular cerebral ultrapasse os 56 bilhões de dólares, em 2005, considerando custos diretos e indiretos (HAUSSEN, 2005).

O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL É A PRINCIPAL CAUSA DE INCAPACIDADE ENTRE OS IDOSOS E A REDUÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA É O OBJETIVO CENTRAL DOS PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO GERIÁTRICA.

No Brasil, a situação também é grave: dados do Ministério da Saúde revelam que, em 2002, 87.338 indivíduos morreram de comprometimento vascular cerebral, ao passo que o infarto provocou 61.477 óbitos. A estatísticas também mostram que os acidentes vasculares são a principal causa de morte no país, respondendo por cerca de 30% dos óbitos brasileiros: a cada três mortes por eventos vasculares, duas são por acidente vascular cerebral e uma por infarto do miocárdio. As doenças do aparelho circulatório também respondem por mais de 10% das internações do Sistema Único de Saúde.

O AVC pode ser causado pela hemorragia dentro da massa cerebral, tendo como ponto de ruptura um vaso sanguíneo, outras vezes ele é causado pelo bloqueio decorrente do espessamento da parede interna de uma artéria que irriga o cérebro, ou por um coágulo sanguíneo que se formou no interior do coração, deslocando-se do seu ponto de origem e “caminhando” até o cérebro (ZINNI, 2004).

No primeiro caso, a lesão é provocada pela hemorragia. A hemorragia no interior do cérebro significa que a ruptura de algum vaso sanguíneo provocou o vazamento de sangue em meio às células cerebrais, causando destruição local, sendo chamado dessa forma de AVC hemorrágico.

No segundo caso, temos um coágulo que se desloca, chamado êmbolo: instala-se o AVC quando o êmbolo ocupa uma posição em que efetivamente interrompe a irrigação sanguínea de parte do cérebro. O bloqueio da irrigação sanguínea, que resulta do espessamento progressivo da parede de uma artéria de importância vital, ou da migração de um coágulo ou êmbolo, recebe o nome de trombose cerebral ou AVC isquêmico.

Entre as áreas que podem vir a ser afetadas, indicamos: os músculos (hemiplegia, hemiparesia e fraqueza da musculatura facial levando a dificuldade de mastigar, deglutir ou falar); sensibilidade (perda da sensibilidade no lado afetado ou perda da consciência, noção corporal, significando que o indivíduo não é capaz, por exemplo, de reconhecer a metade afetada do seu corpo, e pode não ser capaz de identificar objetos com o seu tato); visão (o idoso tem dificuldades para enxergar, com uma metade de cada olho); fala (pode perder a capacidade de falar ou falar com clareza); emotividade (apresentam distúrbios emocionais, por isso choram, deprimem-se e apresentam perturbação emocional com grande facilidade); incontinência dos esfíncteres e prisão de ventre (a perda do tônus muscular e da sensibilidade faz com que o idoso não tenha mais controle de suas ações) (ZINNI, 2004).

Tão logo o paciente esteja ciente de sua situação e da extensão de sua deficiência, ele é envolvido por muitas emoções diferentes. O fisioterapeuta irá ajudá-lo a entender o que lhe aconteceu e a responder eficientemente à medida que o paciente tente se adaptar.

A reabilitação após o AVC significa ajudar o paciente a usar plenamente toda sua capacidade, e reassumir sua vida anterior adaptando-se a sua atual situação.

A fisioterapia preventiva e terapêutica em indivíduos com AVC assume papel cada vez mais importante. Esse quadro de perda da função, sem intervenções adequadas e em tempo hábil, pode gerar limitações em cascata, levando à perda da qualidade de vida. Desse modo, é primordial a promoção e a atenção à saúde do idoso, que englobam medidas preventivas, restauradoras e reabilitadoras.

Conhecer as características socioeconômicas e demográficas, as condições de saúde, assim como a capacidade funcional dos idosos, é fundamental para estabelecer estratégias capazes de minimizar os efeitos da doença e prevenir complicações, acrescentando a este grupo anos de vida com qualidade e dignidade (NUNES, 2005).

Materiais e métodos

Este trabalho foi realizado por meio de pesquisa em livros, revistas, periódicos e internet. Possui características de um estudo descritivo do tipo transversal voltado à avaliação da capacidade funcional de idosos com AVC em tratamento fisioterápico atendidos na Clínica-Escola no asilo – Leopoldina-MG – e de idosos com AVC no asilo – Cataguases-MG.

A coleta de dados dos grupos foi feita por meio de prontuários com diagnóstico de AVC, fornecidos por técnicos de enfermagem, responsáveis pelo setor de medicamentos dos idosos.

Os idosos em tratamento fisioterápico na Clínica-Escola tinham tempo superior a 3 meses de tratamento e uma frequência semanal de 2 a 3 vezes por semana. Entre os recursos terapêuticos utilizados podemos mencionar o trabalho de cinesioterapia passiva e assistida, exercícios proprioceptivos, exercícios de fortalecimento muscular, trabalho de marcha, Kabat, alongamentos, relaxamentos, exercícios de dissociação de tronco-quadril, rolagem no leito, entre outros.

Para avaliação da capacidade funcional (CF), existe um número relativamente grande de escalas e diversidade entre elas. Os objetivos das escalas de maneira geral são: verificar a eficácia da assistência à pessoa com incapacidade funcional; determinar a prevalência ou incidência de incapacidade funcional; e determinar grupos de risco. Algumas escalas avaliam apenas a independência dos indivíduos em seis atividades da vida diária: a escala de Lawton e Brody (1969), além da capacidade funcional das AVDs, avalia as atividades instrumentais diárias (AIVDs). O segundo instrumento é o *Older American Research and Services (OARS)*, que é distinto do primeiro, pois as AVDs no OARS são partes de um questionário multidimensional, amplamente utilizado no Brasil (NUNES, 2005).

Utilizou-se para avaliação da capacidade funcional uma escala estruturada, uma adaptação da escala de autopercepção do desempenho de atividade de vida diária, desenvolvida por Andreotti e Okuma (1999), que se refere à medida subjetiva da capacidade funcional, mostrando-se de fácil aplicação e compreensão, sendo útil para se conhecer o nível funcional e verificar resultados de programas de exercício e/ou de tratamentos da capacidade funcional de idosos. O entrevistado responde a cada questão e o terapeuta anota a letra correspondente à atividade (indivíduos que declararam dificuldade de responder sozinhos foram auxiliados pelo profissional de saúde presente).

Em ambos os asilos foi utilizada a mesma escala para a avaliação da capacidade funcional, porém os asilados que recebiam tratamento fisioterápico responderam a uma questão a mais, representada pela letra (F), mencionando: atividade que não realizava antes do tratamento fisioterápico e agora realiza sozinho com um pouco de dificuldade (D).

A escala utilizada é constituída de 14 itens com várias atividades realizadas diariamente. As letras A, B, C, D, E, F representam o grau de dificuldade para realizar as atividades.

- (A) Não consigo realizar esta atividade.
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa.
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade.
- (D) Realizo esta atividade sozinho com um pouco de dificuldade.
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade.
- (F) Não realizava esta atividade antes da fisioterapia, agora realiza sozinho com um pouco de dificuldade.

Tabela I - Relação das atividades de vida diárias

Nº	Atividade da vida diária	A	B	C	D	E	F
1	Alimentar-se						
2	Tomar banho						
3	Vestir calça comprida						
4	Vestir blusa sem botões						
5	Calçar sapatos sem cadarços						
6	Deitar na cama/rolar no leito						
7	Sentar em uma cadeira sem braços						
8	Levantar de uma cadeira sem braços						
9	Levantar da cama						
10	Ir ao banheiro						
11	Andar em subidas						
12	Subir uma escada de 15-20 degraus						
13	Descer uma escada de 15-20 degraus						
14	Ficar muito tempo de pé (30 minutos)						

Fonte: Andreotti e Okuma (1999)

RESULTADOS

Participaram deste estudo 14 indivíduos que sofreram acidente vascular cerebral com tempo superior a um ano, de ambos os sexos, sendo que 4 eram do gênero feminino e 10 do gênero masculino. A idade dos pacientes idosos variou de 57 a 84 anos, com média de 71 anos. Foram selecionados 6 participantes asilados de Leopoldina, sendo 1 do gênero feminino e 5 do gênero masculino. A média de idade era um pouco maior neste grupo. Na instituição de Cataguases foram selecionados 8 idosos, sendo que 3 eram do gênero feminino e 5 do gênero masculino.

Os resultados da presente pesquisa são apresentados em grupos distintos: avaliação da capacidade funcional dos idosos com AVC em atendimento fisioterápico; avaliação da capacidade funcional dos idosos com AVC sem atendimento fisioterápico (asilo – Cataguases-MG).

Tabela II - Distribuição do grupo estudado de acordo com a idade
Leopoldina – Cataguases, 2005

Nº	Idade	Porcentual (%)
N1	57	7,14%
N2	61-67	28,57%
N3	70-78	42,86%
N4	81-84	21,43%

Tabela III - Número de respostas em relação às atividades da vida diária
Avaliação da capacidade funcional dos idosos – Asilo de Leopoldina-MG
6 idosos

Nº	Atividade da vida diária	A	B	C	D	E	F
1	Alimentar-se	2	1			3	
2	Tomar banho	3	3				
3	Vestir calça comprida	3	3				1
4	Vestir blusa sem botões	2	4				1
5	Calçar sapatos sem cadarços	4		1	1		2
6	Deitar na cama/rolar no leito	3	1		1	1	2
7	Sentar em uma cadeira sem braços	3	1		2		2
8	Levantar de uma cadeira sem braços	3	2		1		
9	Levantar da cama	2	1		3		1
10	Ir ao banheiro	2	1		1	2	1
11	Andar em subidas	2	2	2			1
12	Subir uma escada de 15-20 degraus	4	2				1
13	Descer uma escada de 15-20 degraus	2	4				
14	Ficar muito tempo de pé (30 minutos)	2	1	3			1

Fonte: Andreotti e Okuma (1999)

Em relação ao item (F), que são as atividades que não realizavam antes do tratamento fisioterápico e agora realizam sozinhos com um pouco de dificuldade, resposta esta correspondente à letra (D), podemos observar que 17% tiveram melhora nas seguintes atividades: vestir calça comprida, vestir blusa sem botões, levantar da cama, ir ao banheiro, an-

dar em subidas, subir uma escada de 15-20 degraus e ficar muito tempo de pé, atividades estas que não eram realizadas por 41% dos pacientes. Entre as atividades: calçar sapatos sem cadarços, deitar na cama/rolar no leito e sentar em uma cadeira sem braços houve melhora de 34%, atividades estas que não eram realizadas por 57%. As demais atividades não obtiveram nenhum resultado.

Estes ganhos funcionais foram conseguidos principalmente em atividades de dissociação de tronco, movimento este utilizado na maioria das atividades de vida diárias. Em membros inferiores observamos uma melhora na realização de atividades de curta distância, como ir ao banheiro, e em atividades estáticas, como sentar em uma cadeira e deitar na cama.

Tabela IV - Número de respostas em relação às atividades da vida diária
Avaliação da capacidade funcional dos idosos – Asilo de Cataguases-MG
8 idosos

Nº	Atividade da vida diária	A	B	C	D	E
1	Alimentar-se	2		5	1	
2	Tomar banho	2	6			
3	Vestir calça comprida	3	3	2		
4	Vestir blusa sem botões	3	3		2	
5	Calçar sapatos sem cadarços	2	2	3		1
6	Deitar na cama/rolar no leito	2	1	3	2	
7	Sentar em uma cadeira sem braços	3	1	3	1	
8	Levantar de uma cadeira sem braços	3	1	4		
9	Levantar da cama	2	2	2	2	
10	Ir ao banheiro	2	3		2	1
11	Andar em subidas	2	4	1	1	
12	Subir uma escada de 15-20 degraus	5	3			
13	Descer uma escada de 15-20 degraus	5	3			
14	Ficar muito tempo de pé (30 minutos)	7		1		

Fonte: Andreotti e Okuma (1999)

Podemos observar, por meio dos dados da tabela acima, que apenas duas atividades de vida diárias (calçar sapatos sem cadarços e ir ao ba-

nheiro) poderiam ser realizadas sozinho e com facilidade por apenas uma pessoa. Já no 1º grupo estudado foram observadas três atividades que poderiam ser realizadas sozinho e com facilidade (alimentar-se, deitar na cama e ir ao banheiro), sendo que o item “alimentação” representou 50%. Em relação às atividades: tomar banho, subir e descer uma escada de 15-20 degraus, a maioria não realizava sozinho ou dependia de outra pessoa, fato ocorrido também no 1º grupo estudado. Na atividade “ficar de pé por 30 minutos” observou-se que sete pessoas do grupo, ou 87,5%, não conseguiam realizar esta atividade e apenas uma realizava tal atividade sozinha com um pouco de dificuldade.

DISCUSSÃO

A capacidade funcional é um dos grandes componentes da saúde da população em geral e idosa e vem emergindo como um componente-chave para a avaliação da saúde. Ela geralmente é dimensionada em termos de habilidade e independência para realizar determinadas atividades (LIMA-COSTA, BARRETO & GIATTI, 2003).

Em relação à incidência de AVC, este foi mais frequente no gênero masculino (80%) em relação aos dois grupos avaliados, comprovando os dados encontrados na literatura.

Apesar de ocorrer uma maior recuperação motora e funcional nos primeiros três meses após o AVC (DUNCAN, 2003), há evidências de que o exercício terapêutico é efetivo mesmo em casos crônicos, dados estes encontrados neste trabalho, já que os indivíduos avaliados tiveram AVC há mais de um ano.

Petrilli et al., em 2002, evidenciaram em pacientes subagudos que 87,1% destes tinham recuperado a habilidade de marcha após 64 dias de reabilitação. Dean constatou em pacientes com AVC crônicos (1,3 ano em média) que o grupo experimental obteve um desempenho significativamente melhor que o do grupo controle nos testes de caminhada de 6 minutos, na velocidade na marcha, no step e no teste de “levantar e andar”. Neste estudo os exercícios foram realizados por quatro semanas, supervisionados por fisioterapeutas, e essa melhora foi mantida por dois meses após cessado o treinamento (DEAN et al., 2000).

CONCLUSÃO

Este estudo demonstra que os indivíduos atendidos na Clínica-Escola de Fisioterapia – UNIPAC –, apesar de a amostra ter sido pequena, tiveram uma melhora em relação à capacidade funcional para realizarem algumas tarefas básicas do cotidiano, principalmente em algumas atividades básicas tais como calçar sapatos sem cadarços, deitar na cama/rolar no leito e sentar em uma cadeira sem braços.

Os idosos avaliados no asilo de Cataguases apresentaram, na sua maioria, características gerais semelhantes às dos idosos da Clínica-Escola de Leopoldina antes do tratamento fisioterápico, porém neste último constatamos que, após o tratamento, o grupo apresentou na atual conjuntura um perfil de maior independência nas AVDs do que o outro grupo, uma vez que o item D obteve um maior porcentual de respostas.

Por fim, constatamos que, na impossibilidade de se subtrair anos de idade, o tratamento fisioterápico em idosos portadores de acidente vascular cerebral, apesar de os ganhos serem mais difíceis e mais demorados em relação a outros tipos de afecções, melhora a capacidade funcional para realizarem suas AVDs, pois o grande desafio é que o tempo que essa população idosa ainda tem para viver possa ser aproveitado de uma maneira saudável, menos dependente e até mesmo produtiva para a sociedade.

A reabilitação gerontológica visa à preservação, manutenção e melhoria das funções, e ao adiamento da instalação de incapacidades, por intermédio de medidas preventivas e reabilitadoras, tendo como objetivo diminuir o comprometimento imposto pela diminuição da capacidade funcional, promovendo um modo de vida mais saudável e adaptando o indivíduo de forma a propiciar uma melhor qualidade de vida.

Estes estudos sugerem que a capacidade funcional deste grupo, com o tratamento fisioterápico, sofreu alterações positivas, que podem refletir no melhor desempenho das AVDs, e nos aspectos psicológicos, com a melhoria da autoimagem e da autoestima, tornando o indivíduo mais útil e menos dependente no contexto social em que vive.

A REABILITAÇÃO GERONTOLÓGICA VISA À PRESERVAÇÃO, MANUTENÇÃO E MELHORIA DAS FUNÇÕES, E AO ADIAMENTO DA INSTALAÇÃO DE INCAPACIDADES, POR INTERMÉDIO DE MEDIDAS PREVENTIVAS E REABILITADORAS, TENDO COMO OBJETIVO DIMINUIR O COMPROMETIMENTO IMPOSTO PELA DIMINUIÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL, PROMOVEDO UM MODO DE VIDA MAIS SAUDÁVEL E ADAPTANDO O INDIVÍDUO DE FORMA A PROPICIAR UMA MELHOR QUALIDADE DE VIDA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDREOTTI, R.; OKUMA, S. S. 2000. *Avaliação da capacidade funcional: modelo de escala de autopercepção do desempenho de atividade da vida diária*. Avaliação do Idoso. Londrina: Midiograf, 1999. p. 72-75.
- CORDEIRO, R. C.; DIAS R. C. et al. Concordância entre observadores de um protocolo de avaliação fisioterapêutica em idosas institucionalizadas. *Rev. de Fisioter.*, 2002.
- DEAN, C. M.; RICHARDS, C. L.; MALOUIN, F. *Task-related circuit training improves performance of locomotor tasks in chronic stroke: a randomized, controlled pilot trial*. Archive of Physical Medicine and Rehabilitation, 2000.
- DUNCAN, P. et al. *Randomized clinical trial of therapeutic exercise in subacute stroke*. Stroke, 2003.
- EUSI, EUROPEAN STROKE INICIATIVE. *Acidente vascular cerebral isquêmico: profilaxia e tratamento*. 2003.
- HAUSSEN, S. R. *Dia 24 de junho: Dia Internacional do Acidente Vascular Cerebral*. São Paulo, 2005.
- IBGE. *Censo Demográfico do Brasil 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.
- LAVINSKY, A. E. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. *Maringá*, v. 26, n. 1, p. 41-45, 2004.
- LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. *Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>.
- NIEMAN, D. C. *Exercício e saúde*. 1ª ed. São Paulo: Manole, 1999.
- NUNES, M. C. R. *Capacidade funcional e condições nutricionais de idosos residentes na cidade de Ubá*. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência da Nutrição. Viçosa, 2005.
- PAVARANI, S. C. I; NERI A. L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, YAO; DIOGO, MJD. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 49-70.
- PETRILLI, S.; DURUFLE, A.; NICOLAS, B. Prognostic factors in the ability to walk after stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2002.
- PEREIRA, L. S. M. Programa Melhoria da Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados. *Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG*, Belo Horizonte, 2005.
- PESSINI, L. Dignidade no outono da vida. *O mundo da saúde*. São Paulo, v. 23, n. 4, p. 195-196, julho/ago 1999.
- RAMOS, L. R. *Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso*. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>>.
- ROBERGS, R. A.; ROBERTS, S. O. *Princípios fundamentais de fisiologia do exercício para a aptidão, desempenho e saúde*. 1ª ed. São Paulo: Phorte Editora, 2002.

- SANCHEZ, M. A. S. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudos das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. *Textos sobre envelhecimento*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, 2000.
- SANTOS, L. D.; SALMELA, L. F. T. Eficácia da atividade física na manutenção do desempenho funcional do idoso: revisão de literatura. *Rev. Fisioter.* Brasil, 2001.
- SILVESTRE, J. A.; COSTA, N. M. M. *Abordagem do idoso em programas de saúde familiar*. Mai/jun 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br/pdf/csc/v9n3/a05v09n3.pdf>>.
- SOUZA, J. A. G.; IGLESIAS, A. C. R. G. *Trauma no idoso*. Ver. Associação Médica Brasileira, 2002.
- TAVARES, E. L.; ANJOS, L. A. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultado da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 1999.
- ZINNI, J. V. S. *Acidente vascular cerebral*. Rio de Janeiro: Universidade Camilo Castelo Branco, abril 2004.



Entrevista: **Paulo Queiroz Marques**

Paulo Queiroz Marques nos recebeu em sua farmácia de manipulação, a Pharmácia Drogamérica, na capital paulista. Aos 90 anos de idade, Paulo foi o primeiro farmacêutico a se inscrever no Conselho Regional de Farmácia em São Paulo. Dinâmico, falante, e rico de histórias pessoais e profissionais concedeu-nos uma entrevista muito agradável e envolvente. Foi conselheiro no Conselho Regional de Farmácia - SP e Diretor do Sindicato do Comércio Varejista, por mais de 10 anos. Consciente da importância de sua profissão para a saúde da população militou e organizou a categoria em associações e delas tem sido membro ativo. Corajoso, denuncia as políticas públicas na área de medicamentos. Ético, prioriza o bom atendimento da população e os coloca bem acima dos interesses das multinacionais do remédio.

REVISTA As pessoas dizem que a vida começa aos quarenta, e brincam assim: “na farmácia”. No seu caso, começou na farmácia desde os oito anos, e vai terminar na farmácia com cento e poucos anos. É isso?

PAULO É, não tenho pressa!

REVISTA O sr. pode nos contar sobre seu pai e de que forma ele influenciou sua carreira de farmacêutico?

PAULO O meu pai era um boticário, mas ele não se formou em Farmácia, era autodidata. Ele nasceu em 1870 e tinha um irmão farmacêutico, formado em Ouro Preto.



“AQUELE TEMPO HAVIA POUCOS MÉDICOS, E QUEM CHEGAVA MAIS LONGE ERA O BOTICÁRIO. MEU PAI, COMO OUTROS BOTICÁRIOS, TRATAVA DAS PESSOAS, SUPRIA A FALTA DE MÉDICOS E COM ISSO FAZIA UMA ATIVIDADE QUASE SOCIAL.”

REVISTA Como era o trabalho de um boticário?

PAULO Há um livro chamado Formulário ou Guia Médico, de um médico polonês, Pedro Luiz Napoleão Chernoviz. Com a invasão dos russos na Polônia, ele teve que fugir para a França, e lá estudou medicina na Faculdade de Montpellier, que era a melhor da época. Lá ele se formou como cirurgião, não teve sucesso no começo da vida; encontrou-se com colegas brasileiros que disseram que no Brasil havia poucos médicos. Ele fez as malas e veio para cá. Ficou quinze anos no Rio de Janeiro. Queria exercer medicina, mas não havia remédios para ele receitar. Aqui não havia indústria farmacêutica. Os remédios vinham da França, mas existia um arsenal terapêutico que os jesuítas assimilaram dos nativos - as plantas medicinais. Ele estudou essas plantas, e com esse recurso, em 1830 escreveu um livro. Teve acesso a anotações feitas pelos jesuítas sobre o que eles aprenderam com os pajês, com os índios e transcreveu aquela linguagem empírica em uma linguagem científica, botânica, dirigida à classe mais erudita. Esse livro ensinava como reconhecer as plantas. Não existia fotografia, então, tudo era desenhado: as plantas, os aparelhos, todos desenhados, e aquele livro teve uma repercussão muito grande, foram feitas 19 edições. Depois de sua morte o livro foi atualizado pelo filho dele. O Chernoviz foi precursor da Farmácia e da Medicina aqui no Brasil.

REVISTA Seu pai aprendeu com o livro de Chernoviz?

PAULO Sim. Meu pai comprou a edição de 1905, que foi a décima oitava edição, onde ele estudava as plantas e suas indicações para curar doenças. Naquele tempo havia poucos médicos, e quem chegava mais longe era o boticário. Meu pai, como outros boticários, tratava das pessoas, supria a falta de médicos e com isso fazia uma atividade quase social.

REVISTA Isso aconteceu na sua cidade natal?

PAULO Justamente. Itaberá é uma cidadezinha do sul de São Paulo. Quando saí de lá, diziam: “Visite antes que desapareça”. Era uma cidade pequena. Não tinha médico e não tinha farmacêutico. E meu

pai foi para lá, estabeleceu-se com uma farmácia chamada São Pedro, e começou a trabalhar. Tem coisas muito pitorescas que ele exerceu como boticário, suprimindo a ausência do médico. Teve o caso de uma mulher que tinha “papo”, um problema de tireóide. E ele deu uma solução de Lugol feita à base de iodo. E não é que o papo desapareceu e a fama dele correu? Teve um outro caso, de um sitiante, uma pessoa mais ou menos abonada, cuja mulher estava muito doente. Ele a levou para se tratar em Faxina, uma cidade próxima. Lá tinha médico, mas ele também não conseguiu resolver o problema dela. O sitiante chegou com a mulher, muito mal, desenganada pelos médicos de Faxina, perguntando se meu pai curava “Disseram que o senhor cura, o senhor cura?” Meu pai respondeu “Não, eu não sou nada disso...” mas a tratou: fez uma mistura de quenopódio com óleo de rícino, que era um vermífugo poderoso. Só sei que num dia ela tomou aquele remédio e no outro começou a botar lombriga. Era lombriga que encheu uma bacia enorme. E a mulher morreu de velha, bem depois.

REVISTA Não havia outros boticários na cidade?

PAULO Por muito tempo ele foi o único na cidade. Um dia chegou um farmacêutico que se estabeleceu lá. E o farmacêutico, por lei, tem o privilégio da região. Meu pai tinha duas alternativas, fechar a farmácia ou procurar outro meio. Então, ele contratou um farmacêutico em Itapetininga, para assumir a responsabilidade da farmácia e continuou a trabalhar.

REVISTA A sua família era grande?

PAULO Meus pais tiveram treze filhos. O primeiro deles nasceu em 1900, chamava-se Álvaro. Ele foi estudar em Pindamonhangaba, na Escola de Farmácia e Odontologia de Pindamonhangaba, em 1925 mais ou menos. Ele formou-se, mas em vez de voltar para trabalhar com meu pai, aceitou o convite de um amigo que era fazendeiro e o convidou para montar uma farmácia em Ourinhos. O segundo filho foi estudar farmácia em Itapetininga - Farmácia e Odontologia. Chamava-se Ariovaldo. Formou-se e veio trabalhar com o pai em Itaberá. Eu nasci em 1921, cresci dentro da farmácia. Chamavam-me para mexer com remédios, lavar vidros, lavar o chão, eu fazia aquele servicinho simples. Depois meu pai mudou-se para Faxina, hoje Itapeva (SP).

REVISTA Por que essa cidade teve o nome de Faxina?

PAULO Faxina era aquele lugar de despejo, é como o português fala, a escória, os degredados, criminosos, então, Faxina era um lugar de despejo. Era a última cidade de São Paulo, fazia divisa com o Paraná. Então, em Faxina, tinha um farmacêutico com a farmácia Santana, e essa farmácia era a maior da cidade. Acontece que o dono dela ia se mudar para São Paulo. Meu pai comprou a farmácia e chamou meu irmão para trabalhar com ele. E fez uma firma pai e filho - Marques & Filho..

REVISTA E como foi a vida na nova cidade?

PAULO A Farmácia Santana era a melhor da cidade. A primeira vez em que eu me senti com vocação para farmacêutico foi quando teve uma epidemia de malária e todo mundo, os sitiantes, iam lá tremendo de febre. O remédio que existia naquele tempo era o quinino, e era feito em cápsulas amiláceas (material da hóstia.) Pegava-se o pozinho e colocava-se na cápsula. Meu irmão, que era farmacêutico, fazia isso e eu, com mais duas irmãs, o ajudávamos. Fazíamos cem, duzentas cápsulas por dia, até mil, porque a demanda era muito grande. Então eu achei aquilo lá um serviço de utilidade pública, de servir a comunidade, de ajudar os outros, de curar. E eu queria poder curar, porque as pessoas procuravam por isso.

REVISTA Como é a historia de que o senhor começou aplicar injeção ainda criança?

PAULO Existia, naquele tempo, uma injeção feita por um laboratório que se chamava Laboratório Paulista de Biologia, que era na avenida São Luis, São Paulo, onde é fica a Galeria Metrôpole atualmente. Eles faziam uma injeção chamada Paludan, que era para a maleita. Então, no tratamento da malária, além das cápsulas, era preciso aplicar as injeções nas pessoas. Elas ficavam na frente da farmácia. Dez, vinte pessoas, na fila, com febre, e eu me impressionei muito com aquilo. Meus irmãos não venciam fazer a injeção e aí eu aprendi a dar injeção, aplicando numa mulher que estava com cistite. Eu tinha seis para sete anos. Sei que a mulher veio e eu apliquei a injeção nela. Estava meio tremendo, preocupado, mas dei a injeção e ela disse que não sentiu nada e eu fiquei entusiasmado com aquilo. Fui competente. Depois deste episódio, passei a dar injeção até a domicílio.



REVISTA Seu pai teve uma influência forte e decisiva na sua vida e em sua carreira. E sua mãe? Como ela criou os treze filhos?

PAULO Enquanto a família trabalhava na farmácia, ela sempre cuidava para que os filhos ficassem bem arrumados. Quando eu ia fazer a cápsula, que era quinino com azul de metileno, o azul de metileno sujava toda a roupa e minha mãe ficava brava. A gente sempre se sujava e ela nos obrigava a tomar banho com bucha para tirar a sujeira. Minha mãe era o trabalho de retaguarda silencioso, e nos estimulava a ajudar na farmácia. Minha mãe era uma pessoa muito religiosa, tinha uma qualidade especial de fazer filantropia, mas sem pensar em ser filantrópica. Ela dava comida aos pobres, conversava com eles, tratava-os com dignidade. Isso era muito legal para a gente, era um exemplo de vida, de respeito ao outro. Ela era muito religiosa. Era espírita, e casou-se com meu pai que era católico. E também era devota, ia sempre à igreja e nos ensinava o caminho da religião. Eu tenho formação católica e agora, nessa fase da vida, eu sou ecumênico. Eu aceito todas as religiões. Todas elas, naturalmente, querem o bem. Agora, aos 90 anos, tenho somente duas irmãs vivas. Uma com 89, eu com 90 e outra com 91. Éramos treze e agora somos três.

REVISTA Dr. Paulo, dos irmãos, quantos seguiram uma carreira parecida?

PAULO Dos irmãos, o Álvaro foi o primeiro, depois o Ariovaldo e depois veio o Cícero. O Cícero trabalhava num cartório, tinha uma digitação muito rápida, cem palavras por minuto. Um dia, ele estava trabalhando sem paletó, porque estava muito calor e um juiz não gostou e o demitiu. Ele foi estudar Farmácia, em Itapetininga. Então, Álvaro, Ariovaldo, Cícero e eu, tornamo-nos farmacêuticos. Eu me formei em Farmácia, em 1944, na Faculdade de Farmácia e Odontologia da USP – que ficava na rua Três Rios, no Bom Retiro, São Paulo. Meu pai, sendo boticário, formou quatro farmacêuticos. O Cícero foi trabalhar com ele em Ourinhos, depois ele entrou para a política. Foi prefeito, foi político do Partido Constitucionalista. O meu pai também foi político do Partido Constitucionalista e foi presidente desse partido. Meu pai também foi provedor da Santa Casa e dava remédios de graça para os pobres de lá. Chamava-se Joaquim Marques da Silva, mas era conhecido como Quinco Marques.

REVISTA Por que o senhor veio para São Paulo, enquanto seus irmãos estudaram em Itapetininga.

PAULO Eu terminei o ginásio, em 1939. Havia a Escola Normal para formar professores lá em Faxina, que na época já havia mudado de nome para Itapeva. Então formaram uma comissão que procurou meu pai para saber se eu queria entrar na Escola Normal, estavam angariando alunos para fazer a primeira turma da Escola. Foi na hora que eu decidi: “Eu não quero ser professor, eu quero ser farmacêutico”. Mas eu também tinha uma vocação assim meio para padre, e eu disse, vou estudar no Seminário. Aí uma tia disse: “Padre não pode casar”. Eu não sabia se era bom ou não casar, mas por vias das dúvidas... desisti da batina. Eu vim aqui para São Paulo em 1939. Prestei exame vestibular e, justamente nessa época, estourou a Segunda Guerra.

REVISTA E esse período da Guerra teve algum reflexo nos seus estudos?

PAULO A profissão farmacêutica estava sofrendo uma influência negativa neste período. Poucos remédios eram feitos aqui, havia problemas de distribuição por todo o Brasil, apesar da população estar crescendo nas cidades. Por volta de 1930, Getúlio Vargas achou por bem convidar as indústrias farmacêuticas para fabricarem no país. Com a crise na Europa e Estados Unidos por causa da guerra, as indústrias vieram para cá, se instalaram e começaram a produzir em escala maior. Os médicos que antes passavam receitas de fórmulas próprias começaram a receitar remédios industrializados que vinham com nome fantasia.

REVISTA Isso deve ter criado um problema para quem fazia a manipulação e para os empregados nas farmácias.

PAULO Os imigrantes europeus que tinham vindo para cá por volta de 1900, não queriam que seus filhos fossem trabalhar na lavoura. Então, eles iam trabalhar... “Sentar praça” no exército, ou partiam para seminários para tornarem-se padres, ou, ainda, para a farmácia porque era um lugar limpo para se trabalhar. Eles começaram a ser “práticos em farmácia”, mas a farmácia entrou em decadência por causa da indústria. Os farmacêuticos venderam suas farmácias e foram se empregar na indústria como técnicos.



“EU APRENDI, EU CRESCI ACHANDO QUE FARMACÊUTICO DEVERIA FAZER REMÉDIO, MANIPULAR. FARMACÊUTICO ERA O PROFISSIONAL DO MEDICAMENTO E FIQUEI FRUSTRADO COM AQUELA FARMÁCIA, QUE ERA DROGARIA, ERA UM ENTREPOSTO ENTRE A INDÚSTRIA E O CONSUMIDOR. NÃO ERA AQUILO QUE EU QUERIA. FIQUEI FRUSTRADO COM A PROFISSÃO FARMACÊUTICA.”

REVISTA O senhor viveu toda essa mudança ainda na fase de formação na Universidade.

PAULO Sim. Conto a história da farmácia porque é também um pouco a minha história. As farmácias estavam decadentes, não havia mais manipulação e as prateleiras estavam cheias de remédios prontos. A profissão começou a decair refletindo negativamente nas escolas de farmácia. Na minha turma, por exemplo, eram 50 candidatos no vestibular, mas só doze passaram. A maioria entrava lá para pegar um diploma e só doze se formaram no curso de Farmácia. A Farmácia estava em decadência, e eu, então, fui trabalhar em Análises Clínicas, no Laboratório Paulista de Biologia, na Rua São Luis. Lá trabalhei com cientistas e professores da USP que vinham da Itália. Depois saí e fui montar um laboratório de Análises Clínicas também, em Ourinhos, que era uma cidade muito progressista. Lá fiz sociedade com médicos nesse primeiro laboratório que montei na cidade. E lá também me casei e nasceu minha primeira filha.

REVISTA Foi lá que o senhor conheceu sua esposa?

PAULO Não, foi no Laboratório Paulista. Ela trabalhava lá. Foi um namoro à distância. Eu estava em Ourinhos e ela aqui, namorávamos por carta. Era um amor à distância. Casei-me, fui morar em Ourinhos e a minha mulher não se acostumava com a cidade, que era de terra muito vermelha, sujava muito a roupa. A gente ia ao cinema e via na tela o Viaduto do Chá e ficava com saudade. Nisso, meu irmão Álvaro, que trabalhava na Drogasil, em São Paulo, se aposentou e comprou uma farmácia na Praça Buenos Aires. Tinha ele e mais dois funcionários e ele me convidou para vir para cá.

REVISTA Quando foi isso?

PAULO Isso foi em 1946 ou 1947. Vim para cá com meu irmão, naquele tempo a farmácia não estava manipulando mais. Manipular é a razão da profissão farmacêutica. Eu aprendi, eu cresci achando que farmacêutico deveria fazer remédio, manipular. Farmacêutico era o profissional do medicamento e fiquei frustrado com aquela farmácia, que era drogaria, era um entreposto entre a indústria e o consumidor. Não era aquilo que eu queria. Fiquei frustrado com a profissão

farmacêutica. Fiquei quinze anos com meu irmão nessa farmácia. Depois, o filho dele formou-se em Farmácia, e achei que o lugar do meu sobrinho era junto ao pai. Então, vim aqui para a rua Itacolomi (São Paulo), onde estou até hoje. Me estabeleci aqui em 1963. A minha vida é paralela à vida da farmácia.

REVISTA Como o senhor vê a profissão do farmacêutico hoje? Ela está inserida na indústria? O profissional é um funcionário, um empregado da indústria farmacêutica? Qual sua opinião a respeito?

PAULO A questão é a seguinte: o farmacêutico fazia o remédio em pequenas quantidades e a indústria faz aos milhares. É uma questão de demanda, de valores, de pesos. Mas, o currículo do farmacêutico de indústria é o mesmo do farmacêutico de manipulação. Na indústria, naquele tempo, eles contratavam um farmacêutico responsável para supervisionar. As fórmulas já vinham descritas em formulários da matriz e ele aqui era uma espécie, vamos dizer, de supervisor, um Controlador de Qualidade. Um farmacêutico responsável por vários tipos de fórmulas. Atualmente, existe o farmacêutico responsável, mas existem os farmacêuticos em setores da indústria que assumem a responsabilidade das cápsulas.

REVISTA Dr. Paulo, pelo visto, o senhor foi um resistente...

PAULO Fui um ativista. Resistente à implantação da indústria, porque quando montei a Pharmácia Drogamérica para continuar o trabalho de manipulação, a indústria já estava instalada no Brasil, e procurei manter essa fidelidade à minha formação e a meus conceitos originais. Na verdade, fui e sou um inconformado contra a perda da importância da profissão farmacêutica na manipulação. Quando vim para cá, em 1963, para a Pharmácia Drogamérica, deixei uma área para manipulação. Como estou em um prédio de médicos, fui me aproximando deles e expondo que podiam aceitar, no lugar de um remédio padronizado, um personalizado. Argumentei que uma criança, por exemplo, tem uma dosagem diferente de um adulto, uma mulher de um homem. Que para o idoso há também uma dosagem diferente. Então há muitas razões que justificam a personalização da fórmula. E consegui convencer uma parte deles. Vinha uma ou duas receitas por dia. Tinha dia que não vinha nenhuma, mas começou a evoluir a ideia essa ideia de remédio manipulado. Eu um dos poucos a fazer isso, além da Botica



Veado de Ouro, muito tradicional em São Paulo. Ela também vinha sofrendo com a queda do produto manipulado e foi uma aliada na luta para resgatar a manipulação farmacêutica.

REVISTA Foi uma retomada da manipulação?

PAULO A principio muito discretamente. Havia um médico dermatologista, Dr. Sebastião de Almeida Prado, que era professor da cadeira na Faculdade de Medicina. Ele dizia: “Lá no meu prédio tem uma farmácia que manipula”. Naquele tempo a manipulação era um resgate da profissão. Esse médico, seus auxiliares e outros médicos foram importantes nessa divulgação. Iam para outros estados e mandavam fórmulas para serem feitas aqui. Vinham pedidos de Belém do Pará, de Porto Alegre. Alguns colegas também ouviram dizer que eu estava tendo sucesso na profissão. Eu achei que uma andorinha só não fazia verão e achei por bem propagar a ideia entre os colegas.

REVISTA De que forma o senhor articulou esses profissionais?

PAULO Fui eleito conselheiro do Conselho de Farmácia, em 1960, e no Conselho, para resgatar as leis que regulavam a profissão, saímos pelas grandes cidades do interior do estado de São Paulo. Cada cidade tinha o seu Conselho e eu fazia pregação pela volta da manipulação, para justificar a profissão farmacêutica. Drogaria é entreposto, farmácia é para fazer remédio. Tomando brios, os farmacêuticos acharam que aquilo estava certo. E naturalmente muitos deles resolveram viver aquilo in loco.

REVISTA O senhor foi um exemplo para eles?

PAULO Creio que sim. Fui um pioneiro. A Botica Veado de Ouro também se interessava em manipular, mas não se interessava em propagar. Fiz disso uma religião. As pessoas vinham aqui, estagiavam, e voltavam para suas cidades e para seus estados. E a profissão começou a crescer junto com a manipulação. Cresceu desordenadamente, porque a legislação era adversa, não considerava as atividades farmacêuticas, então muita coisa era proibida. “Não pode isso”, “não pode aquilo”, mas fazia meu trabalho nas cidades do interior. E os farmacêuticos iam montando suas farmácias pelo interior do Brasil inteiro. Eles vinham aqui para aprender o know-how. Fazendo a cápsula, fazendo

o 'remediozinho', solvendo, fazendo a pomada, fazendo várias coisas com as receitas dos médicos. Só que os médicos, entre 1930 a 1960, tinham passado para as indústrias e as novas gerações de médicos não prescreviam mais fórmulas, eles esqueceram a arte de formular. Nessa época, eu fiz formulários, dando exemplos de fórmulas personalizadas.

REVISTA O senhor fez um formulário?

PAULO Sim, fiz um formulário e tirei cem cópias e mandei para cem médicos. Desses cem médicos, 50% jogou no lixo. Uns 30% guardou no fundo da gaveta e uns 20% leram e essas fórmulas começaram a cair aqui, pingando. Esse formulário, depois, teve uma segunda edição, porque nossos recursos de matérias-primas eram muito escassos. Os importadores não fracionavam as embalagens e eu, com colegas da USP, fundamos uma associação chamada INSUFARMA para comprar as matérias-primas e fracioná-las para as farmácias. A INSUFARMA tinha pessoas do Brasil inteiro, éramos uns doze, quinze sócios, e cada um entrava com pouco dinheiro, porque a demanda era muito pequena. Mas, ela não resistiu muito tempo. Os importadores perceberam que nós podíamos ser potencialmente pequenos clientes e começaram a fracionar matéria-prima. Aí começou a crescer o número de farmácias. Mas os fiscais das farmácias também desconheciam a legislação. Então, eu ia fazer uma fórmula para xampu, um creme, e não podia fazer porque precisava ter registro do Ministério da Saúde pela divisão de Cosméticos. Por isso, juntamente com alguns colegas aqui de São Paulo, – eu ainda estava no Conselho –, nós fomos a Brasília, falar com o Ministro da Saúde para deixar a gente crescer, resgatar uma importante parte profissional que estava esquecida em razão de uma legislação adversa. O Ministro recebeu a gente muito bem, mandou até servir cafezinho.

REVISTA Quem era o ministro na época, o senhor se lembra?

PAULO Não, os ministros se sucediam a cada seis meses, a ciranda política era muito rotativa. Também fundamos uma associação de classe, chamada Associação Nacional de Farmacêuticos Magistrais (ANFARMAG), em 1986. Dessa Associação, como eu era o mais antigo, fui o primeiro presidente. Não porque fosse o mais sábio, o mais competente, mas porque em homenagem me elegeram. Eram

doze sócios a princípio e hoje são cinco mil sócios no Brasil inteiro. Na semana passada fui homenageado em Brasília como sendo o primeiro presidente, eleito há vinte e cinco anos. Foi uma associação vitoriosa, e as farmácias cresceram, se multiplicaram pelo interior. Muita gente criou Associações para resgatar a técnica de manipulação. Alguns colegas formaram associações, ensinando os farmacêuticos a manipularem as receitas novamente porque haviam esquecido. Uma destas Associações também dava cursos e fazia congressos.

REVISTA O senhor acha que alcançou seu objetivo?

PAULO Nos meus sessenta anos de farmácia, quis também um Museu de Farmácia. Fundei, então, uma associação para fazermos um museu - a Associação Brasileira para a Preservação da Memória da Farmácia. As farmácias antigas foram esquecidas, ficaram 30 anos ociosas, já 'faleceram'. Eu queria resgatar a memória dessas farmácias. Consegui esse resgate. A Associação Nacional de Farmacêuticos Magistrais tinha uma revista também e eu pedia para quem tivesse material de farmácia, que o cedesse para formar o museu. Isso deu resultado. Chegaram peças de todo país. E eu os armazenava aqui, até que foi cedido um espaço na Santa Casa e foi criado o "Museu de Ciências Farmacêuticas Paulo Queiroz Marques, inaugurado no dia 20 de janeiro de 2005 (Dia do Farmacêutico), localizado no Museu da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

REVISTA O senhor tem outros planos?

PAULO Ainda acho que a memória da farmácia antiga, que era uma farmácia voltada para o medicamento, precisa ser conhecida pelos próprios farmacêuticos. Por isso, atualmente estou tentando formar, além da Associação para Manipulação e além do Museu da Farmácia, uma associação que possa criar o Museu Virtual da Farmácia, na Internet. A Internet não tem dono, portanto esse museu será de todo Brasil, e poderá ser de todas as nações.

REVISTA Chegando para os dias atuais, como o senhor vê essa questão das multinacionais dos remédios e a atuação delas nas políticas de saúde? Qual sua opinião a respeito dessa produção em massa de remédios, quais os interesses envolvidos?

PAULO Ela veio para dar solução nacional para a distribuição de remédios em todo o país, Mas, nós existimos para valorizar o indivíduo e a população. A vinda da indústria teve coisas benéficas, mas ela cresceu demais em outro sentido e enfraqueceu a profissão farmacêutica como atividade profissional. Produzindo em larga escala, ela teve adesão da classe médica, através de congressos, amostras grátis, etc. Chegou a ter o foco nos lucros e nas bolsas econômicas de valores. Então, hoje, a indústria produz o Viagra, porque dá um lucro tremendo, mas a saúde pública não tem sido suficientemente servida.

REVISTA **Uma reclamação que se faz é que a indústria farmacêutica incentiva a pesquisa de medicamentos que dão lucro, como os antidepressivos, mas, por exemplo, medicamentos para combater doenças tropicais, remédio para atender a população pobre, não tem tanto incentivo, o senhor concorda com essa ideia?**

PAULO Sim. A tuberculose e outras doenças endêmicas, não são atraentes para a indústria. Elas não tem interesse por essas patologias de massa. Acreditamos que as farmácias tem condições de fazer, a baixos custos, um atendimento global, nacional, para enfrentar epidemias de maleita, tuberculose, verminoses, etc.

REVISTA **Em uma escala suficiente?**

PAULO Hoje em dia, pelo número de farmácias, se elas fossem prestigiadas pelo governo, sim. O que vem acontecendo atualmente nas farmácias é que o foco delas, que era o medicamento, tem passado para o indivíduo. O farmacêutico precisa ensinar o indivíduo a tomar o remédio para dar o efeito adequado. Na farmácia, atualmente, as condições de sobrevivência são mais difíceis, porque eu acho que a orientação do farmacêutico deveria ser uma continuação da orientação do médico que prescreve o remédio. Você não pode tomar um medicamento para o sistema nervoso e tomar bebida alcoólica; não pode dirigir; ou, tem que tomar de dia, de manhã, em jejum, reforçar o que o médico recomendou. Os médicos querem transferir essa responsabilidade exclusiva para o farmacêutico, quando, na verdade, devia ser distribuída equitativamente, lá na origem, quando há o prognóstico e complementada na hora de entregar o remédio. A hora de entregar o remédio chama-se dispensação. A dispensação é complementar à orientação do médico.



REVISTA E os órgãos de controle?

PAULO Eu tenho a impressão que a ANVISA criou condições adversas para a sobrevivência financeira da farmácia. Não pode vender sem receita médica, não pode expor o remédio manipulado, não pode fazer propaganda nenhuma. A Farmácia fica muito restrita à legislação nova, a ser subordinada a regulamentos. Existem tantas exigências que mal sobra tempo para o farmacêutico ter aquele contato com o paciente como tinha antigamente. Por isso, fico inconformado com a política atual e tenho saudade daquela política antiga em que se fazia remédio para cada pessoa.

REVISTA Como se faz na China?

PAULO Exatamente. Na China os fitoterápicos, as plantas medicinais, são usadas para tratamento da grande população. Aqui no Brasil, - que tem uma reserva imensa de recursos naturais -, o governo cria dificuldades. Por quê? Porque muitas matérias-primas são derivadas das plantas, dos alcalóides principalmente. E a farmácia evoluiu muito, porque em vez de usar a planta em natura, usa extratos, mas esta prática é relegada para segundo plano, e até dificultada para venda. Quando foi criada a ANVISA muitos farmacêuticos quebraram. Tive um colega que lidava com plantas medicinais e a farmácia dele era fitoterápica. A ANVISA chegou lá e sentenciou “não pode fazer isso, não pode fazer aquilo” e ele teve que fechar a farmácia. Caiu em depressão e morreu. Tive outro colega, um grande homeopata, o pai era homeopata, a família era homeopata, uma reserva cultural da homeopatia nacional. Ele morava no fundo do prédio da farmácia. Chegou a ANVISA e criou uma situação adversa, ele também teve que fechar a farmácia. Eu estive prestes a fechar a farmácia por uma questão de gestão. É tão difícil gerir os regulamentos! Mas, a farmácia está sobrevivendo, procurando se adaptar às novas exigências através da Associação Nacional de Farmacêuticos Magistrais e tem procurado conciliar os regulamentos da ANVISA com os interesses da profissão. É uma fase de transição e, infelizmente, eu estou em uma idade em que as soluções não dependem mais de mim, senão eu fundaria mais uma associação.

REVISTA Qual sua opinião sobre a biopirataria? Isso acontece? Como acontece? Estão levando nossos produtos da Amazônia, o que tem de verdade nisso?

PAULO A grande verdade é que nós não temos uma indústria fina de extração do princípio ativo. É muito precária. A grande indústria multinacional prevê a extração da matéria-prima conservada, do princípio ativo. Por exemplo, jaborandi é uma planta nacional e dessa planta faziam-se remédios. O pilocarpus de jaborandi é o nome científico. Houve laboratório que fez plantação de jaborandi, e mandava para o Exterior, depois recebia a matéria-prima concentrada cem vezes mais cara. Matéria que saía daqui!! É a mesmo fenômeno da indústria madeireira, vai para lá e volta pra cá. Mas, com remédios a coisa é muito maior, por causa da diversidade de matéria-prima. Muitos medicamentos, se não a maioria, são de origem natural. No passado eram valorizado, hoje em dia são criticados.

REVISTA Como assim?

PAULO Eu vi uma propaganda de uma indústria farmacêutica: “Passou o tempo dos pajés, agora existe tal remédio que é quimioterápico sintético”. E fazem em larga escala. O lucro que eles têm é astronômico. Há alguns dias fui comprar um remédio para minha mulher e custava noventa reais a embalagem original! Na farmácia popular, esse mesmo remédio sai por trinta reais, mas nesses trinta reais e, mesmo assim, ainda estão ganhando muito dinheiro. Os remédios genéricos também têm um barateamento relativo, ilusório, porque o desconto é de quarenta por cento - na propaganda deles -, mas o lucro continua muito grande. A matéria-prima eles usam em miligramas e, naturalmente, com o apoio do governo, a indústria de genéricos está crescendo. Está vindo gente de outros países para cá, também, fazendo genéricos.

REVISTA Fora os desvios, a corrupção da máquina, essas políticas de distribuição de remédios são terríveis. Há algum modelo de política do setor a ser seguido?

PAULO Em função de saúde pública, eu acho que o que acontece são os grandes interesses financeiros. O que é bom para o americano não é bom para nós. O que não é bom para o europeu é bom para nós. Então, por exemplo, para caso de intoxicação existia um medicamento

chamado Enterovioformio e a Coramina, remédios eficazes e que nunca provocaram efeitos colaterais. Foram proibidos por injunções lá das instâncias superiores, dizendo que existia efeito colateral. A gente, que conhece um pouco a verdade do remédio, sabe que o medicamento é feito pela dosagem. O mesmo remédio que cura pode intoxicar. Essa é, aliás, uma filosofia que resume toda minha experiência de vida. O remédio que serve para você não serve para outro, o remédio que serve para uma criança, não serve para um adulto.

REVISTA Dr. Paulo, na sua história aconteceu algum episódio de alguém falando “Esse remédio me fez mal”, e responsabilizar o senhor? Houve algum problema desse tipo?

PAULO Houve um caso, em que o médico receitou um moderador de apetite que age sobre o sistema nervoso central, e uma cliente mandou fazê-lo aqui. Ela foi a uma festa, bebeu vodka e teve convulsões, efeitos colaterais graves, e quiseram me responsabilizar. Daí eu tive que fazer minha defesa, dizendo que realmente aquele remédio não podia ser usado com bebida alcoólica, mas quase fui responsabilizado. Mas, isso foi um acidente. Nós somos sempre vulneráveis porque o uso inadequado de um medicamento, tomado sem as precauções devidas, pode provocar efeitos colaterais adversos.

REVISTA Em uma entrevista sua para o Museu da Pessoa há um capítulo pitoresco, em que o senhor fala de um “porre de Biotônico Fontoura”. Dá para o senhor contar essa história?

PAULO Essa é uma história que precisa comprovação, já que o Biotônico não é mais o que era, não existe mais a mesma fórmula. A história é a seguinte: Cândido Fontoura foi um dos poucos farmacêuticos que teve grande sucesso financeiro através da farmácia. Ele tinha farmácia em Bragança e também uma namorada que era muito pálida. Ele fez um vinho lá, vinho do Porto, colocou algumas tinturas amargas para estimular o apetite. Esse vinho tinha 9% de álcool. Ela ficou corada, ficou bem e casou-se com ele. Ele saiu de Bragança e montou o laboratório Fontoura e Cerpa - eram dois farmacêuticos. Em 1930, havia a lei seca nos EUA e vieram uns americanos para cá e conheceram o Biotônico Fontoura com seus 9% de teor alcoólico. Eles compraram uma quantidade muito grande e mandaram para os EUA



FARMÁCIA
DROGAMÉRICA
1963-2003

como remédio, mas lá vendiam como aperitivo. Pagaram em dólar, em cash, e o Fontoura, tornou-se um industrial de muito sucesso à custa do Biotônico Fontoura. A propósito, depois, o Biotônico foi vendido para outra empresa e mudaram a fórmula. No lugar do vinho do Porto, que vinha de Portugal, puseram água. E o Biotônico parou de ter aquele atrativo de bebida alcoólica.

REVISTA Nessa mesma entrevista o senhor fala dos termos curiosos usados pela população, como “dor nas paqueras”, o que isso significa?

PAULO Ah, sim. No interior, todos os sitiantes, os clientes, vinham aos sábados e, muitas vezes, não era o próprio doente, mas um intermediário que trazia um bilhete dizendo o que a pessoa sentia. Na linguagem do caboclo lá do sítio, “dor nas paqueras” era dor de intestino. Tinha tanto termo que eu até andei colecionando algumas dessas coisas. As letras desses bilhetes eram quase ilegíveis e meu pai fazia o remédio pela intuição que ele tinha. Você veja, era como um curandeiro. Sei que eles tomavam e acabavam sarando, não tanto pelo remédio, mas pela fé no remédio feito. “Nós nas tripas” eram cólicas intestinais; cistite, eles chamavam de “dor de urinar nas mulheres”.

REVISTA Antigamente nessas farmácias se manipulava cocaína e morfina, época em que era liberado o uso da cocaína para medicamentos, não era?

PAULO Sim, o livro do Chernoviz indicava cocaína para dor do ouvido. Para dores em geral, citava o cloridato de cocaína ou de morfina. Elixir paregórico, um remédio usado naquele tempo, era extrato de ópio canforado e era dado para cólica de criança. Davam-se gotinhas desse elixir e a criança dormia que era uma gostosura... Eram medicamentos registrados na França, importados para o Brasil e vendidos nas farmácias. Havia fórmulas para dor de ouvido, para dor de dente, para hemorróidas. Havia supositório de cocaína, para dores e hemorróidas. Hoje em dia ainda se usam esses compostos de morfina para câncer. Naquele tempo se usava para dor de ouvido, dor de dente e cólica intestinal, sem receita médica. E nunca ninguém morreu. Não havia esse preconceito com as drogas.

REVISTA Qual é a fórmula para continuar assim, como o senhor está, atuante, trabalhando, envolvido, é um estilo de vida conquistado ou uma sorte genética?

PAULO Meu pai morreu com 85 anos, minha mãe com 84. Dez de meus irmãos também morreram com essa idade média de setenta, oitenta anos. Acho que essa minha inconformidade me traz a criatividade de criar associações para farmacêuticos, museus de farmácia, acho que sou uma pessoa turbulenta. À noite, fico pensando no que quero fazer, é muita imaginação, é muita coisa na cabeça. Muita vontade de fazer coisas. Atualmente eu sinto as minhas deficiências com o computador. Outro dia me escreveu aqui um farmacêutico da França, mas ele escreveu em francês, daí pensei, “Assim não dá”, e descobri que tinha um programa de tradução. Então, eu não me acomodo, eu reajo.

REVISTA Muitas pessoas, quando chegam à sua idade, pensam na morte, como o senhor encara a finitude?

PAULO Eu pondero que a vida começa aos oitenta, como os andarilhos aqui da Praça Buenos Aires, mas agora eu já estou convidando os colegas para daqui a dez anos, irem à minha festa de cem anos, se Deus quiser! Mas também não sou apegado à vida, e já andei pesquisando sobre a finitude. A finitude não deixa de ser uma preocupação, mas é longínqua ainda, eu não penso muito nela. Mas eu acho que tenho que viver o presente intensamente, e já estou pensando nesse plano do Museu Virtual e querendo a colaboração de vocês.

REVISTA E cuidados com sua saúde, o senhor os tem?

PAULO Já tive dois enfartos, tive AVC, tive perturbações que até já esqueci. Não me apego, não me assustam mais. Tirei uma lição muito importante: estou com 70 anos de vida profissional, já passei por várias crises econômicas, já cheguei a perder tudo que tive do dia para a noite - no plano Collor -, vivi a inflação de 80% ao mês e sobrevivi. Atualmente entreguei a direção da empresa para minha filha e ela está tendo dificuldade de gerenciar, justamente porque proibiram muita coisa que eu fazia com a melhor das intenções e agora não pode mais. Meu lema agora é “proibido proibir...” Enfrentamos “muita fiscalização”, aliás, melhor dizendo, muita corrupção, essas coisas me revoltam muito. Há também as falsificações de remédios.



REVISTA Há denúncias de médicos que correm o mundo dando palestras bancados pela indústria farmacêutica fazendo propaganda de medicamentos cuja eficácia não é muito garantida.

PAULO Sim. Para justificar o preço de um Viagra fizeram pesquisas de todo jeito. O Viagra era para a cardiologia, e virou remédio para sexologia com muito mais lucro. Tem até adolescente tomando Viagra, que agora se tornou genérico. A indústria em vez de trazer o bem, está criando problemas para o futuro, para o comportamento das gerações. Eu me preocupo muito com as gerações futuras da minha categoria, como serão? Porque o mundo está mudando, os valores estão mudando, e eu tenho para mim que a palavra consciência profissional e ética são palavras-chaves, que eu cultivo como sendo valores que devem ser preservados. Mas acontece que há médicos que se corrompem, farmácias que se corrompem em detrimento do cliente, e isso é uma coisa que está acontecendo, com impunidade. Se eu pudesse criar um código de ética eu poria simplesmente: use sua consciência antes de fazer tal coisa. Se a consciência permite, o sujeito faz, se ela não permite, não faz.

REVISTA Para terminar, se o senhor pudesse deixar uma mensagem para as novas gerações, o que o senhor gostaria de dizer?

PAULO Eu queria dizer, antes de tudo, que exercerem uma atividade para a qual tenham vocação. O destino é que vai dizer se haverá sucesso ou não. Existe muita gente que segue a profissão e o destino não ajuda. Mas a profissão é importante. Quando falo “a minha família”, refiro-me à família farmacêutica em geral, ela me tolera como eu sou, e esse carinho que eles têm, esse reconhecimento que eu tenho tido durante essa trajetória, eu recebo com muita humildade, como sendo um reconhecimento espontâneo.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS NA REVISTA A TERCEIRA IDADE

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

NORMAS GERAIS

Os 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.)

- As traduções devem estar acompanhadas das autorizações dos autores.

- 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.

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; 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 reproduzidos em outra publicação técnica. O autor também autoriza disponibilização no sítio www.sescsp.org.br

- Os artigos aceitos somente serão publicados com autorização por escrito, do(s) autor(es), cujo modelo será enviado pela Comissão Editorial. O não recebimento da autorização preenchida e assinada pelo(s) autor(es) cancelará a publicação do artigo.

- Os trabalhos aceitos serão submetidos à revisão editorial e qualquer modificação substancial será submetida ao(s) autor(es) antes da publicação.

APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

a) Os trabalhos deverão ser apresentados na forma de arquivo digitado em programa Word for Windows e devem conter entre 15.000 e 25.000 caracteres.

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

c) *ABSTRACT*: O resumo em inglês também conter aproximadamente 200 palavras. Deve vir acompanhado por até cinco palavras que identifiquem o conteúdo do trabalho (keywords)

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

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

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. (O SESC poderá encaminhar modelo). As fotos deverão ser encaminhadas para o e-mail da Revista, em alta resolução, mínimo de 300 dpi.

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

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

Para desenvolvê-los, o SESC SP conta com uma rede de 32 unidades, disseminadas pela Capital, Grande São Paulo, Litoral e Interior do Estado. São centros culturais e desportivos, centros campestres, centro de férias e centros especializados em odontologia e cinema.

Conselho Regional do SESC

2010-2014

Presidente: Abram Abe Szajman

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

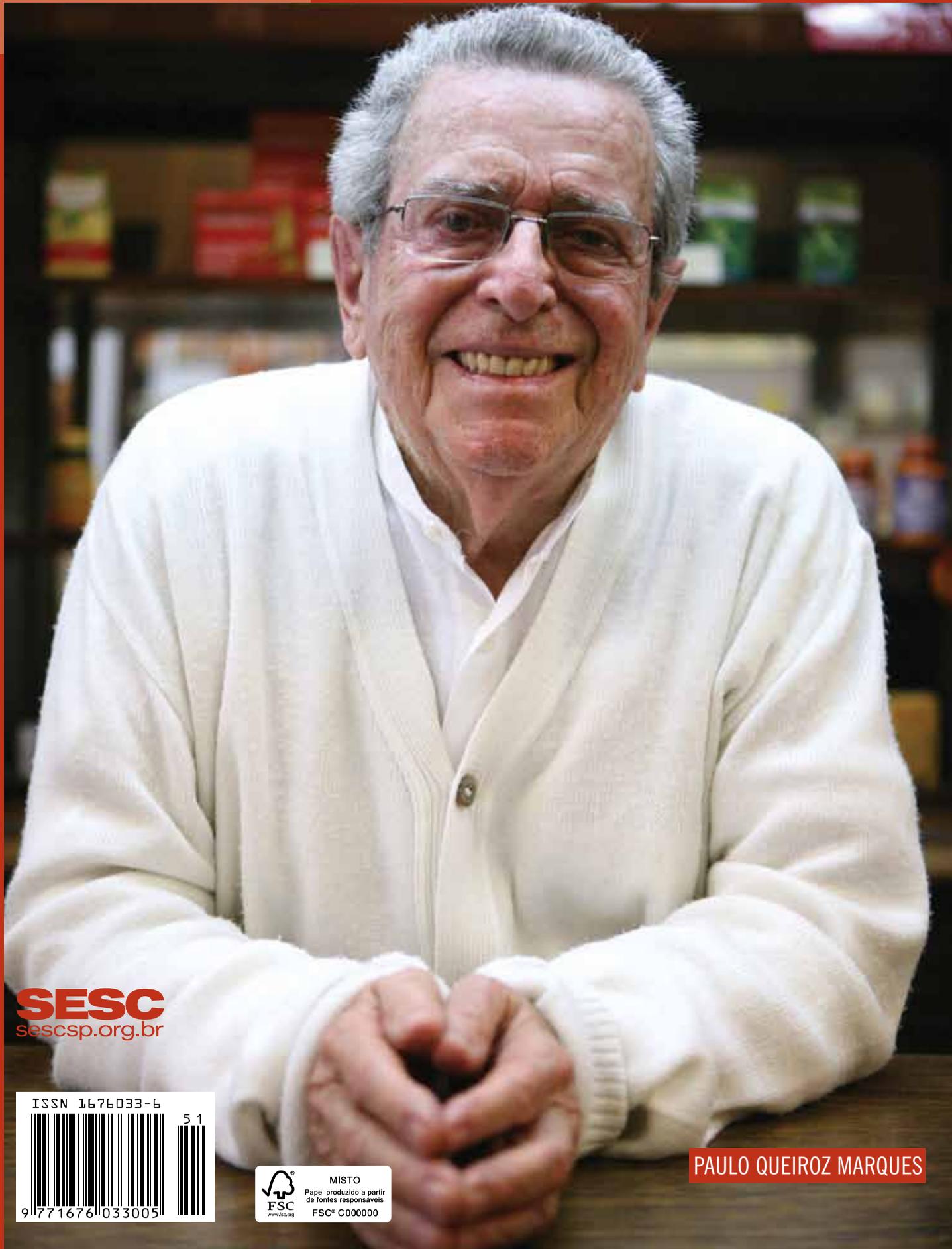
Membros Suplentes: Aparecido do Carmo Mendes, Ariovaldo Maniezo, Arnaldo José Pieralini, Atílio Machado Peppe, Cêlio Simões Cerri, Dan Guinsburg, Flávio Martiní de Souza Campos, José de Sousa Lima, Mariza Medeiros Scaranci, Natal Léo, Oswaldo Bandini, Paulo Roberto Gullo, Pedro Abrahão Além Neto, Rafik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

Diretor do Departamento Regional: Danilo Santos de Miranda

Representantes do Conselho Regional junto ao Conselho Nacional

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

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



SESC
sescsp.org.br

ISSN 1676033-6



5 1

9 771676 033005



MISTO
Papel produzido a partir
de fontes responsáveis
FSC® C000000

PAULO QUEIROZ MARQUES