

mais60

ESTUDOS SOBRE ENVELHECIMENTO



ARTIGO

Cuidados Paliativos e dignidade no fim de vida

ENTREVISTA

Calosi Malonga
Refugiado

PAINEL DE EXPERIÊNCIAS

Hidroginástica: Corpo, Água e Eficiência



Sesc São Paulo

Av. Álvaro Ramos, 991
03331-000 São Paulo - SP
TEL.: +55 11 2607-8000
sescsp.org.br

mais60

ESTUDOS SOBRE ENVELHECIMENTO

VOLUME
28

NÚMERO
68

SETEMBRO
2017

ISSN
2358-6362

Produção 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

Danilo Santos de Miranda

SUPERINTENDENTES

Técnico-Social Joel Naimayer Padula

Comunicação Social Ivan Giannini

Administração Luiz Deoclécio

*Massaro Galina Assessoria Técnica e de
Planejamento* Sérgio José Battistelli

GERENTES

Estudos e Programas Sociais Cristina Riscalla Madi

Adjunta Cristiane Ferrari *Artes Gráficas* Hélcio

Magalhães Adjunta Karina Musumeci

COMISSÃO EDITORIAL

Celina Dias Azevedo (*coordenação*),
Cristina Fongaro Peres, Danilo Cymrot,
Denise Collus, Fernando Marineli, Flavia
Rejane Prando, Gabriela da Silva Neves,
Jair de Souza Moreira Júnior, Kelly Cecília
Teixeira, Maria Augusta Maia de Araújo
Damiani, Maria Emília Carminetti, Maria
Ivani Rezende de Brito Gama, Mariana
Barbosa Meirelies Ruocco, Marina Herrero,
Maria José Leandro Tavares, Neide
Alessandra Périgo Nascimento, Ricardo
Silvestre Micheli, Rosana Abrunhosa, Sandra
Carla Sarde Mirabelli, Sandra Regina Feltran,
Sílvia Eri Hirao, Virginia Baglini Chiavalloti.

Editoração Lourdes Teixeira Benedan

Produção Digital Ana Paula Fraay
e Veridiana Piccinini

Fotografias Capa e pág. 8, 88, 89, 90, 91, 92,
93, 94 e 95: Juliana Russo; pág. 28: Paulo
Preto; pág. 42: Jorge Etecheber; pág. 62:
Karla Priscila; pág. 82, 83 e 86: Alexandre
Nunis; pág. 96 e 97: Roberto Assem.

Revisão Vivian Catarina

Projeto Gráfico Marcio Freitas
e Renato Essenfelder

**Artigos para publicação podem ser
enviados para avaliação da comissão
editorial, no seguinte endereço:**

revistamais60@sescsp.org.br

Mais 60: estudos sobre envelhecimento
/ Edição do Serviço Social do Comércio.
– São Paulo: Sesc São Paulo, v. 28, n. 68,
Setembro. 2017 –.

Quadrimestral.

ISSN 2358-6362

Continuação de A Terceira Idade: Estudos
sobre Envelhecimento, Ano 1, n. 1, set. 1988-
2014. ISSN 1676-0336.

1. Gerontologia. 2. Terceira idade.
3. Idosos. 4. Envelhecimento. 4.
Periódico. I. Título. II. Subtítulo.
III. Serviço Social do Comércio.
CDD 362.604



CAPA

Juliana Russo

A paulistana Juliana Russo, desde 2002, mistura seu trabalho pessoal com ilustrações para revistas, jornais e livros.

Em 2015 lançou seu primeiro livro autoral, São Paulo Infinita, em 2017 foi selecionada para uma residência artística em Varsóvia na Polônia e participou da residência artística para desenhistas na Casa do Sol, para a criação da revista/livro Baiacu, editada por Laerte e Angeli e publicada pela editora todavia.

Atualmente desenvolve o projeto Sala Aberta, um espaço de exposições de desenhos, cartazes e publicações na sala da sua casa.

A matéria prima de seu trabalho é a observação da cidade como território do possível.

Para saber mais sobre seu trabalho, acesse jurusso.tumblr.com.

SUMÁRIO

- 1 PÁGINAS DE 8 A 27
Destaque da edição
Cuidados Paliativos e dignidade no fim de vida
por André Filipe Junqueira dos Santos
- 2 PÁGINAS DE 28 A 41
Ecoss do envelhecimento na mídia – espaços da memória
por Vera Brandão e Beltrina Côrte
- 3 PÁGINAS DE 42 A 61
Velhice dependente e o serviço de cuidado no domicílio na política de assistência social
por Janaina Carvalho Barros e Izabel Cristina Dias Lira
- 4 PÁGINAS DE 62 A 81
Envelhecer longe de casa. Aspectos culturais e sociais dos refugiados na cidade de São Paulo
por Denise Orlandi Collus e Silvana Tótora
- e PÁGINAS DE 82 A 87
ENTREVISTA: Calosi Malonga
- f PÁGINAS DE 88 A 97
ILUSTRAÇÕES: Juliana Russo
- p PÁGINAS DE 98 A 101
PAINEL DE EXPERIÊNCIA: Hidroginástica: Corpo, Água e Eficiência
por Fernanda Romano
- r PÁGINAS DE 102 A 104
RESENHA: Jacy de Carne e Sopro
por Fernando Marineli



Dia Internacional do Idoso

Danilo Santos de Miranda

Diretor Regional do Sesc São Paulo



O dia 1º de outubro marca, mundialmente, o *Dia Internacional do Idoso*. Instituído pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1991, foi incorporado à agenda oficial no Brasil a partir de 2006, associado a uma importante conquista das pessoas idosas: a promulgação do *Estatuto do idoso* no país.

Anualmente, organismos públicos e da sociedade civil tomam o dia como marco para comemorar as conquistas de direitos; como meio de conscientização sobre as mudanças de atitudes em relação aos velhos; e como ocasião para a recomendação de estratégias para políticas públicas direcionadas a esse grupo social.

O Sesc São Paulo, a partir de sua intensa atuação no campo da cultura e suas diferentes manifestações, traz como outra perspectiva possível, para marcar o *Dia Internacional do Idoso*, a experimentação de linguagens artísticas como forma de contribuir para experiências duradouras e significativas sobre o envelhecer.

A ideia de provocar o público para a construção, produção e experimentação do fazer artístico transforma-se em recurso de reflexão sobre as mudanças e os novos ritmos do viver, além de oportunidade para olhar o momento da vida de acordo com os próprios desejos.

Neste ano, a concretização desse propósito nas unidades do Sesc aconteceu por meio da *Mostra Sentidos: a longevidade na arte*, um convite à reflexão acerca de temas ligados ao envelhecimento e à longevidade.

O Sesc São Paulo aponta para a necessidade de inovação nas práticas e reflexões sobre o envelhecer e, ao mesmo tempo, reafirma valores institucionais que, entre outros objetivos, buscam inspirar outros atores sociais e disseminar formas diversificadas de atuação no mundo. ☺



*Artigo
da capa*

Cuidados Paliativos e dignidade no fim de vida

[Artigo 1, páginas de 8 a 27]



EU ME MOVIA RAPIDAMENTE VOAVA
MUITO RENTE AO CHÃO PELOS
CORREDORES, BECOS ESCADAS



André Filipe Junqueira dos Santos

Médico geriatra pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP); doutor em clínica médica (FMRP-USP); especialista em Cuidados Paliativos; membro do Instituto Oncológico de Ribeirão Preto (InORP); vice-presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
drandre@inorp.com.br



RESUMO

Com o processo do envelhecimento e o avanço da medicina nas últimas décadas o processo de fim de vida sofreu transformações, provendo à equipe médica a capacidade, através de recursos tecnológicos, de prolongar a vida de pacientes além dos padrões naturais. Esse avanço da saúde trouxe também reflexões no campo da bioética, visto os malefícios causados pelo uso de suporte artificial de vida de forma desmedida e muitas vezes em desacordo com os valores dos pacientes e de seus familiares, causando danos físicos, psicológicos, financeiros e sociais. Para lidar com essa situação, o exercício da cidadania no fim de vida, por meio de documentos e normas, surgiu em resposta ao avanço tecnológico e ao tratamento médico agressivo empregados em situações ambíguas, como no caso de um prognóstico ruim, objetivando o exercício da autonomia do paciente.

Palavras-chave: Autonomia pessoal, Bioética, Dignidade, Cuidados Paliativos, Testamento Vital, Decisão Compartilhada.

ABSTRACT

With the process of aging and the development of medicine in the last decades, the process of end of life has changed, providing the medical team with the ability, by the use of technological resources, to extend the lives of patients beyond natural standards. This advancement of healthcare was accompanied by reflections in the field of bioethics, considering the harm caused by the intemperate use of artificial life support treatment, often in disagreement with the patients' and their relatives' values, with detrimental effects in physical, psychological, financial, and social fields. To deal with this situation, the exercise of citizenship at the end of life by means of documents and rules has emerged in response to technological advances and aggressive medical treatment employed in ambiguous situations, as in the case of a poor prognosis, promoting the exercise of the patient' autonomy.

Keywords: Personal autonomy, Bioethics, Dignity, Palliative care, Living Will, Shared Decision Making.

INTRODUÇÃO

As alterações decorrentes da diminuição na taxa de natalidade e aumento da sobrevivência das populações têm levado ao fenômeno do envelhecimento, em intensidade variada, em vários países. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a população mundial com idade acima de 60 anos é atualmente de 600 milhões de pessoas, com perspectiva de alcançar 1,2 bilhões até 2025 e 2 bilhões em 2050 (OMS, 2002). Nos países desenvolvidos, a parcela da população com idade acima de 65 anos é a que apresenta o maior crescimento (1).

Em nosso país, o processo de envelhecimento também ocorre de maneira acentuada. A evolução dos componentes demográficos no período de 2000 a 2030 indica um importante processo de envelhecimento em todos os estados brasileiros, com diferenças regionais. Essa mudança demográfica ocorre devido ao crescimento da esperança de vida ao nascer combinado com a queda do nível geral da fecundidade.

Apoiado pelo aumento da expectativa de vida, o número de brasileiros acima de 65 anos deve quadruplicar até 2060, passando dos atuais 14,9 milhões (7,4% do total), em 2013, para 58,4 milhões (26,7% do total), em 2060, conforme dados do IBGE (2). Neste mesmo período, a expectativa média de vida ao nascer deve passar de 75 anos para 81 anos. Por sua vez, a taxa de fecundidade, coeficiente que determina o número de filhos por mulher, irá passar de 1,77 em 2013 para 1,5 em 2030, segundo projeções(2).

O processo do envelhecimento demográfico tem sido tópico de vários estudos, em vários campos do saber, devido ao seu impacto em diversos aspectos da sociedade atual. Do ponto de vista das Ciências da Saúde existe uma grande relação entre hábitos de vida saudáveis, alimentação adequada, convívio social ativo e a prática regular de atividade física para um processo de envelhecimento bem-sucedido (3).

A partir da década de 1960, junto com o processo do envelhecimento ocorreu um grande desenvolvimento da tecnologia a serviço da medicina. Esse desenvolvimento tecnológico se manifestou através de novos medicamentos, equipamentos diagnósticos e terapêuticos, além novas técnicas de trabalho das equipes. Dessa forma, a capacidade de intervenção terapêutica ampliou-se de forma significativa e continuamente, dificultando analisar o momento em que tecnicamente o tratamento terapêutico se esgota e facilitando o seu uso excessivo.

O século XX, juntamente com o desenvolvimento das tecnologias no campo da saúde evidenciou a mudança na trajetória da morte; antes era muito importante morrer rodeado por familiares e entes queridos, discutindo a vontade do moribundo após sua morte, firmando o testamento e a distribuição dos bens; hoje, ela é considerada tabu (4).

A morte saiu do convívio diário familiar, com velórios que geralmente eram realizados dentro da própria casa da pessoa falecida, e deslocou-se para dentro do ambiente hospitalar. O hospital passou a ser o local onde o cuidado médico para o fim de vida deve ser oferecido; e a morte deixa de ser vista como um evento familiar e público, passando a ser um fenômeno técnico definido pela equipe médica, envolvido em um ambiente estéril, principalmente nas unidades de terapia intensiva, longe da presença da família em grande parte (5).

A relação médico-paciente foi ampliada, quando não, substituída por equipamentos médicos, diminuindo a importância do cuidar e trocando o contato humano por uma medicina que exige exatidão e eficácia para vencer as doenças e que se sente fracassada diante da morte.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) surgiram a partir da década de 1950, com a percepção de que era mais adequado reunir em um único ambiente os pacientes dentro do hospital que estavam utilizando vários equipamentos, especialmente a ventilação mecânica (6). Gradativamente, a UTI tornou-se o local do hospital no qual os pacientes mais graves eram transferidos e tinham acesso a recursos de alta tecnologia e acompanhamento contínuo da equipe médica.

Apesar de as UTIs terem sido concebidas para receber pacientes com doenças graves e agudas, com potencial de reversão através do uso do suporte artificial de vida oferecida nesse local, elas passaram a receber também paciente com doenças crônicas, com o objetivo de tentar retardar o processo de piora progressiva.



A relação médico-paciente foi ampliada, quando não, substituída por equipamentos médicos, diminuindo a importância do cuidar e trocando o contato humano por uma medicina que exige exatidão e eficácia para vencer as doenças e que se sente fracassada diante da morte.

No entanto, o resultado que muitas vezes se obtém nesse perfil de pacientes, especialmente idosos, não somente é ineficaz para a reversão do quadro de saúde, como também proporciona um sofrimento físico, psíquico, social e espiritual desnecessário diante do uso desmedido desse tratamento invasivo.

A partir dos anos 1990, o cuidado na qualidade do fim de vida começa a receber mais atenção e discussões sobre questões éticas envolvendo esse tema, como a obstinação terapêutica, que passaram a ser muito frequentes. Um estudo norte-americano realizado nesse período com o objetivo de avaliar os cuidados de doentes críticos na fase final de vida demonstrou que metade dos pacientes em UTIs que morreram sentiram dor moderada ou intensa, durante a maior parte do tempo, nos três últimos dias de suas vidas.

Somente 41% dos pacientes no estudo dizem ter conversado com seus médicos sobre prognósticos ou sobre ressuscitação cardiopulmonar, e 30% das famílias consumiram todas as suas economias no tratamento de seu familiar (7). Os médicos e enfermeiros sentiam-se despreparados para cuidar de pacientes em fase terminal de vida e não possuíam requisitos básicos para tratar a dor e os sintomas nesses pacientes (Foley, 1997; Sloan, 1997); e também não se sentiam preparados para discutir cuidados terminais com o paciente e sua família e fornecer assistência psicológica e espiritual.

No Brasil, tais debates começaram nos anos 2000, sendo o modelo bioético de cuidado intensivo associado ao novo paradigma tecnológico de ofertar aos pacientes todo e qualquer recurso para o enfrentamento de doenças crônicas em fase avançada de terminal questionado.

Nesse modelo de tratamento, os benefícios são muitas vezes colocados em segundo plano, causando sofrimento e dor ao paciente, sem alcançar um resultado satisfatório em termo de cura ou controle de doença (8, 9). Esse prolongamento do processo de fim de vida, com sofrimento ao paciente e seu familiar, é definido como distanásia.

O termo distanásia foi proposto em 1904 por Morache (10), que o definiu como “a morte prolongada e acompanhada de sofrimento, associando-se à ideia da manutenção da vida através de processos terapêuticos desproporcionais”, também conhecida como “obstinação terapêutica”.

A distanásia pode abranger 3 aspectos principais: o pessoal, o familiar e o social. No aspecto pessoal, o indivíduo doente, que inicialmente teve seu processo de morte prolongado em vista de uma possibilidade idealizada de cura, aos poucos passa a depender completamente do

processo tecnológico que o mantém, e a prorrogação constante da morte se torna o único elo com a vida; o doente se torna passivo e já não decide por si mesmo, apenas vive em função do processo de controle sobre a natureza (11).

No aspecto familiar ocorre uma dualidade psicológica: por um lado, o prolongamento da vida do ente querido; enquanto por outro, o sofrimento perante a possibilidade constante e repetitiva da perda, além do doloroso ônus financeiro em prol de um objetivo inalcançável.

Pesquisa recente realizada no Brasil demonstrou que em caso de doença grave e incurável, as pessoas têm mais medo de deixar a família em dificuldade financeira do que da própria morte: a preocupação de deixar a família em apuros é manifestada por 29% das pessoas, em seguida vem o medo de morrer (25%) e o temor com os custos do tratamento (24%) (12).

No aspecto social, ocorre o esgotamento da disponibilidade de recursos mediante uma situação irreversível, que pode repercutir sobre o financiamento de operadoras privadas de saúde e posteriormente repassado para todos os clientes ou sobre o emprego oneroso dos recursos públicos, em especial em sociedades carentes, em prejuízo de questões mais essenciais para a saúde pública, cujo resultado teria maior abrangência social (13).

O conceito de distanásia opõe-se completamente ao conceito de eutanásia. A distanásia é, portanto, o prolongamento exagerado, fútil e inútil de um tratamento médico incapaz de promover a cura definitiva, causando mais sofrimento ao paciente do que na sua terminalidade corpórea, o qual, diante de sua doença incurável e com prognóstico irreversível, encontra-se desesperado, em seu dilema pessoal, em aceitar o inevitável ou lutar até o final custe o custar (14).

Num contexto influenciado por ideias, interesses, doutrinas, convicções morais, éticas e religiosas, sentimentos, regulamentações profissionais e jurídicas a tomada de decisões para cada caso pode ser difícil, conflituosa e demasiadamente complexa. Por vezes, as melhores condutas sequer foram cogitadas (15).

Dentro desse conflito bioético surge um debate na área de saúde sobre como oferecer um cuidado de fim de vida que evite a distanásia e promova ações alinhadas com os valores da pessoa doente e de seus entes queridos, tendo como objetivo não o prolongamento da vida a qualquer custo, mas ações voltadas para a qualidade de vida. Dentro dessa visão se inserem os Cuidados Paliativos.

A preocupação de deixar a família em apuros é manifestada por

29%

das pessoas, em seguida vem o medo de morrer

25%

e o temor com os custos do tratamento

24%



Cuidado paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e familiares que estejam lidando com uma doença ameaçadora à vida, através de prevenção e alívio do sofrimento, ao identificar e tratar precocemente a dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

CONCEITOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

O termo paliativo deriva do latim *pallium* que significa manto, capote. Etimologicamente, significa prover um manto para aquecer “aqueles que passam frio”, uma vez que não podem mais ser ajudados pela medicina curativa. Isso porque a essência dos Cuidados Paliativos é o alívio dos sintomas, da dor e do sofrimento dos portadores de doenças crônico-degenerativas em fase avançada, por meio de uma abordagem holística na busca de uma melhor qualidade de vida (16).

Além desse manto, na época das Cruzadas existiam locais situados ao longo das rotas mais percorridas pelos peregrinos e viajantes, que atendiam tanto aqueles que necessitavam de alimentação e abrigo quanto os doentes ao longo da exaustiva jornada. Nesses locais, muitos de caráter religioso, promoviam-se o cuidado da pessoa enferma até sua morte, com ênfase especial no bem-estar espiritual, pois não havia quase nenhum tratamento médico a ser oferecido.

Esses locais eram denominados de hospedaria ou hospice. O modelo de atendimento na filosofia *hospice* foi recuperado na década de 1960, na Inglaterra, por uma inglesa com formação humanista e que se tornou médica, Dame Cicely Saunders.

Em 1967, Saunders funda o “St. Christopher’s Hospice”, o primeiro *hospice* na visão da medicina moderna, cuja estrutura, ao permitir a assistência aos doentes e o desenvolvimento de ensino e pesquisa, acabou difundindo a filosofia dos cuidados paliativos pelo mundo (17). Saunders foi responsável pela introdução do conceito de “dor total”, que incluiu as dimensões física, emocional, social e espiritual no manejo dos sintomas (18).

Segundo a definição da OMS, Cuidado paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e familiares que estejam lidando com uma doença ameaçadora à vida, através de prevenção e alívio do sofrimento, ao identificar e tratar precocemente a dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (19).

Apesar de não haver limite de tempo e prognóstico para sua introdução, as evidências mais atuais indicam que os melhores benefícios ocorrem no diagnóstico e muito antes dos estágios finais da trajetória da doença (20).

Nas últimas décadas, os cuidados paliativos vêm produzindo conhecimentos especializados na gestão de sintomas; na atenção biopsicossocial; na melhoria de comunicação de más notícias e na tomada de decisões complexas pelo paciente, seus familiares e a equipe. Vários hospitais ao redor do mundo, especialmente em países desenvolvidos, possuem equipes especializadas em Cuidados paliativos (21).

A medicina paliativa é uma especialidade reconhecida em muitos países, tendo uma base de evidência crescente para melhorar a qualidade do atendimento ao paciente oncológico (22). No Brasil, a partir de 2010, a medicina paliativa foi oficialmente reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) brasileiro como um ramo de especialidade médica, denominado área de atuação (23).

No entanto, os pacientes continuam sendo encaminhados para esses profissionais em baixo número e tardiamente na trajetória da doença, em média 30 a 60 dias antes da morte (24). Um dos principais obstáculos ao encaminhamento precoce advém do conceito errôneo de que os cuidados paliativos somente podem ser ofertados no final da vida e uma vez que tenham se esgotado todas as opções de tratamento curativo.

É fundamental entender que uma pessoa com uma doença crônica degenerativa não tem de escolher entre a equipe médica tradicional de sua doença (por exemplo: oncologistas, neurologias ou cardiologistas) e a equipe de cuidados paliativos, sendo indicado o acompanhamento conjunto por ambas as equipes, em uma transição gradual de tratamento curativo para tratamento paliativo conforme a evolução de sua doença. Ao optar por ambos, ele pode se beneficiar do cuidado dessas equipes para otimizar a qualidade de vida, utilizando um modelo de atenção integrada (25).

Os principais objetivos dos Cuidados Paliativos são: reconhecer e aliviar a dor e outros sintomas físicos; reconhecimento e manejo de sintomas psicossociais (ansiedade, depressão, perda da autonomia, solidão, medo da morte), incluindo cuidados e apoio adequado para os familiares e o sofrimento espiritual ou existencial; e a promoção da qualidade de vida do paciente e da família.

Cicely Saunders expôs essa forma de cuidado na seguinte frase:

Quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida e que faremos tudo o que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte (26).

Por outro lado, os Cuidados Paliativos não aceleram nem adiam a morte, mas afirmam a vida e consideram a morte um processo natural, oferecendo suporte para que o paciente viva tão ativamente quanto possível; devendo ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com medidas que prolonguem a vida.

E para que essa forma de cuidado aconteça adequadamente é imprescindível a boa comunicação entre os profissionais, pacientes e familiares; havendo sempre que possível uma equipe multiprofissional (20).

ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS SOBRE FIM DE VIDA NO BRASIL

A bioética, que se preocupa em analisar os argumentos morais a favor e contra determinadas práticas humanas que afetam a qualidade de vida e o bem-estar dos humanos e em tomar decisões baseadas nas análises anteriores (27), pode auxiliar os profissionais de saúde a lidar melhor com conflitos emergentes nos cuidados de fim de vida, facilitando as tomadas de decisão na medida em que os valores do paciente sejam considerados e a decisão seja bem fundamentada junto aos profissionais de saúde.

Muitos profissionais de saúde apresentam uma postura que dificulta uma abordagem mais ampla junto aos pacientes e seus familiares, na visão da bioética, adotando uma postura paternalista. O paternalismo tem suas raízes na própria formação do Estado brasileiro e na fragilidade democrática de nosso país, que apenas a



Os Cuidados Paliativos não aceleram nem adiam a morte, mas afirmam a vida e consideram a morte um processo natural, oferecendo suporte para que o paciente viva tão ativamente quanto possível; devendo ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com medidas que prolonguem a vida.

partir da promulgação da Constituição de 1988 passou a contar com legislação que protege os direitos individuais e coletivos dos cidadãos de forma ampla.

A Constituição Federal brasileira de 1988 assegura, como direito ou garantia fundamental do ser humano, em seu artigo 5º a inviolabilidade do direito à vida, dentre outros direitos e garantias fundamentais. Portanto, o nosso ordenamento jurídico elege o direito à vida como direito fundamental e inviolável do ser humano.

É preciso, no entanto, entender o direito à vida frente ao princípio da dignidade da pessoa humana, previsto no artigo 1º, inciso III da Constituição Federal, na medida em que se constitui em princípio e valor que embasa os direitos fundamentais. Nosso direito positivo tem como princípio basilar a proteção à vida humana com dignidade, expressamente garantido nas cláusulas pétreas da nossa carta magna.

A dignidade humana, expressa pela primeira vez na Declaração Universal dos Direitos do Homem em 10 de dezembro de 1948, é o direito de cada ser humano de ser respeitado e valorado como indivíduo ímpar, único, de ser reconhecido por suas características particulares. Sua finalidade, na qualidade de princípio fundamental, é “assegurar ao homem um mínimo de direitos que devem ser respeitados pela sociedade e pelo poder público, de forma a preservar a valorização do ser humano, vedando que o ser humano seja submetido a qualquer espécie de tratamento desumano ou degradante” (28).

Uma manifestação do princípio da dignidade no atendimento a saúde é a lei do Estado de São Paulo de n. 10.241, que regula os direitos dos usuários dos serviços de saúde no estado. Dentro desses direitos estão o direito do paciente de consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados; o direito de recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida e o direito de optar pelo local de morte (29).

A promulgação dessa lei foi realizada pelo governador Mário Covas, em 1999, sendo que o próprio governador fez uso desses direitos quando se encontrava em fase avançada de um câncer de bexiga, sem possibilidade de novos tratamentos curativos, recusando-se a ser internado em uma UTI, falecendo num quarto hospitalar na companhia de seus familiares (30).

Além do estado de São Paulo, leis similares existem nos estados do Paraná e Minas Gerais, porém, até o momento não existe lei federal que regulamente a matéria no Brasil.



O testamento vital é um documento, redigido por uma pessoa no pleno gozo de suas faculdades mentais, com o objetivo de dispor acerca dos cuidados, tratamentos e procedimentos a que deseja ou não ser submetida quando estiver com uma doença ameaçadora da vida, fora de possibilidades terapêuticas e impossibilitado de manifestar livremente sua vontade.

TESTAMENTO VITAL, DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE E DECISÃO COMPARTILHADA

Um aspecto relevante no contexto do final da vida do paciente, quando são necessárias decisões médicas cruciais a seu respeito, é o fato de a capacidade de comunicação de muitas pessoas estar afetada. Nessa situação, as decisões médicas sobre seu atendimento são adotadas com a participação de outras pessoas que podem desconhecer suas vontades e, em consequência, desrespeitá-las.

A primeira manifestação a respeito da possibilidade de documentar as preferências pessoais sobre determinados tratamentos ao final da vida e diminuir os conflitos entre médicos e paciente deu-se pelo advogado Luis Kutner, em 1967, que propôs o testamento vital – no original em inglês, “*living will*” (31).

O testamento vital é um documento, redigido por uma pessoa no pleno gozo de suas faculdades mentais, com o objetivo de dispor acerca dos cuidados, tratamentos e procedimentos a que deseja ou não ser submetida quando estiver com uma doença ameaçadora da vida, fora de possibilidades terapêuticas e impossibilitado de manifestar livremente sua vontade (32).

Não obstante os argumentos prós e contras, diversos países têm elaborado instruções apropriadas e legais para sua utilização (33). No Brasil, é possível a validação de um testamento vital em cartórios, sendo um instrumento de caráter individual, sem valor jurídico no país, devido à ausência de leis que regulamentem esse tipo de documento.

No Brasil, um marco histórico na busca de uma regulação de melhores cuidados sobre o fim de vida deu-se através do CFM que promulgou, em 2006, uma resolução que trata da suspensão de tratamentos pelo médico em pacientes terminais, desde que seja esta a vontade do doente ou na sua impossibilidade, de seus familiares ou representantes legais (34).

Dessa forma, essa resolução promulga a prática da Ortotanásia, que significa “morte correta”, no seu tempo certo, não submetendo o paciente terminal a tratamentos desumanos e degradantes, que visam somente a prolongar a sua morte, sem chance alguma de cura, a Distanásia. Deve-se ressaltar que a Resolução n. 1.805 não dispõe sobre o direito à vida descrito na Constituição, mas regulamenta a prática da Ortotanásia, um ato médico, que trata da ética médica.

Estudos internacionais demonstram que aproximadamente 90% dos médicos atenderiam às vontades antecipadas do paciente no momento em que este se encontra incapaz para participar da decisão (35). No Brasil, uma pesquisa realizada entre médicos, advogados e estudantes apontou que 61% levariam em consideração as vontades antecipadas do paciente, mesmo tendo a ortotanásia como opção (36), porém não existem pesquisas em nosso país sobre a aceitação das pessoas em documentarem suas preferências em relação ao fim de vida.

A fim de dar mais subsídio à questão da autonomia do paciente na relação médico-paciente no contexto de terminalidade, o CFM promulgou, em 31 de agosto de 2012, a resolução 1995/2012 que regulamentou as **Diretivas Antecipadas de Vontade** (37).

As Diretivas constituem o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

O médico deverá considerar as Diretivas de pacientes incapazes de se comunicar, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, sendo que elas prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

O seu registro deve ser feito em prontuário médico, tendo seu sigilo garantido pela relação médico-paciente e somente serão desconsideradas pela equipe médica caso entrem em conflito com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica, como em situações que o médico considere que o quadro de doença não seja terminal e que tratamentos invasivos possam melhorar o estado de saúde do paciente e reverter seu prognóstico.

Conforme o último parágrafo dessa resolução, em

[...] não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente (37).

Os principais efeitos positivos desse documento se relacionam com realizar o desejo do paciente por tratamentos menos invasivos, predominantemente paliativos no final de vida; facilitar as discussões de final de vida; ajudar no alcance de um consenso; e fornecer clareza para outros membros da equipe multiprofissional e familiares com relação ao cuidado.

Os poucos efeitos negativos descritos consistiram no fato de haver situações em que o cuidado do paciente teve de ser transferido para outra equipe médica, devido a conflitos entre as convicções dos profissionais com aquelas expressas no documento do paciente (38).

O preenchimento de uma Diretiva Antecipada de Vontade, conforme a resolução do Conselho Federal de Medicina, não pode ser feito somente pelo paciente, ao contrário do modelo de testamento vital. Ela deve ser preenchida em conjunto com o médico de confiança e, caso o paciente solicite, na presença de seus familiares. Porém, seja através de um Testamento Vital ou de uma Diretiva Antecipada de Vontade, até o presente momento poucos brasileiros contam com esse documento, sendo que 5 anos após a resolução do CFM foram lavrados somente 672 testamentos vitais nos cartórios brasileiros no ano de 2016 (39).

Visto que a grande maioria das pessoas em fase de fim de vida em nosso país não possui um documento manifestando suas preferências, a tomada de decisão deve ser realizada através de uma decisão compartilhada entre o paciente, com o apoio dos seus familiares e entes queridos, junto à equipe de assistência à saúde.

A tomada de **Decisão Compartilhada** consiste num processo colaborativo que permite que os pacientes, ou seus representantes legais, e os médicos tomem as decisões de saúde em conjunto, levando em consideração a melhor evidência científica disponível, bem como os valores, metas e preferências do paciente (40). A tomada de decisão

compartilhada reconhece que existem compromissos complexos na escolha do atendimento médico, abordando a necessidade ética de informar plenamente os pacientes sobre os riscos e os benefícios dos tratamentos (41).

Na configuração de múltiplas opções razoáveis dentro de tratamentos de saúde possíveis, a tomada de decisão compartilhada envolve médicos que trabalham junto com os pacientes para garantir que os valores, metas e preferências dos pacientes orientem decisões informadas que sejam adequadas para cada paciente (42).

O modelo de decisão compartilhada é distinto do paternalismo médico de várias maneiras. Primeiro, essa abordagem exige que os médicos compreendam os valores do paciente e usem esses valores para determinar o plano de cuidados. Em segundo lugar, os pacientes, ou seus responsáveis, têm a oportunidade de obter tanto (ou tão pouco) informação médica quanto eles escolham.

Em terceiro lugar, os médicos informam os pacientes, ou seus responsáveis, das decisões e garantem que eles entendam que podem fazer uma escolha diferente e que essa escolha será apoiada pela equipe (43). Em contraste, sob um modelo paternalista, os clínicos detêm toda a autoridade na decisão e tomam decisões com base em seu próprio julgamento sobre o que é melhor.

A decisão compartilhada também não visa a tomada de decisão somente pelo paciente ou seus responsáveis, com retirada da responsabilidade médica. A autonomia sem apoio, solitária, não é ética, pois o paciente quer ser genuinamente respeitado, mas isso não significa abandoná-lo à própria sorte sem o devido cuidado e ajuda – atitudes capazes de beneficiá-lo em sua condição específica (44). O maior perigo que corre a atenção de saúde no século XXI não é o do paternalismo autocrático do médico, mas sim o abandono respeitoso do paciente (45).

É de suma importância que a decisão compartilhada entre o paciente, seus entes queridos e a equipe de saúde seja acompanhada além de medidas para alívio de sintomas, com medidas que garantam seu conforto físico, psíquico, social e espiritual. A presença da família e de entes queridos é de grande relevância e, somados, trarão melhor qualidade de vida ao doente, e respeito a sua dignidade, ampliando o potencial de efeito dos Cuidados Paliativos.

DESAFIOS PARA O EXERCÍCIO DA CIDADANIA NO FIM DE VIDA

No Brasil, uma dificuldade na implementação de ações para a realização de Cuidados Paliativos voltados ao fim de vida é a ausência de legislação específica sobre o tema. Tais dificuldades também se manifestam, como visto, nas relações profissionais entre médicos e pacientes (46). Por isso também nesse campo se fazem necessárias ações específicas, no caso, de cunho educativo, tanto para estudantes e profissionais de saúde quanto para a sociedade em geral, com o objetivo de que as discussões sobre a morte, o morrer, a distanásia e a autonomia dos pacientes não sejam negligenciados.

No Brasil, ainda ocorre um enorme desconhecimento e muito preconceito relacionado aos Cuidados Paliativos, principalmente entre os médicos, profissionais de saúde, gestores hospitalares e o poder judiciário, com erros conceituais entre atendimento paliativo e eutanásia e dificuldades na comunicação de más notícias e prescrição de opióides, além de outras práticas no âmbito dos Cuidados Paliativos.

Todos os profissionais de saúde devem atender humanamente o final de vida, não somente promover uma “luta” irracional contra a morte (47). A educação, a assistência e a realização de pesquisas sobre o Cuidado Paliativo em nosso país encontram-se em fase inicial, e dessa forma a necessidade de preparar profissionais da saúde para pessoas com indicação de Cuidados Paliativos surge como uma prioridade.

Existe necessidade de abertura de espaços para sensibilização e discussão do tema da morte na formação dos profissionais da área da Saúde, tendo em vista que estes irão se confrontar com o assunto em suas atividades cotidianas.

Prova-se essa necessidade num estudo que questionou estudantes de medicina a respeito de quais deficiências sentiram durante sua formação acadêmica, ao qual muitos responderam ser a falta tanto de uma disciplina que tratasse de questões como o processo de morte e do morrer quanto de espaço para abordagem dos aspectos emocionais e sociais do ser humano, como o contato com o paciente sem possibilidade de cura (48).

A introdução do ensino dos Cuidados Paliativos nos cursos de saúde, como parte obrigatória da grade curricular e programas de educação na área da saúde para os profissionais em atuação, configura-se como uma meta a ser progressivamente cumprida.

Além dessa deficiência na formação acadêmica, que não prepara os futuros médicos e profissionais da saúde para compreender melhor o processo de morte e morrer, é necessário também lidar desse assunto com a sociedade de forma geral: humanizar o morrer é uma questão fundamental na sociedade brasileira.

Leis e normatizações são necessárias, porém, devem ser consequência de uma mudança na cultura de nossa percepção individual de condição de finitude, e não querer viver mediante a negação dessa verdade absoluta. Numa sociedade que foge sistematicamente da dor, a morte acaba sendo escondida e vira um tabu.

A conscientização torna-se fundamental; e iniciativas de divulgação sobre assuntos envolvendo o fim de vida através da mídia em geral têm ocorrido nos últimos anos, como o *web blog* Morte sem Tabu¹, e facilitado o contato de todos com um tema universal e infalível: a nossa própria finitude.

Sem essa mudança de atitude da sociedade, com uma maior sensibilização para o tema, a mudança dos profissionais de saúde não acontecerá plenamente, pois eles são reflexo do comportamento da própria sociedade. Quando essa percepção de um fim de vida com dignidade ocorre, paciente e familiares se sentem acolhidos e a equipe sente a possibilidade de realizar um trabalho com valor e dignidade.

O famoso médico norte-americano Hunter Doherty, conhecido internacionalmente como Patch Adams, que atua por uma medicina voltada a um relacionamento amplo e verdadeiro, diz, no filme que retrata seu trabalho: “se tratarmos apenas a doença podemos ganhar ou perder, mas quando tratamos a pessoa por completo, eu garanto, a vitória é certa, não importa o resultado final” (49). ↻

¹ Cf.: <http://mortesemtabu.blogfolha.uol.com.br>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yancik R, Ries LA. Cancer in older persons: an international issue in an aging world. *Semin Oncol*. 2004;31(2):128-36.
2. IBGE. Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira Rio de Janeiro; 2013 [Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2013/SIS_2013.pdf].
3. Guralnik JM, Kaplan GA. Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County study. *Am J Public Health*. 1989;79(6):703-8.
4. MJ Kc. Autonomia e o direito de morrer com dignidade. *Bioética*. 1998;6(1):61-9.
5. P As. História da morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2012.
6. Ristagno G WM. History of critical care Medicine: the past, the present and the future 2009 [Available from: <https://www.sccm.org/SiteCollectionDocuments/About-Past-Presidents-Weil-1973.pdf>].
7. Murphy P, Kreling B, Kathryn E, Stevens M, Lynn J, Dulac J. Description of the SUPPORT intervention. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48(5 Suppl):S154-61.
8. Luce JM, White DB. A history of ethics and law in the intensive care unit. *Crit Care Clin*. 2009;25(1):221-37, x.
9. R S-Bs. A ressurreição de Frankenstein: uma metáfora das unidades de terapia intensiva contemporâneas. In: UFRJ, editor. *Bioética: riscos e proteção*; 2005. p. 148-63.
10. Morache. Naissance et mort, 1904. Oliveira, editor. Paris; 2003.
11. NABARRO SW. Morte: Dilemas Éticos do Morrer Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná. 2006;23(92):196.
12. Collucci C. Pessoas têm mais medo de prejudicar família do que de morrer, diz pesquisa. *Folha de São Paulo*; 2016.
13. Wikipedia. Distanásia [disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Distanásia>].
14. BATISTA RS, FR. A Filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: intersecções no campo da Saúde Pública. *Arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná*. out/dez. 2006;23(92):195.
15. Gabriel KCA. *Distanasia*. Ribeirão Preto: Centro Universitário Moura Lacerda; 2016.
16. Parsons RTdCeHA. Aspectos éticos sobre a terminalidade da vida no Brasil. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 22012. p. 411.
17. PESSINI L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. *Prática Hospitalar*. 2005;41:107-12.
18. Clark D, Foley KM. Dame Cicely Saunders. *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc*. 2003;66(3):8-10.

19. Organization WH. Definition of Palliative Care 2002 [Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>].
20. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24(2):91-6.
21. Bruera E, Sweeney C. Palliative care models: international perspective. *J Palliat Med*. 2002;5(2):319-27.
22. Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM, Hood K, Edwards AG, Cook A, et al. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *J Pain Symptom Manage*. 2003;25(2):150-68.
23. (CREMESP) CRDMDEDSP. Medicina Paliativa é oficializada como área de atuação São Paulo 2010 [Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1369>].
24. Strasser F, Sweeney C, Willey J, Benisch-Tolley S, Palmer JL, Bruera E. Impact of a half-day multidisciplinary symptom control and palliative care outpatient clinic in a comprehensive cancer center on recommendations, symptom intensity, and patient satisfaction: a retrospective descriptive study. *J Pain Symptom Manage*. 2004;27(6):481-91.
25. Hui D, Bruera E. Models of integration of oncology and palliative care. *Ann Palliat Med*. 2015;4(3):89-98.
26. Brum E. Vivendo a morte. *Revista Época*; 2008.
27. S R. Contribuições da bioética para a saúde pública. *Cad Saúde Pública*. 2007;2(11):530.
28. SARLET IW. Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2006.
29. LEI Nº 10.241 - Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado; 1999.
30. Online F. Governador Mário Covas morre aos 70 anos, no Incor. *Folha de São Paulo*; 2001.
31. Fuchs VR. The growing demand for medical care. *N Engl J Med*. 1968;279(4):190-5.
32. Dadalto L. *Testamento Vital*; 2014
33. Brown BA. The history of advance directives. A literature review. *J Gerontol Nurs*. 2003;29(9):4-14.
34. Medicina CFd. Resolução CFM Nº 1.805/2006. Brasília; 2006. p. 169.
35. Simon-Lorda P, Tamayo-Velazquez MI, Barrio-Cantalejo IM. Advance directives in Spain. Perspectives from a medical bioethicist approach. *Bioethics*. 2008;22(6):346-54.
36. Piccini CF. *Testamento Vital na perspectiva de médicos, advogados e estudantes*. *Revista Bioethikos*. 2011;5(4):384-91.
37. Medicina CFd. Dispõe sobre as direvas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília; 2012 [Available from: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf].
38. Schiff R, Sacares P, Snook J, Rajkumar C, Bulpitt CJ. Living wills and the Mental Capacity Act: a postal questionnaire survey of UK geriatricians. *Age Ageing*; 2006;35(2):116-21.

39. Terra. Cinco anos após regulamentação, cresce 700% o número de testamentos vitais lavrados no Brasil. São Paulo; 2017 [Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/dino/cinco-anos-apos-regulamentacao-cresce-700-o-numero-de-testamentos-vitais-lavrados-no-brasil,71524d8417e894b2d9b2fb76b15e002ex9pzqmsa.html>].
40. Foundation IMD. What is shared decision making? 2014 [Available from: <http://www.healthwise.org/>].
41. Frosch DL, Kaplan RM. Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. *Am J Prev Med.* 1999;17(4):285-94.
42. Allen LA, Stevenson LW, Grady KL, Goldstein NE, Matlock DD, Arnold RM, et al. Decision making in advanced heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2012;125(15):1928-52.
43. Kon AA, Davidson JE, Morrison W, Danis M, White DB, American College of Critical Care M, et al. Shared Decision Making in ICUs: An American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society Policy Statement. *Crit Care Med.* 2016;44(1):188-201.
44. Maria Inês Nunes MrFdA. Diretivas antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites. *Revista Bioética.* 2014;22(2):241-51.
45. K. M. Los documentos de voluntades anticipadas. *Anales Sis San Navarra.* 2007;30(3):87-102.
46. Grace Kelly Paranhos SR. Limitação do suporte de vida pediátrico: argumentações ética. *Rev bioética.* 2014;22(3):519-28.
47. Bermejo JC BR. Testamento vital: diálogo sobre la vida, la muerte y la libertad. Editorial P, editor. Madrid; 2011.
48. MORAES SAFdK, Maisa Carla. Avaliação dos conhecimentos dos acadêmicos do curso de Medicina sobre os cuidados paliativos em pacientes terminais. *Einstein.* 2010;8(2):62-7.
49. IMDB. Patch Adams: O Amor é Contagioso; 1998 [Disponível em: <http://www.imdb.com/title/tt0129290/quotes>].



Ecos do envelhecimento na mídia - espaços da memória

[Artigo 2, páginas de 28 a 41]

Trabalho apresentado
como pôster no 9º
Congresso Paulista de
Geriatria e Gerontologia,
no período de 19 a 21
de novembro de 2015,
na cidade de São Paulo.
In: Anais..., p. 349.
Disponível em: <<http://www.sbgg-sp.com.br/pro/wp-content/uploads/2015/12/Anais-GERP-2015.pdf>>.





Vera Brandão

*Pedagoga formada pela USP; mestre e Doutora em Ciências Sociais (Antropologia) pela PUC-SP; pós-doutorada em Gerontologia Social; pesquisadora do Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento (NEPE; certificado pelo CNPq) pela PUC-SP; coeditora da Revista Portal de Divulgação www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/
veratoridinobrandao@hotmail.com*

Beltrina Côrte

*Jornalista, doutorada e pós-doutorada em Ciências da Comunicação pela USP; docente do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da PUC-SP; coordenadora do grupo de pesquisa certificado pelo CNPq: Longevidade, Envelhecimento e Comunicação; integrante da Rede Iberoamericana de Psicogerontologia (Redip); editora de conteúdo do Portal do Envelhecimento.
beltrina@pucsp.br*



RESUMO

Nesse artigo, discorremos acerca de nosso projeto pós-doutoral em Gerontologia Social¹, considerando o meio virtual como um espaço democrático de comunicação e educação continuada por meio da palavra mediadora e geradora de novos sentidos. Dessa forma, nos debruçamos sobre a popularização do campo gerontológico do *site* Portal do Envelhecimento, realizando pesquisa e análise documental do acervo, com recorte nos temas de envelhecimento e memória social, no período de 2000-2014. Nossos objetivos consistiram em: identificar o espaço de voz concedido aos idosos e profissionais da área gerontológica; aferir a relevância dos documentos, como informação e material didático, para a educação continuada e a formação em gerontologia social, a partir das experiências dos velhos cidadãos; analisar criticamente a produção. O acervo que analisamos compõe-se por 54 matérias cujos temas – memória social autobiográfica e narrativa de si –, são apresentados em forma de artigos, reflexões, resenhas, relatos de experiência, reportagens; um fórum temático de cunho autoral; 40 sessões de conversas registradas na sessão A Voz do Idoso; e 13 colaborações variadas.

Palavras-chave: Educação Continuada, Memória Social, Mídia.

ABSTRACT

Echoes of Aging in the Media – Memory Spaces

In this paper, we explore our postdoctoral project in Social Gerontology. We consider the virtual environment as a space of democratic communication and continuing education, reckoning the word as a mediator and as a generator of new meanings. Focusing on the popularization of the gerontological section of the Portal do Envelhecimento site, we conducted a documentary research and a documentary analysis of the available material regarding aging and social memory produced between 2000 and 2014. Our objectives were: to identify the voice space granted to the elders and to the professionals in the gerontological area; to assess the relevance of the available material as a source of information and didactic material for continuing education and training in social gerontology, after old citizens' experiences; to critically analyze the available documents. The analyzed collection is composed of 54 items whose subjects – autobiographical social memory and narrative of oneself – are presented in the form of articles, reflections, reviews, and experience and news reports: a thematic forum of authorial nature; 40 modules of conversations recorded in The Voice of the Elderly section; and 13 varied collaborations.*

Keywords: Continuing Education, Social Memory, Media.

¹ Estágio Pós Doutoral realizado no Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), no período de 2014 a 2015, com o tema: Longevidade, Educação Continuada e Mídias, sob a supervisão da Dra. Beltrina Côrte e com o apoio da Capes.

LONGEVIDADE, EDUCAÇÃO CONTINUADA E MÍDIAS

Este texto reflete sobre a possibilidade de educação continuada na área do envelhecimento, tendo como ponto de apoio o projeto em mídia aberta, Portal do Envelhecimento, cujo tema é a memória social autobiográfica e a narrativa se si.

Implantado em 2004, o espaço midiático Portal do Envelhecimento representa um meio de comunicação democrático, cujo objetivo é a construção de uma rede de solidariedade entre diferentes segmentos sociais, além de pensar nova concepção sobre a velhice em sua complexidade e múltiplas dimensões.

No ano de 2005, o Portal do Envelhecimento foi considerado como um Programa Exemplar na 7ª Edição Talentos da Maturidade, promovida pelo Banco Real, reconhecimento que deu importante impulso nesse início de trajetória.

Em agosto 2010, como parte de sua natural expansão, implantou-se a Revista Portal de Divulgação, cujos artigos relacionados à velhice, envelhecimento e longevidade humana, são abordados com rigor, simplicidade e acessíveis ao leitor não especialista. A partir da edição de nº 39, publicada em 2013, a Revista, mensal até então, passou a ser atualizada trimestralmente.

Em 2014, após significativas mudanças, o Portal do Envelhecimento tornou-se uma empresa de negócio social, seguindo a mesma missão desde sua implantação: transferir informações qualificadas sobre a velhice e o envelhecimento possibilitando o acesso democrático ao conhecimento dessa instigante fase da vida por meio de conteúdos com credibilidade.

Nessa perspectiva, o Portal oferece acesso livre e imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de disponibilizar gratuitamente o conhecimento sobre o envelhecimento ao público amplo, proporcionando, além de sua maior democratização, a consolidação da cultura da longevidade.

Em agosto de 2015, surge o Portal Edições, resultado de anos de história do website Portal do Envelhecimento, que vem sensibilizando a sociedade sobre a longevidade no país, na perspectiva do ser que envelhece – filosofia e atitude cujo pressuposto é a contínua construção da Cultura da Longevidade – com a transferência de informações qualificadas sobre a velhice e o envelhecimento, possibilitando o acesso democrático ao conhecimento. Missão social que tem norteado a produção de conteúdos de credibilidade, tornando-se hoje referência sobre o longeviver no país.²

2 Disponível em:
<<http://edicoes.portaldoenvelhecimento.com/index.php/home/quem-somos>>. Acesso em: 30 maio 2015.

A linha editorial do Portal do Envelhecimento adota os conceitos da Gerontologia Social, cuja perspectiva consiste em mostrar que a vida está acima da doença; que num corpo doente habita um sujeito; um ser que envelhece e não unicamente um ser que adoce. Apoiados em Martín-Barbero (2014, p. 18), consideramos o meio virtual como um espaço democrático de comunicação e educação continuada, pela palavra mediadora e geradora de “novos sentidos que possam reinventar o presente e reconstruir o futuro”.

A reinvenção do presente e a reconstrução do futuro compõem o eixo principal desse desafio no panorama da crescente longevidade humana. Contexto no qual consideramos a comunicação virtual como meio de informação, formação e espaço para a palavra dos idosos e profissionais da área. Notamos ser grande o desconhecimento a respeito do processo de envelhecimento e longevidade, mesmo que hoje seja tema da grande mídia.

Nela surgem questões eivadas, muitas vezes, de prejulgamentos e estigmas, o que em nada colabora para que esse período da vida, parte do ciclo vital, seja compreendido em suas reais dimensões. Seria ambicioso pensar esse espaço virtual como campo de possibilidade para o diálogo social amplo e transformador? Voltamos a Martín-Barbero (2014, p. 33) que afirma:

Dialogar é arriscar uma palavra ao encontro não de uma ressonância, de um eco de si mesma, mas sim de outra palavra, da resposta de um outro [...] é descobrir na trama de nosso próprio ser a presença dos laços sociais que nos sustentam. É lançar as bases para uma posse coletiva, comunitária, do mundo.

Os muitos leitores do *site* atestam que essa não é uma ambição qualquer e indicam a necessidade e pertinência do espaço de cidadania e solidariedade, proposta do Portal do Envelhecimento em seus 16 anos online, o qual, nos últimos seis anos, é acompanhado pela Revista Portal de Divulgação.



A reinvenção do presente e a reconstrução do futuro compõem o eixo principal desse desafio no panorama da crescente longevidade humana.



O universo que nos propusemos investigar tem um acervo de documentos nunca analisados em seu conjunto, compondo-se de artigos, reportagens, entrevistas, entre outros, nos temas envelhecimento e memória social.

O foco do *Portal* é o eixo envelhecimento e longevidade em suas diferentes perspectivas, colocando em prática um projeto de educação continuada – por meio da informação e formação ampla e interdisciplinar na construção de saberes, múltiplos e articulados –, fundamental ante a complexidade do longeviver.

O *Portal*, atualizado semanalmente, divulga informações variadas envolvendo as muitas faces do envelhecimento. Essas informações migram, gradualmente, para o acervo dividido e disponível em categorias, dentre as quais destacaremos para nossa análise a de Memórias, que tem 67 matérias temáticas, além de 40 sessões de conversa denominadas a Voz do Idoso.

CAMINHOS DA PESQUISA

Os caminhos da pesquisa são sempre desafiadores, pois mesmo com escolha acurada da metodologia seu processo não ocorre sem sobresaltos, hesitações e ajustes necessários. Consideramos como premissas do trabalho científico o interesse e o envolvimento profundos do pesquisador com o tema; a referência bibliográfica adequada aliada à disposição para novas leituras; o “espírito” aberto para perceber insuspeitadas possibilidades e, especialmente, para confrontar as muitas dificuldades que se apresentam.

O universo que nos propusemos investigar tem um acervo de documentos nunca analisados em seu conjunto, compondo-se de artigos, reportagens, entrevistas, entre outros, nos temas envelhecimento e memória social, o que motivou nossa escolha pelo método de pesquisa e análise documental por meio de levantamento de dados, organização e análise.

Segundo Appolinário (2009, p. 67) podem ser considerados como documentos “qualquer suporte que contenha informação registrada, formando uma unidade, que possa servir para consulta, estudo ou prova. Incluem-se nesse universo os impressos, os manuscritos, os registros audiovisuais e sonoros, as imagens, entre outros”.

A pesquisa documental tem se mostrado instrumento rico em possibilidades, pois resgata informações tanto quantitativas quanto qualitativas, na medida em que dela emerge também o contexto social no qual estão registrados os dados (MAY, 2004). Nessa perspectiva, consideramos relevante a análise do acervo em meio digital, ou seja, em forma de Portal de notícias na área do envelhecimento, cuja abordagem interdisciplinar ressalta sua regularidade no período 2004-2014.

Reafirmando a relevância de nosso estudo sobre o Portal, nos apoiamos em Garrido e Rodrigues (2010, s/p) segundo os quais, “um portal é uma página específica na Internet que serve como ponto de acesso direto a outros conjuntos de serviços e informações, contendo subdivisões específicas sobre determinado tema ou área do conhecimento”.

Nosso trabalho de pesquisa teve início com uma revisita ao acervo do Portal do Envelhecimento, seguindo pela escolha do tema memória social e pela opção metodológica da análise documental. Nosso destaque para o tema memória social deveu-se ao fato de encontramos pouco material nas publicações na área da gerontologia, sendo a prevalência na área geriátrica e normalmente associadas às questões de deterioração e perdas.

Verificamos, de modo amplo, que se trata de um assunto de baixo impacto nas publicações acadêmicas. Entretanto, o consideramos relevante por seu potencial de compreensão da complexidade do envelhecimento, especialmente na voz dos próprios cidadãos idosos. Assim nos propusemos a desvelar não só o que se fala sobre os velhos e a velhice, mas o que esses cidadãos têm a dizer a respeito de suas experiências únicas do processo de longeviver, pois, muitas vezes, a teoria não reflete a realidade, a complexidade e os desafios desse processo.

ESPAÇOS DA MEMÓRIA – ECOS DO ENVELHECIMENTO NA MÍDIA

A Memória Autobiográfica tem sido nos últimos anos o tema sobre o qual temos nos detido, no estudo, na pesquisa, na prática. Os resultados obtidos, nos trabalhos com idosos e profissionais, demonstram que ela é restauradora, porque traz à tona muitas das potencialidades que ficaram adormecidas, junto com partes de própria história. É potencialmente adequada para a manutenção de um envelhecimento ativo e participativo, e na sensibilização dos profissionais para as questões subjetivas que envolvem a todos no cotidiano. Em todos os grupos, promove a parceria, a cooperação e a solidariedade no compartilhar desta viagem comum, o tempo de vida (BRANDÃO, 2005).³

3 Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/pforum/memoria1.htm>>. Acesso em: 30 maio 2015.

Essa epígrafe contextualiza nosso foco na memória social autobiográfica, como base teórica na formação continuada que se expressa em artigos, relatos de experiências, reportagens e entrevistas, com destaque para 40 conversas sobre o tema contidos em a Voz do Idoso.

E aqui os indagamos: É possível estabelecer esse espaço de trocas entre eu e outros por meio virtual através do Portal do Envelhecimento? Qual a força da palavra dita e expressa pelos símbolos linguísticos que “traduzem” pensamentos e emoções? Essas são questões que surgem e persistem ao longo da análise do acervo porque são o desejo/objetivo que guia a constituição daquele portal de notícias temáticas.

No período analisado (2004-2014), encontramos 54 matérias no tema memória social, autobiográfica e narrativa – no formato de artigos, reflexões, resenhas, relatos de experiências, reportagens, fórum temático, 40 sessões de conversas registradas na sessão A Voz do Idoso (2004-2007) e 13 colaborações variadas.

Como passo inicial, buscamos entender, apoiados em Halbwachs (2006), as diferenças entre memória social, memória coletiva e memória histórica. Esses termos, usados, muitas vezes como sinônimos, guardam sutis diferenças. Para mapear esse emaranhado de conceitos partimos da memória cognitiva que, consolidada, é passível de recuperação, conjunto de experiências trazidas pelos cinco sentidos por meio dos quais construímos a memória individual – acervo de lembranças pessoais de fatos vividos, arquivados como memória de longa duração.

Esse acervo único constitui-se do vivido que, mesmo como experiência única, tem como referência diferentes grupos de pertencimento – a comunidade afetiva – universo de partilha de experiências que, ampliadas socialmente, podem ser denominadas de memória coletiva.

Mesmo coletiva essa memória não é uniforme, pois nem todos lembram do fato partilhado da mesma maneira. Conforme salienta Halbwachs, a memória individual é um olhar único sobre a memória coletiva – tantas versões de uma mesma experiência. Então, a memória coletiva seria composta de muitos diferentes e subjetivos olhares sistematizados em linhas de força – aquilo que, pela repetição, mostra certa coerência e identificação – e se constitui numa narrativa que pode ser atualizada a cada momento em que é recontada.

Não é uma nova história, ou uma falsificação do já narrado, mas é aquela possível no contexto social no qual se inscreve o sujeito da palavra. Reconstruímos, assim, o passado a partir dos quadros sociais do presente, por meio das lembranças conscientes, em tempo e lugar socialmente referidos, quadro a qual denominamos de memória social.



O olhar único sobre os fatos acontecidos, somado a todos os olhares focados no mesmo acontecimento vivido em grupo, é catalogado, organizado e preservado no tempo – a memória histórica.

O olhar único sobre os fatos acontecidos, somado a todos os olhares focados no mesmo acontecimento vivido em grupo, é catalogado, organizado e preservado no tempo – a memória histórica. Essas divisões das “memórias” podem servir de guia para estudos, mas não explicam ou esgotam totalmente suas inúmeras possibilidades de articulação, indicando a complexidade nas tentativas de sua compreensão e organização de sentidos.

A partir dessas premissas, mesmo considerando as dificuldades inerentes aos temas envelhecimento e memória social, acreditamos que a pesquisa e análise documental, consideradas nesse trabalho como etapas sucessivas, possam gerar novos saberes, conhecimentos, formas de compreender e avançar na integração dos idosos nos diferentes espaços sociais de interlocução, nos quais se destacam hoje os meios midiáticos (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

ENVELHECIMENTO E MEMÓRIA SOCIAL – ANÁLISE DOCUMENTAL

Iniciamos a análise documental seguindo a cronologia de publicação, que poderá indicar os caminhos do tema no Portal do Envelhecimento bem como a periodicidade, as abordagens e as perspectivas.

No período inicial, entre agosto de 2004 a março de 2005, encontramos um conjunto de sete artigos, resultado de trabalho de formação de profissionais da Secretaria da Saúde da Prefeitura de São Paulo, que atuaram no projeto Memória Viva, Cidadania Ativa, comemorativo dos 450 anos da cidade.

Também apresentamos a fundamentação teórica da formação – seus desafios, conquistas e os relatos que resgataram a memória dos seis bairros mais antigos da cidade: Sé, Pinheiros, Barra Funda, Santo Amaro, Lapa e Mooca, por meio das narrativas autobiográficas de seus moradores idosos.⁴

Nesse acervo, podemos constatar o valor da formação profissional nos temas e a força das narrativas, no resgate da história e formação

4 Trabalho realizado em parceria entre o Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento (NEPE) do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da PUC/SP e a Secretaria da Saúde do Município de São Paulo.

dos bairros entremeadas com o vivido, feitas com comprometimento e emoção e clara articulação entre as memórias individuais, coletivas e históricas no quadro social de uma época. A publicação das narrativas trouxe a demanda, por parte de muitos leitores, de contatos com os narradores, pois muitos os conheciam por terem morado na mesma rua, estudado na mesma escola, entre outras vivências comuns.

É fundamental salientarmos que, no período de 2004 a 2007, foi implantado o espaço A Voz do idoso, com o objetivo de ouvir a voz interna do ser que envelhece, mediado por nossa colaboradora Marisa Ferriancic, que realizou no período mais de 40 sessões de conversas sem roteiro predeterminado, as quais, como acontece com as boas conversas, fluíam de acordo com o encadeamento natural dos assuntos e a disponibilidade do narrador.

Em trabalho cuidadoso e incansável, Marisa esteve em diferentes cidades, nas quais colheu relatos ricos em ensinamentos que possibilitam enxergar a velhice sob o olhar daqueles que estão nessa etapa da vida, os quais, mesmo convivendo com algumas dificuldades, nos apontam uma perspectiva mais integrada e otimista para um futuro longo.

Destacamos, entre outros, o Fórum temático Memória Autobiográfica – Desafios e Perspectivas, comemorativo do primeiro aniversário do Portal do Envelhecimento (agosto 2005) que teve a participação de quatro experientes profissionais: Leticia Mansur (fonoaudióloga); Sergio Vilas Boas (jornalista); Patrícia Cabral (psicóloga); Delia Goldfarb (psicanalista).

Com mediação de Vera Brandão (antropóloga), observamos a diversidade de abordagens, indicadoras do caráter interdisciplinar dos estudos de envelhecimento e memória social, e a interlocução, via Portal, entre os leitores e os pesquisadores.

No ano de 2005 também encontramos registros de três eventos científicos, com a participação de integrantes do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, no tema memória social autobiográfica: VII Semana de Gerontologia da PUC-SP – Memórias e temporalidades; 18º Congresso Internacional de Gerontologia (RJ), no simpósio, Identidades da Velhice nas Interfaces Comunicativas; Do oral ao virtual: a palavra do velho; e a mesa apresentada no I Congresso Iberoamericano de Psicogerontologia (AR): *Memória Autobiográfica y Construcción Coletiva*; além de mais quatro registros de atividades variadas. Nesses eventos, destacou-se a importância do Portal, seu impacto social e seu potencial transformador.

5 Disponível em: <<http://portaldoenvelhecimento.com/old/memoria/memoria2.htm>>. Acesso em: 30 maio 2015.

Em agosto de 2006, objetivando organizar e arquivar as matérias referentes à área para publicação, foi implantado no Portal o Espaço Memórias,⁵ contando com material pesquisado pela equipe e também enviado pelas redes de colaboradores. Em seus 14 anos, dentre os muitos trabalhos arquivados, há registradas 25 publicações, tais como: artigos, reflexões, relatos de experiência e registros de participação em eventos científicos, em oficinas temáticas e apresentação de resultados de pesquisa.

A partir de 2007, os registros são variados: artigos, reflexões, relatos de experiência, poemas, crônicas, além de reportagens sobre as participações em eventos científicos, verificando-se neste ano 41 registros; em 2008, 46; em 2009, 47; em 2010, 20 – ano em que, por causa de problemas técnicos, perdemos parte do acervo do Portal do Envelhecimento de 2010.

Todavia, o acervo foi recuperado após algum tempo e reinserido com o ano de 2010. E vale salientar que a recuperação do número de artigos acima tornou-se possível graças ao acervo das autoras desse estudo. A partir de então, temos no acervo 64 registros, mas sem a data de sua publicação, o que se torna, a nosso ver, impedimento para uma pesquisa mais acurada e principalmente para a localização de artigos da área, seja por ano ou autor.

A PALAVRA DOS IDOSOS

Na análise dos documentos do acervo examinado constatamos que, entre as muitas publicações, destacam-se aquelas que por diferentes meios – entrevistas, narrativas próprias, ou como parte de pesquisas – trazem as palavras do ser que envelhece, refletindo a perspectiva de cada um: amargura, doçura ou realisticamente, sinalizando um descompasso entre aquilo que teoricamente se afirma sobre a velhice e o que o próprio idoso relata sobre essa fase de sua vida.

Observamos que no espaço aberto às narrativas – no trabalho com idosos, nas pesquisas de campo, na docência – imperam a escuta sensível, a reflexão e as trocas de experiências que promovem uma ressignificação identitária, pessoal e profissional. Demonstrando o que Halbwachs (2006) afirma, ou seja, a construção de uma “comunidade afetiva”, que os meios midiáticos podem fazer ecoar.

Pensando no potencial da comunicação, proposta pela escuta de narrativas e sua divulgação, faremos nesse ponto uma digressão sobre o tema na era digital pensando na população idosa e na possível construção de espaço/comunidade afetiva midiática.

Na atualidade, parece que perdemos o espaço de trocas íntimas, não havendo mais lugar para a escuta sensível e a troca de experiências, pois um mundo novo de contatos virtuais instantâneos estaria separando pessoas próximas fisicamente – família e amigos – em casa ou em diferentes lugares públicos. É comum observarmos em bares e restaurantes cada pessoa com seu celular, em mundos separados, juntando-se apenas na hora dos *selfies*.

Nessa perspectiva, afirma Augé (2008, p. 106):

A relação com os meios de comunicação pode gerar uma forma de passividade, na medida em que expõe cotidianamente os indivíduos ao espetáculo de uma atualidade efêmera; uma forma de solidão, na medida em que os convida à navegação solitária e na qual toda a telecomunicação abstrai a relação com o outro, substituindo com som e imagem o corpo a corpo e o cara a cara; enfim, uma forma de ilusão, na medida em que deixa a critério de cada um a elaboração de pontos de vista, opiniões em geral bastante induzidas, mas percebidas como pessoais.

Esse é um dos lados da história, mas não podemos excluir o outro: os espaços virtuais como meio de integração, trocas, aprendizagens e ‘viagens’ em outros ‘mundos’. Muitos são os exemplos de uso adequado dos meios de comunicação virtuais como, em exemplo recente, os intercâmbios entre jovens e idosos, institucionalizados em diferentes países, que se comunicam em interessante relação de troca de saberes – o estudo de um idioma dominado pelo idoso e em fase de aprendizagem para o jovem.⁶

Há ainda a possibilidade de trocas de notícias e mensagens entre membros da mesma família que habitam em outras cidades, estados, países. Nesse caso, é possível “ver e conversar” com a mesma qualidade e profundidade de um encontro pessoal, quando necessário. Evidentemente que falta o “calor” do abraço, um beijo, um ombro para recostar a cabeça, mas tem sido recompensador, especialmente para os mais velhos, na sociedade de movimento e mudança em que vivemos.⁷

Agora temos o WhatsApp, um tipo de comunicação instantânea de extrema praticidade, pelo qual podemos enviar um lembrete, recado ou foto, ou ouvir a voz de familiares e amigos. Para os idosos, são inúmeras e preciosas essas possibilidades de comunicação e encontro, especialmente aqueles com a família distante e/ou com mobilidade reduzida.

Muitas questões ficam à nossa reflexão: como utilizar de modo equilibrado os meios de comunicação virtuais, que, a nosso ver, deveriam

6 Exemplos no link Tecnologia do Portal do Envelhecimento. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.com/tecnologias?start=18>>. Acesso em 30 maio 2015.

7 Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.com/geracoes/item/2429-skype-neto-e-avó-um-encontro-que-deu-certo>>. Acesso em: 30 maio 2015.

ser complementares ao “corpo a corpo e o cara a cara”? Como sensibilizar e estimular os idosos a se valerem dessas tecnologias para troca de informações variadas e de suas próprias histórias? Qual o papel da família, especialmente a geração mais jovem, nessa nova aprendizagem? Como disponibilizar cada vez mais recursos/cursos voltados aos mais longevos? Como vencer barreiras criadas pelo imaginário social, e apropriadas pelos idosos, de que “quem é velho não tem interesse, não aprende”?

ESPAÇO DE REFLEXÃO

Nossa pesquisa documental indica que a memória social é ainda pouco referenciada no contexto do site. No entanto, na análise destacamos sua relevância por apresentar as palavras dos idosos em diferentes produções, com destaque para as sessões de conversa, das quais surgem ecos de produções de sentidos únicos: uma velhice construída, identificada e enraizada na interface entre memória individual e coletiva.

Consideramos que ouvindo as narrativas do envelhecimento acessíveis em diferentes publicações online, especialmente no Portal do Envelhecimento, poderemos sensibilizar e informar a sociedade como se envelhece sob a perspectiva de quem vive esse processo: na palavra com a força da realidade e da experiência vividas. A divulgação de pesquisas, estudos, informações científicas e modos de cuidar – de si próprio, do outro e da terra que habitamos, é fundamental para a conscientização da sociedade e de cada um de nós como construtores de um espaço de vida para todas as idades, de uma cultura da longevidade. ☺

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APPOLINÁRIO, F. *Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico*. São Paulo: Atlas, 2009.
- AUGÉ, M. Sobremodernidade: do mundo tecnológico de hoje ao desafio essencial do amanhã. In: MORAES, D. (Org). *Sociedade Mídia-tizada*. Rio de Janeiro: Mauad, 2006.
- BRANDÃO, V. *Memória Autobiográfica*. Desafios e Perspectivas. 2005.
Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/pforum/memoria1.htm>>. Acesso em: 30 maio 2015.
- GARRIDO, I. S; RODRIGUES, R. S. Portais de periódicos científicos online: organização institucional das publicações. *Perspect. ciênc. Inf.*, v. 15, n. 2, Belo Horizonte, maio/agosto, 2010.
- HALBAWCHS, M. *A memória coletiva*. São Paulo: Centauro, 2006.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-99362010000200005>. Acesso em: 30 maio 2015.
- MAY, T. *Pesquisa Social: questões, métodos e processos*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- MARTÍN-BARBERO, J. *A Comunicação na educação*. São Paulo: Contexto, 2014.
- SÁ-SILVA, J; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, ano 1, n. 1, p. 1-15, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.rbhcs.com/rbhcs/article/download/6/pdf>>. Acesso em: 30 maio 2015. ISSN: 2175-3423.



Velhice dependente e o serviço de cuidado no domicílio na política de assistência social

[Artigo 3, páginas de 42 a 61]





Janaina Carvalho Barros

*Coordenadora da Pesquisa;
Doutora em Serviço Social pela
Escola de serviço social da UFRJ;
docente adjunto do Departamento
de Serviço Social, da graduação
em Serviço Social e do mestrado
em Política Social da Universidade
Federal de Mato Grosso.*
jan-cars@hotmail.com

Izabel Cristina Dias Lira

*Doutora em Serviço Social
(Serviço social, políticas sociais
e movimentos sociais), pela
PUC-SP; docente Associada 1 do
Departamento de Serviço Social e
do Programa de Pós-Graduação
em Política Social (Mestrado) e
docente na graduação em Serviço
Social e no Mestrado em Política
Social da Universidade Federal de
Mato Grosso.*
icdlira@gmail.com



Artigo 3

Velhice dependente e o serviço de cuidado no domicílio na política de assistência social

RESUMO

Nesse artigo, apresentamos parte da pesquisa "Serviço de proteção social básica no domicílio voltado à pessoa idosa: demandas e respostas da rede socioassistencial em Cuiabá/MT", cujo objetivo consistiu em analisar demandas e respostas do Serviço de Cuidado no Domicílio voltado à pessoa idosa. Nossa pesquisa é de cunho qualitativo e foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. Entre o universo de doze CRAS, tivemos uma amostra de nove deles; e entrevistamos dez assistentes sociais. Os resultados apontam a necessidade de materialização da corresponsabilidade entre família e Estado no cuidado à pessoa idosa, considerando o aumento da demanda de cuidado, paralelo às mudanças nos tradicionais modelos de atenção ao cuidado que respondem com dificuldade às demandas de um segmento cada vez mais envelhecido. E a pesquisa ainda nos revelou que as respostas institucionais voltadas à família estão aquém das necessidades apresentadas.

Palavras-chave: Política de Assistência Social, Envelhecimento, Serviço de Cuidado no Domicílio, Assistente Social.

ABSTRACT

The article presents part of the research Basic Social Protection Service at Home for the Elderly: Demands and Answers from the Socio Assistance Network in Cuiabá/MT, whose aim was to analyze the demands and answers of the Home Care Service for the elderly. A qualitative research with semi-structured interviews was carried out and used a sample of nine in a universe of twelve CRAS. Ten social workers were interviewed. The results indicate the need for materialization of (co)responsibility between Family and State in the elderly's care, taking into account the increased demand for care, parallel to changes in the traditional care models, which respond with difficulty to the demands of an increasingly aging segment. And also, the institutional answers aimed at the family, fall short of the needs presented.

Keywords: Social Assistance Policy, Aging, Homecare Service, Social Worker.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o prolongamento do tempo da velhice e do número de velhos é um fenômeno presente, com projeções para aumentar ainda mais nas próximas décadas, sinalizando pela primeira vez na história do país a redução da população e a alteração da estrutura etária, de país de jovens para super envelhecido. Sendo que no segmento idoso tem chamado atenção o aumento do grupo com mais de 80 anos e o fenômeno da feminização da velhice (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014).

A velhice, que quarenta ou cinquenta anos atrás era um assunto restrito à esfera familiar, ganha visibilidade com a transição demográfica, gerando preocupações que se inter-relacionam, por ser um fenômeno inédito que exige atendimento às diferentes demandas da velhice, diante de condições socioeconômicas desfavoráveis e desproteções que acompanharam a trajetória de vida dos velhos trabalhadores e repercutem na condição da velhice.

Desse modo, a transição demográfica que, por si só, se apresenta de forma heterogênea e complexa, ocorre em um contexto de profundas transformações econômicas, políticas e sociais, decorrentes da crise do capital, de natureza conjuntural e estrutural, que vem processando alterações profundas na ordem mundial, como a financeirização da economia, as transformações no mundo do trabalho e a redefinição do papel do Estado sob a égide neoliberal.

Assim, a concepção de proteção social vislumbrada com a Constituição de 1988, na qual se encontra garantido um sistema de Seguridade Social na perspectiva universalista não se consolida, sendo destituídos os direitos no contexto atual de sociabilidade capitalista, antes mesmo de sua consolidação (NETTO, 2006), frente à realidade imposta pelos ajustes estruturais próprios do neoliberalismo.

Com essas mudanças macroeconômicas e culturais, a família enquanto instituição condicionada histórica e socialmente, sofre implicações no modo de viver e cuidar de seus membros em situação de incapacidade funcional, pela generalização do trabalho feminino, pelas expressivas mudanças nos arranjos familiares e pelo prolongamento do tempo da velhice.

Dentre as demandas do segmento idoso, o cuidado prolongado vem ganhando relevância por se constituir uma necessidade humana, acentuado pelo processo natural do envelhecimento, mas também produzido socialmente pelas condições materiais e objetivas que interferem no processo de envelhecimento e tornam o tempo da velhice para classes subalternas uma sobreposição de demandas passadas e presentes.

Artigo 3

Velhice dependente e o serviço de cuidado no domicílio na política de assistência social

1 Pesquisa aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa, Humanidades da Universidade Federal de Mato Grosso, parecer nº 1.367,038, de 14 de dezembro de 2015.

Desse modo, nesse artigo apresentamos parte da pesquisa intitulada Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio Voltado à Pessoa Idosa: Demandas e Respostas da Rede Socioassistencial em Cuiabá/MT¹, cujo objetivo consistiu em analisar as demandas e respostas do Serviço de Cuidado voltado à pessoa idosa no Domicílio, a partir dos depoimentos dos assistentes sociais inseridos nos Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

Utilizamos pesquisa de cunho qualitativo, com realização de entrevistas semiestruturadas. No universo de doze CRAS, nove fizeram parte da amostra, sendo os CRAS localizados nas quatro regionais, conforme divisão político-administrativa estabelecida pela prefeitura de Cuiabá. Nessas nove unidades, entrevistamos dez assistentes sociais.

A CONDIÇÃO DA VELHICE

No Brasil, o processo de envelhecimento populacional e o aumento da longevidade, assim como no Domicílio em vários outros países, vêm ocorrendo de forma rápida e em franca expansão (VERAS, 2003), em uma estrutura socioeconômica que historicamente não favoreceu o desenvolvimento justo e equânime, em decorrência de severa pobreza, desigualdade social e ineficácia das políticas sociais.

O prolongamento da faixa etária da velhice, na qual se destaca a população feminina, apresenta-se com antigos e novos desafios, na medida em que o processo de envelhecimento é inerente à existência humana. Contudo, a maneira como chegamos e vivenciamos a velhice varia entre as classes sociais, as gerações, o gênero e a etnia (MOTTA, 2000), o que favorece para que a velhice se apresente de forma heterogênea e complexa.

Desse modo, a transição demográfica desvenda as múltiplas faces da velhice, considerando-se a condição “diferenciada e desigual” (TEIXEIRA, 2008), de acesso aos diversos bens e serviços públicos, trajetória profissional, condições de saúde e valor da aposentadoria (PEIXOTO, 2004). Assim, a classificação de ser velho não deve ser pensada apenas pela idade cronológica ou que suas demandas e necessidades sejam oriundas apenas desse estágio do curso da vida, uma vez que a velhice também é influenciada pelas condições estruturais e históricas vivenciadas e vividas (BARROS, 2011).

É importante entendermos que a perda de capacidade funcional está articulada à perda de autonomia para o desempenho das atividades básicas da vida cotidiana. Sendo que esta envolve questões estruturais da sociedade capitalista, como as condições de trabalho e de vida,

que acompanham até hoje a trajetória de vida, cada vez mais precarizada, associada à ausência ou insuficiência de investimento do Estado em políticas sociais, o que contribuiu para que um número significativo chegasse à velhice sobrepondo vulnerabilidades sociais, materiais, relacionais e culturais, as quais favorecem para ampliar a possibilidade de perda de capacidade funcional (CAMARANO, 2006).

Nesse sentido, a pesquisa realizada por Barros (2011) com pessoas idosas das classes subalternas aponta que a perda da capacidade para manter as atividades diárias, necessárias a uma vida independente e autônoma, está associada ao ser velho. E, ainda, tal perda é a situação mais difícil de aceitação, haja vista a incerteza da possibilidade do cuidado familiar e da certeza de que é o corpo autônomo que favorece o acesso aos serviços e equipamentos públicos e à realização de inúmeras atividades no âmbito familiar, nas relações de trabalho e na comunidade.

Projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam para um incremento de aproximadamente 400% na demanda por cuidados de longa duração para a população idosa nos países em desenvolvimento. No Brasil, dados do IBGE (2010), apontam que 16,6% de pessoas com 60 anos ou mais estão vivendo com alguma condição de dependência e com projeções de aumento de 30% a 50% do número de pessoas idosas que dependerá de cuidados prolongados entre 2010 e 2020, dependendo de melhorias (ou não) nas condições de saúde e autonomia poderá crescer (CAMARANO; KANSO, 2010, p. 606).

Outro dado importante refere-se ao percentual de idosos que convive com limitações físicas, conforme dados do IBGE (2010), cujos indicadores selecionados na publicação denominada “Sobre a Condição de Saúde dos Idosos”, demonstram que a taxa de incapacidade funcional é maior entre os idosos com menor renda, variando de 20% a 39%, enquanto a dos idosos com maior renda varia de 6% a 33% (CNAS, 2009).

Os dados acima evidenciam que a demanda por cuidado prolongado vem aumentando de forma expressiva, o que requer a materialização dos direitos sociais de cidadania na abrangência preconizada pelo Estado, considerando que o contexto sócio-histórico do capitalismo atualmente aumenta significativamente a pobreza e a desigualdade social, impactando na estrutura familiar, inviabilizando que a família permaneça como principal cuidador sem a corresponsabilidade do Estado.

Nesse sentido, nos deparamos nas últimas décadas com uma dupla transição: uma no âmbito demográfico e outra no perfil epidemiológico, acompanhada de inúmeros desafios em relação aos cuidados pre-

Sobre a Condição de Saúde dos Idosos, dados do IBGE (2010) demonstram que a taxa de incapacidade funcional é maior entre os idosos com menor renda, variando de

20% a 39%

enquanto a dos idosos com maior renda varia de

6% a 33%



Anteriormente à Constituição de 1988, as pessoas que não tivessem conquistados seus direitos a partir do trabalho assalariado não obtinham os direitos previdenciários e eram consideradas pré-cidadãos (SANTOS, 1987), levando muitas a se tornarem dependentes das famílias, instituições filantrópicas e programas assistenciais.

conizados, seja por parte da família, da sociedade seja do Estado. Por sua vez, o envelhecimento populacional ocorre numa conjuntura de redimensionamento dos mecanismos de provisão e regulação social, nos quais o direito, no caso específico do segmento idoso, tem suas demandas ampliadas.

Ao mesmo tempo, o reordenamento do Estado impõe a restrição de direitos sociais e trabalhistas, assim como do financiamento da gestão social, inviabilizando a expansão dos direitos e das políticas sociais, o que provoca desafios às pessoas idosas das classes subalternas, principalmente com perda da capacidade funcional, vindo a ser essas as que mais se ressentem das fragilidades dos serviços públicos, uma vez que no contraponto da materialização dos direitos se deparam com medidas restritivas à efetivação dos mesmos.

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SERVIÇO DE CUIDADO NO DOMICÍLIO À PESSOA IDOSA

A discussão sobre velhice e a conquista de direitos específicos para a pessoa idosa é recente no Brasil. Anteriormente à Constituição de 1988, as pessoas que não tivessem conquistados seus direitos a partir do trabalho assalariado não obtinham os direitos previdenciários e eram consideradas pré-cidadãos (SANTOS, 1987), levando muitas a se tornarem dependentes das famílias, instituições filantrópicas e programas assistenciais.

A conjugação de fatores socioeconômicos, políticos, envelhecimento populacional e o aumento expressivo da expectativa de vida contribuiu para ampla mobilização, no período pré-constituente, de grupos de aposentados e de organizações de idosos. Em conjunto com representantes de partidos políticos, profissionais comprometidos com a problemática da velhice e lideranças da sociedade civil, que

conseguiram assegurar e ampliar seus direitos sociais na Constituição de 1988, quando nesta tem-se inscrita a Seguridade Social, como proteção social de responsabilidade prioritária do Estado (GOLDMAN; PAZ, 2005).

A Constituição Federal de 1988 pela primeira vez contempla na Seguridade Social a possibilidade de mudança em relação à concepção da Política de Assistência Social, baseada em um novo modelo de gestão pública instaurado sob o princípio da cidadania, estabelecendo como parâmetro a organização, a descentralização político-administrativa e a participação da população, por meio de organizações representativas e controle social e responsabilidade dos diferentes níveis de governo.

O direito à assistência social na Seguridade Social assume uma função estratégica de ampliação, e não de substituição da proteção social, tendo em vista a estrutura histórica de desigualdade social e de respostas do Estado às demandas das classes subalternas.

Como integrante do sistema de proteção social, a Política de Assistência Social tornou o direito de cidadania um objeto de obrigatoriedade e responsabilidade pública, com a regulamentação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS, 1993) e, posteriormente, com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004), ganhando dinâmica e processualidade, a partir da nova lógica do SUAS (NOB/SUAS/2005) e outras normas técnicas.

O SUAS é um sistema de proteção social não contributivo, que define e organiza os elementos essenciais e imprescindíveis à execução da Política de Assistência Social, possibilitando a normatização dos padrões de serviços, qualidade no atendimento, indicadores de avaliação e resultados, via rede de proteção social a partir da gestão descentralizada, participativa e controle social.

A partir dessa nova lógica de organização e desenho das ações, são definidos diferentes níveis de complexidade: a Proteção Social Básica (PSB) e a Proteção Social Especial (PSE) de Média e Alta complexidade. Assim, as proteções social básica e especial passam a ser responsabilidade dos municípios, por meio dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especial de Assistência Social (CREAS) e respectivas organizações não governamentais. Cabe ao primeiro a coordenação e execução de serviços, programas e projetos sociais de atendimento, objetivando prevenir situações de risco (SPOSATI, 2004), por meio do desenvolvimento de potencialidades e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e das interlocuções com as demais instituições que formam a rede assistencial.

Artigo 3

Velhice dependente e o serviço de cuidado no domicílio na política de assistência social

No intuito de tipificar e padronizar nacionalmente os serviços e equipamentos físicos do SUAS, foi aprovada a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução 109/2009), que alterou a forma de organização da assistência social historicamente construída no país, de acordo com a qual os serviços de Proteção Social Básica são: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas; e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, devendo estes ser executados de forma direta nos CRAS e em outras unidades públicas de Assistência ou de forma indireta nas entidades de Assistência Social.

A PSB, por meio de seus serviços socioassistenciais, traz uma perspectiva de inovação no âmbito da política, pois, além de antever o atendimento preventivo da família no espaço do território, aponta para a necessidade de construir ações interdisciplinares, intra e intersetoriais, com o objetivo de “prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários” (BRASIL, 2004, p. 33).

Com relação à PSB, limitaremos nossas considerações ao Serviço de Cuidado no Domicílio, com foco nas pessoas idosas que vivenciam situação de vulnerabilidade social pela fragilização de vínculos familiares e sociais e/ou pela ausência de acesso e possibilidade de inserção, habilitação social e comunitária.

O Serviço de Cuidado no Domicílio visa contribuir:

[...] com a promoção do acesso de pessoas idosas e deficientes a toda a rede socioassistencial, bem como aos serviços de outras políticas públicas e programas de desenvolvimento de acessibilidade, serviços setoriais e de defesa de direitos entre outros. O Serviço também deve desenvolver ações extensivas aos familiares de informação, orientação e encaminhamento, com foco na inclusão social, ressaltando o caráter preventivo “ (BRASIL/SDHPR, 2013, p. 56).

O serviço tem como finalidade

"[...] a prevenção de agravos que possam provocar o rompimento de vínculos familiares e sociais dos usuários. Visa à garantia de direitos, o desenvolvimento de mecanismos para a inclusão social, a equiparação de oportunidades e a participação e desenvolvimento da autonomia das pessoas com deficiência e pessoas idosas, a partir de suas necessidades

e potencialidades individuais e sociais, prevenindo situações de risco, a exclusão e o isolamento (RESOLUÇÃO 109/2009, p.16)."

Esse serviço de caráter preventivo e proativo deve ofertar atividades continuadas, com ações de atenção individualizada e personalizada para pessoas idosas, que perderam sua capacidade funcional parcial ou total e aos seus cuidadores, devendo aquele estar articulado com os serviços socioassistenciais desenvolvidos no CRAS, especialmente o PAIF.

No entanto, apesar de o Serviço de Cuidado no Domicílio prever mudanças no âmbito preventivo na vida dos idosos e familiares, no cotidiano dos CRAS a viabilização desse serviço apresenta muitas fragilidades para atender as demandas e necessidades dos usuários. Conforme os dados de nossa pesquisa, o serviço de cuidado ainda necessita avançar na sua implementação, pois até o presente momento as ações desenvolvidas ocorrem quando há encaminhamento da rede socioassistencial, das demais políticas públicas, órgãos de Defesa de Direitos, como Promotoria, Ministério Público, Delegacia da Mulher e do Conselho de Direito do Idoso, e ainda por denúncias de familiares e vizinhos e demandas espontâneas.

Segundo as assistentes sociais entrevistadas, o trabalho preventivo com pessoas idosas independentes funcionalmente ocorre por meio do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, que desenvolve ações com idosos nos CRAS e/ou em bairros pertencentes ao território de abrangência do CRAS, por meio de ações socioeducativas.

Já o Serviço de Cuidado apresenta dificuldades para ser desenvolvido nos CRAS tanto pelo amplo número de bairros que compõe o território quanto pela grande distância entre os equipamentos sociais e as residências dos idosos fragilizados; e, ainda, pelo parco conhecimento das incidências de vulnerabilidades sociais e potencialidades das famílias referenciadas, que deveria ser produzido no diagnóstico socioterritorial e pela Vigilância socioassistencial, além da dificuldade de realizar a busca ativa das famílias. Essas dificuldades foram reiteradamente indicadas pelas assistentes sociais – acompanhar os idosos nos bairros e a participação das famílias nas ações socioeducativas promovidas –, o que compromete a realização do trabalho preventivo.

Outra dificuldade apresentada para realização do serviço de forma sistemática e articulada à rede socioassistencial foi a sobrecarga de tarefas geradas pela ampliação de demandas (da política e dos Órgãos de Defesa de Direito), de atribuições e da ausência de equipe técnica interdisciplinar completa e concursada, prejudicando o atendimento



Constatamos que as profissionais buscam fortalecer e instrumentalizar as famílias quanto aos direitos sociais e encaminham as demandas dos idosos e seus familiares à rede de serviços socioassistenciais, serviços de outras políticas sociais e junto aos órgãos de defesa de direitos.

em qualidade e continuidade. Além disso, a falta de investimento nos equipamentos e a parca estrutura para realização das atividades e também a indisponibilidade de carro permanente, telefone com ligação para celular, computador com internet e recursos materiais para realização das atividades, inviabilizam o trabalho preventivo.

Este conjunto de questões fragiliza o serviço no âmbito dos CRAS, limitando-o muitas vezes a visitas domiciliares e escuta qualificada. No entanto, na maioria das vezes não é elaborado o Plano de Acompanhamento Familiar, que contém intervenções particulares e ações a serem desenvolvidas, pois já ocorreu a exclusão e a violação dos direitos e a pessoa idosa se encontra em situação de risco pessoal e social. Os casos são então encaminhados para os CREAS, onde chamam atenção tanto pelo volume de demanda por serviço no domicílio quanto pela complexidade dos casos.

O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO SERVIÇO DE CUIDADO

Constatamos que a atuação dos profissionais no Serviço está vinculada aos instrumentos exigidos pela política – cadastramento diagnóstico situacional das famílias, conhecimento dos laços afetivos e encaminhamento ou acompanhamento da família –, mas sem elaborar um plano de trabalho com elas, em que estejam claras as estratégias e os instrumentos e técnicas que vão utilizar junto às famílias.

O processo de conhecimento da realidade socioeconômica dos idosos e suas famílias no serviço, articulado à identificação das medições macrossociais que constituem o contexto no qual estão inseridos, é essencial para que as assistentes sociais possam compreender as possibilidades e perspectivas de intervenção, no sentido de assegurar os direitos de cidadania aos idosos no SUAS, com as ações previstas na PNI e no Estatuto do Idoso.

Constatamos que as profissionais buscam fortalecer e instrumentalizar as famílias quanto aos direitos sociais e encaminham as demandas dos idosos e seus familiares à rede de serviços socioassistenciais, serviços

de outras políticas sociais e junto aos órgãos de defesa de direitos. Dessa forma, cabe aos assistentes sociais a capacidade de análise e de mediação para problematizar as condições de vida dos usuários e as demandas individuais, assim como para explicitar suas conexões com as demandas coletivas e indicar as respostas das políticas sociais.

Todavia, diante da fragilidade do Serviço de Cuidado no Domicílio e dos demais serviços socioassistenciais, a família vem sendo sobrecarregada de responsabilidades pelo cuidado integral, o que gera conflitos familiares diante da falta de apoio de seus membros no cuidado. Essa realidade leva muitos familiares a recorrerem ao Conselho de Direito do Idoso, ao Ministério Público e à Procuradoria, para solicitar acesso a serviços de internação em Instituições de Longa Permanência (ILPs), por motivos que variam e se sobrepõem: incapacidade de assumir a assistência dos pais por questões financeiras; falta de tempo por trabalharem fora de casa, em período integral, e não conseguirem conciliar as duas responsabilidades; escolarização; cuidado de crianças e adolescentes; e ainda a estrutura habitacional que, em geral, exige adaptações; a ausência de infraestrutura nos bairros que inviabiliza a mínima circulação do idoso em cadeira de roda; e os próprios limites materiais de subsistência.

No entanto, o fato de as famílias buscarem apoio nas diversas instituições não significa que o pedido de acesso aos demais serviços a que têm direito ou institucionalização será garantido, mesmo as famílias comprovando que não conseguem prover a manutenção da pessoa idosa pela “carência material” associada à impossibilidade de realização do cuidado no domicílio.

Segundo as Assistentes Sociais, em caso de reconhecimento da necessidade de institucionalização, as famílias enfrentam o desafio de encontrar uma vaga nas poucas Instituições de Longa permanência (ILPs), filantrópicas e privadas, conveniadas ao município, na medida em que essas possuem seus próprios critérios relativos à renda e condição de saúde. Com relação à saúde, tem sido cada vez mais difícil a internação nas ILPs de pessoas idosas totalmente dependentes, sob a alegação de que o convênio firmado com o município não cobre os custos do atendimento do idoso dependente.

Em razão dos problemas apontados, os cuidadores familiares, geralmente esposas ou filhas, apresentam conjuntamente desgaste físico, emocional e financeiro, na medida em que são sobrecarregadas na cobertura das necessidades das pessoas idosas dependentes somada ao trabalho doméstico. Outras famílias, devido a limitações do cuidador e

Artigo 3

Velhice dependente e o serviço de cuidado no domicílio na política de assistência social

a permanência e/ou inserção no mercado de trabalho, mantêm o idoso em domicílio sem os cuidados apropriados.

As profissionais entrevistadas afirmaram que muitas famílias dependem da renda da pessoa idosa, pois, por terem de abandonar o trabalho e/ou limitá-lo a atividades informais, têm a redução da renda familiar, com o agravante de que os medicamentos de alto custo não vêm sendo disponibilizados na frequência demandada pelos idosos.

Ao relacionarmos as demandas e necessidades de cuidado das pessoas idosas com as dificuldades enfrentadas pelos seus descendentes, verificamos mais uma vez que as famílias sozinhas não têm condições de atender a gestão dos cuidados requeridos pelas pessoas idosas que perderam a sua capacidade funcional, e outros tantos que são de responsabilidade do poder público sem a corresponsabilidade do Estado, haja vista a necessidade de conciliar trabalho e cuidado, diante da situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza e da fragilização dos vínculos relacional e afetivo. É preciso que o cuidador familiar tenha orientação e que sejam afiançadas condições que garantam a presença permanente, como capacitação, renda, transporte e apoio físico e psicológico.

A CENTRALIDADE DA FAMÍLIA NO SERVIÇO DE CUIDADO

Pereira (2002) e Mito (2006) consideram que a efetivação dos serviços sociais adequados e suficientes às demandas, associado à interlocução intra e intersetorial das políticas sociais, assim como o apoio das famílias, são imprescindíveis à garantia da solidariedade intergeracional, demonstrando a necessidade de problematizar a contraditória parceria entre Estado e família, sem idealizações como se apresenta na operacionalização das políticas, haja vista que as relações familiares são marcadas por necessidades, trocas e conflitos.

Segundo Mito et al. (2007), a centralidade da família como principal protagonista e responsável pelo processo de cuidado e proteção de seus membros caracteriza um regime de cuidado do tipo familista. Essa perspectiva desconsidera as determinações sócio históricas e econômicas que influenciam nas condições e na organização das famílias, dando ênfase a sua capacidade “natural” de cuidadora e protetora; ao mesmo tempo em que limita a atuação do Estado a apenas a prestação de auxílio àquelas famílias que falham no exercício de proteção social, sendo que a interferência pública deve ocorrer de maneira transitória.

Para a autora, a tendência familista se sobrepõe à tendência protetiva também presente na Política de Assistência Social, tanto no pensar a família a partir da renda per capita familiar como critério para alcance da proteção social quanto nos valores conservadores, moralizantes

e idealistas, por meio da transferência de responsabilidades, culpabilização e judicialização da família (MIOTO, 2014), quando estas não possuem as condições necessárias para arcar com os custos do cuidado e, ao mesmo tempo, enfrentar as contingências desencadeadas pela maximização da acumulação capitalista.

Constatamos que se atribui naturalmente às famílias em situação de vulnerabilidade a responsabilidade pelos cuidados de seus membros idosos, mesmo estas enfrentando dificuldades que repercutem sobre a reprodução da solidariedade intrafamiliar, na medida em que os descendentes estão expostos a desemprego, subemprego, empregos temporários e, conseqüentemente, a ausência de cobertura do sistema de proteção social.

Além disso, a política de proteção social não vem considerando as mudanças sociais, como a ampliação das demandas, necessidades e exigências do núcleo familiar, frente ao acirramento das condições de vida; dos processos de empobrecimento e desterritorialização dos familiares que estão cada vez mais com menos recursos para atender as complexas demandas e necessidades de seus membros, por vários aspectos, como redução da natalidade, nupcialidade, inserção da mulher no mercado de trabalho (CAMARANO, 2015).

Tal realidade colabora para que muitas pessoas idosas tenham de conviver em ambientes desfavoráveis, onde ocorrem conflitos familiares, de violência física e/ou psicológica de filhos, netos, que, por serem dependentes de drogas ilícitas, coagem e subtraem recursos econômicos dos idosos. Ou seja, em meio a relações marcadas pela inexistência de laços afetivos, pelo abandono ou pelas violências cometidas por genitores (BARROS, 2011), nas quais não se ouve a opinião das pessoas idosas sobre onde e como querem vivenciar a velhice.

Apesar das reiteradas garantias de proteção social baseadas na noção de cidadania, prevenção e proteção às pessoas idosas e famílias, os serviços existentes no âmbito preventivo nos territórios, no campo da saúde e assistência social, mesmo atendendo basicamente os mesmos usuários, não elaboram o planejamento intersetorial das ações, assim como não há a interlocução dos programas, projetos e serviços no âmbito da territorialidade, constituindo desafios à construção de estratégias que favoreçam atender minimamente as demandas das famílias.

Assim, em vez de o Estado avançar e amenizar a histórica negação de direitos sociais para muitos idosos, verificamos que a opção política assumida por ele tem sido a “redescoberta” das famílias como parceiras na promoção de bens e serviços no âmbito das políticas públicas (PEREIRA, 2006).

Artigo 3

Velhice dependente e o serviço de cuidado no domicílio na política de assistência social

Por sua vez, o Estado tem cada vez mais assumido o papel de intervenor na esfera das relações familiares, imprimindo às mesmas responsabilidades que vão além de suas condições objetivas, mesmo com a transferência de renda a determinados membros da família, sem, contudo, promover acesso a serviços sistemáticos que respondam às suas necessidades numa perspectiva de totalidade e de intersetorialidade.

O prolongamento do tempo da velhice afeta e é afetado pelas mudanças na família, nas condições de vida, associadas às relações estabelecidas no estágio atual da sociedade capitalista, o que requer dos assistentes sociais a capacidade crítica indicada nas competências profissionais presentes no Projeto Ético Político, para que não reproduzam os discursos de transferência de responsabilização da família, pelo cuidado, pela pobreza, pela violência e por quaisquer outras expressões da questão social. E para que possam contribuir com a reconstrução social da autoimagem da velhice como ator político, que pode e deve ocupar os espaços de controle e defesa dos seus direitos.

Quanto à compreensão do papel da família na realização do cuidado, não conseguimos visualizar nas indagações realizadas pelas profissionais uma posição conservadora, mas é nítida a necessidade de avançar em cursos de qualificação para que reconheçam as determinações sócio históricas, econômicas e políticas dos problemas que chegam cotidianamente aos CRAS.

Nossa pesquisa aponta que enquanto não houver superação do paradigma e da tendência de adaptações superficiais nas instituições, que pouco modificam as estruturas de atendimento, investimento em recursos humanos e da construção de práticas compartilhadas, o que requer planejamento e avaliação das ações fundamentados em diagnóstico sócio territorial e da vigilância socioassistencial, prevalecerão os interesses individuais e de grupos em detrimento do coletivo e, por conseguinte, a inviabilização da criação de uma nova sociabilidade com a materialização do direito.

Diante do avanço da perspectiva do Estado Mínimo ocorre a retração de investimentos por parte do Estado nas políticas sociais, predominando a responsabilização da família e da sociedade no que se refere à problemática da velhice, com o deslocamento da condição de direito para a de solidariedade, filantropia, destacando o voluntariado e a responsabilidade social, reconfigurando a cultura clientelista e de benemerência (SILVA, 2004), as quais geram uma situação de assistencialismo e desuniversalização das ações (DRAIBE, 2003).

O Estado reduz seu papel de executor de serviços e das políticas públicas, delegando as responsabilidades econômicas e sociais para o setor privado, sob o discurso de melhoria na qualidade dos serviços e desburocratização, iniciando assim a construção ideológica da ineficiência do Estado (BEHRING, 2008). Além disso, promove o repasse de parte desses serviços ao mercado, de acordo com os interesses dele quanto aos investimentos, seja por meio de privatizações, terceirizações, seja por outras formas.

No bojo do paradoxo configurado, a velhice para pessoas idosas das camadas populares torna-se mais dramática, porque não conseguem arcar com os ônus dos serviços de cuidados oferecidos na esfera privada; muito embora a família e Estado sejam corresponsáveis pela garantia da proteção social, é visível a responsabilização extrema imputada à família e à sociedade no trato das expressões da questão social (CARVALHO, 2003).

Portanto, apesar dos avanços já expressos em relação à legislação, o paradigma legal e institucional concernente à implementação da rede de proteção social à pessoa idosa constitui ainda um desafio decorrente do direcionamento ideo-político e de gestão. Nesse sentido, para que as políticas sociais sejam materializadas, faz-se necessário consolidar as condições à sua operacionalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos inferir, que, mesmo diante da complexidade em que se apresenta a velhice brasileira, os direitos da pessoa idosa continuam circunscritos no âmbito jurídico, enquanto sua operacionalidade ocorre de forma fragmentada, sobreposta, sem planejamento, orçamento e garantia de diferentes serviços socioassistenciais, que contemplam o conjunto das complexas demandas apresentadas pelas pessoas idosas.

Constatamos o confronto de paradigma entre a universalização do direito à proteção social fundado na cidadania e a permanente



Apesar dos avanços já expressos em relação à legislação, o paradigma legal e institucional concernente à implementação da rede de proteção social à pessoa idosa constitui ainda um desafio decorrente do direcionamento ideo-político e de gestão.

Artigo 3

Velhice dependente e o serviço de cuidado no domicílio na política de assistência social

responsabilização da família para com o cuidado e a proteção dos riscos do curso da vida, sob discursos morais e determinações jurídicas, inviabilizando o compartilhamento desta responsabilidade que deveria ser do Estado, da família e da sociedade (PEREIRA, 2006; MIOTTO, 2005; CAMARANO; MELLO, 2010).

Com relação ao Serviço de Cuidado desenvolvido pelos CRAS os resultados apontam algumas de suas fragilidades e insuficiências, no que se refere à continuidade das ações preventivas, planejamento, clareza quanto ao papel dos profissionais nesse serviço. O que impõe a necessidade de respostas institucionais e com relação à gestão que favoreçam o cuidado digno às pessoas idosas no âmbito familiar, comunitário e institucional; como também atendam e deem visibilidade as necessidades e demandas dos cuidadores familiares.

Isso demonstra a necessidade da materialidade da rede socioassistencial em todos os níveis da política, de forma gratuita e universal e intersetorial, o que se mostra fundamental em face do prolongamento da velhice, das constantes violações de direitos e do agravamento do processo de precarização do trabalho e de vida que muitas pessoas idosas e seus familiares enfrentam.

Além das fragilidades já indicadas, existem os desafios postos pelas profissionais com relação ao Serviço, no que se refere a sua implementação no cotidiano dos CRAS, dentre eles a ampliação os investimentos no Serviço de Cuidado no Domicílio, pois diante da transição demográfica e do aumento do tempo da velhice, torna-se difícil projetar apenas na família o protagonismo do cuidado, conforme vem sendo efetivado pelas políticas de proteção social e do Idoso.

É preciso avançar no acompanhamento e fortalecimento do trabalho político educativo com as famílias, por meio de ações planejadas que envolvam a rede socioassistencial e o desenvolvimento da intersectorialidade como estratégia de articulação e de gestão municipal. O Serviço de Cuidado exige ações em diferentes níveis de proteção previstos nas políticas sociais, haja vista que suas demandas extrapolam o escopo da PNAS, sendo necessário para tanto a articulação do planejamento local e da gestão, a fim de não perpetuar o modelo de ações improvisadas e fragmentadas.

Ampliar a estreita relação dos CRAS e CREAS, por meio de reuniões entre os profissionais, para que trabalhem de forma articulada, discutam e planejem as ações do serviço, no intuito de haver referência e contra referência, visando o desenvolvimento de ações sistemáticas de acompanhamento das famílias na rede socioassistencial do SUAS e com os demais serviços das políticas sociais públicas.

Estruturar a Gerência de Vigilância Socioassistencial como área de gestão da informação dedicada à produção, sistematização das informações e controle de indicadores territorializados das situações de risco pessoal e social que incidem sobre as famílias. Uma vez que a ausência de um sistema de informação fragiliza a consolidação da rede e obstaculiza a interlocução de ações intersetoriais tanto no âmbito socioassistencial quanto das demais políticas públicas.

Investir na valorização dos trabalhadores da assistência social é prioridade, haja vista a alta rotatividade nos serviços pela contratação de profissionais com vínculos temporários, em detrimento de concurso público, os baixos salários, a ausência da equipe mínima. As condições de trabalho das Assistentes Sociais na política estão longe do estabelecido na NOB/RH/2006, o que contribui para que os atendimentos se restrinjam à intervenção de demandas emergenciais, sem problematização e prejudicando a análise sob a ótica da dimensão coletiva, e, no caso do idoso, das projeções do aumento da demanda por serviço de cuidado; ainda há a insuficiência de recursos aplicados nos serviços; a concentração dos investimentos nas políticas de transferência de renda e o reduzido quantitativo para a política; e a ausência de trabalho inter e multidisciplinar.

Avançar na implementação das políticas sociais para as pessoas idosas passa, necessariamente, pela efetivação de procedimentos de inclusão previstos na política, com a construção de equipamentos de cuidado na rede pública, haja vista que não basta afiançar o serviço sem que haja equipe multiprofissional qualificada, equipamento de cuidados intermediários como Centros-dia e Hospitais-dia. Todavia, a materialização desses serviços de cuidados afiançados nas políticas de assistência à saúde do idoso não retira a obrigação da família no cuidado, mas facilita a liberação dela para conciliar mercado de trabalho, educação e lazer.

O serviço de cuidado aponta fragilidade ou insuficiência em todos os níveis da rede socioassistencial, os quais deveriam ser referência na cobertura de uma rede de segurança social, assentados na lógica da proteção social e de direitos de cidadania.

As respostas ainda vêm sendo efetivadas a partir de demandas dos órgãos de defesa de direitos, denúncias da família e comunidade não por um planejamento fundamentado em diagnóstico sócio territorial e da vigilância socioassistencial, mas pela fragilidade do planejamento e da efetivação do trabalho inter e multidisciplinar nos CRAS e pelos profissionais que têm dificuldade em sistematizar o conhecimento sobre a realidade desses usuários e de desenvolver uma intervenção junto aos idosos e suas famílias. ☺

Artigo 3

Velhice dependente e o serviço de cuidado no domicílio na política de assistência social

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, Janaina C. *Mudanças e permanências nas relações de sociabilidade nas famílias de idosos*. Tese. 2011. (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. UFRJ/ESS, Rio de Janeiro, 2011.
- BEHRING, Elaine R. França e Brasil: realidades distintas da proteção social, entrelaçadas no fluxo da história. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 113, março 2013, p. 7-49.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Política Nacional de Assistência Social*: Brasília, 2004.
- BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. *Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais* (Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009). Brasília, MDS, 2009.
- CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; FERNANDES, Daniele. A População Brasileira e Seus Movimentos ao longo do Século XX. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org). *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* Rio de Janeiro: IPEA, 2014. p. 81-116. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_regime_demografico.pdf>. Acesso em:
- CAMARANO, A.A. e MELLO, J. L. Cuidados de Longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, Ana A. (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* RJ: Ipea, 2010.
- CARVALHO, Maria do C. B. (Org). O Lugar da Família na Política Social. In: *a família contemporânea em debate*. 5ª edição, São Paulo: Educ; Cortez, 2003. p.15-22.
- CNAS. Conselho Nacional de Assistência Social. *Tipificação nacional de serviços socioassistenciais*: Resolução CNAS/109/2009. Brasília: CNAS, 2009.
- DRAIBE, S. M. As políticas sociais e o neoliberalismo. *Revista USP*, n. 17, 2003, p. 10-17. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/25959/27690>>. Acesso em 28.ago.2011
- GOLDMAN, Sara Nigri; PAZ, Serafim Fortes. Velhice com cidadania: Uma conquista a cada dia! In: PACHECO, Jaime L. et al (Orgs.). *Tempo Rio que Arrebata*. Holambra: Editora Setembro, 2005.
- IBGE. *Censos demográficos*: 1991, 2000, 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2011/matriz.htm#socio>>. Acesso em 23.out.2015
- MIOTO, R. C. T. Dilemas do trabalho social com famílias no campo da política social brasileira. In: *Anais... XIV Encontro Nacional de pesquisadores em Serviço Social*. Natal/RN, 2014.
- Novas propostas e velhos princípios: assistência as famílias no contexto de programas de orientação e apoio familiar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (Orgs). *Política social, família e juventude: uma questão de direitos*. São Paulo: Cortez, 2006.
- Família, trabalho com famílias e serviço social. *Serviço Social em Revista*, v. 12, n. 2, p. 163-176, jan./jun., 2010.

- PEIXOTO, Clarice E. Aposentadoria: retorno ao trabalho e solidariedade familiar. In: PEIXOTO, Clarice E. (Org). *Família e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: FGV, 2004. p. 57-84.
- PEREIRA, P. A. P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (Orgs). *Política social, família e juventude: uma questão de direitos*. São Paulo: Cortez, 2006.
- SILVA, A. *A Gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado*. São Paulo: Cortez, 2004.
- SPOSATI, A. *Proteção social de cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal*. SP: Cortez, 2004.
- VERAS, R. P. A longevidade da população: desafios e conquistas. In: *Serviço Social & Sociedade*, n. 75. (Velhice e Envelhecimento), ano XXIV, São Paulo, Cortez, 2003, p. 5-18.
- TEIXEIRA, Solange M. *Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2008.

4

Envelhecer longe de casa: Aspectos culturais e sociais dos refugiados na cidade de São Paulo

[Artigo 4, páginas de 62 a 81]

Artigo baseado na dissertação de mestrado de Denise Orlandi Collus, *Envelhecer longe de casa*, apresentada em 2015 ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação da Profa. Dra. Silvana Tótoro.





Denise Orlandi Collus

*Assistente técnica da
GEPROS – Gerência de
Estudos e Programas
Sociais do Sesc São Paulo.
Mestre em Gerontologia
Social pela PUC-SP.
denisec@sescsp.org.br*

Silvana Tótora

*Professora Doutora
do Departamento de
Política e dos Programas
de Estudos Pós-Gradu-
ados em Gerontologia e
em Ciências Sociais da
PUC-SP.*



Artigo 4

Envelhecer longe de casa:

Aspectos culturais e sociais dos refugiados na cidade de São Paulo

RESUMO

Nesse artigo, pretendemos nos aproximar de uma espécie de imigração, a situação de refúgio, um fato relativamente novo no Brasil e quase completamente desconhecido de nossa sociedade. Nosso objetivo consiste em destacar o que é refúgio, a lei brasileira que garante a permanência dessas pessoas em solo brasileiro, assim como os direitos e deveres a todos que oficializam o pedido de refúgio perante o governo brasileiro. Destacaremos em especial a existência de um grupo ainda mais desconhecido dentre esses refugiados: pessoas com mais de cinquenta e cinco anos e que envelhecem em nosso país.

Palavras-chave: refúgio, envelhecimento, história oral.

ABSTRACT

In this paper, we intend to approach one type of immigration, that is, the refuge situation, a relatively recent factor in Brazil, almost unknown by our society. Our objective is to highlight a) what refuge is, b) the Brazilian law that grants these people the right to remain in Brazilian territory, and c) the rights and duties of all those who submit a formal request for refuge to the Brazilian government. We draw special attention to the existence of an even more obscure group among these refugees: people with more than fifty-five years old that grow old in our country.

Keywords: *refuge, aging, oral history.*

INTRODUÇÃO

Após a realização de nossa pesquisa, podemos apontar a surpreendente percepção de que o refúgio pode ser, no caso dos idosos entrevistados, um modo de invenção de si próprios e dos demais sujeitos que estão à sua volta. Constatamos a potência de vida nos sujeitos investigados e, se envelhecer significa hoje uma reinvenção, segundo Debert (1999), para esses refugiados trata-se de um verdadeiro renascimento.

Eles escaparam da morte para renascer na velhice; suas trajetórias de intenso risco de vida intensificam suas forças para agir; evidenciam que envelhecer não é apenas perder, mas um acontecimento da vida que os conclama a dignificá-la com a invenção de novos modos de existência. A velhice, portanto, pode ser situada na perspectiva de sua potência (TÓTORA, 2015).

Desde 1995, o Trabalho Sociocultural com Refugiados é desenvolvido pelo Sesc São Paulo, firmado por meio de convênio entre o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac), a Caritas (Arquidiocesana de São Paulo) e o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). O objetivo de ações no campo cultural e socioeducacional consiste na promoção de uma perspectiva de convivência, respeito e dignidade, assim como incentivar a participação de refugiados em atividades dirigidas ao público em geral, ampliando a experiência tanto de quem chega quanto de quem acolhe.

A escolha dos entrevistados para esta pesquisa se deu em razão do convívio com os sujeitos desde longo tempo, o que propicia sua disponibilidade de contar suas histórias e, particularmente para esse estudo, sobre suas experiências de envelhecer longe de casa em situação de refugiado; e buscamos também a diversidade cultural dos entrevistados, o que enriqueceu ainda mais a pesquisa.

Os contatos com os idosos ocorreram na unidade do Sesc Carmo, situada na região central da cidade de São Paulo, em razão de um convênio estabelecido desde o ano de 1995 entre o Serviço Social do Comércio¹, o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados² e a Caritas Arquidiocesana de São Paulo³, com o objetivo de oferecer serviços e ações socioculturais e educacionais a todas as pessoas que solicitam refúgio no Estado de São Paulo.

Orientamo-nos por um percurso metodológico que recrutou distintos recursos: o diário de campo; a observação participante; um questionário aberto; uma postura de nos colocarmos à escuta; de interrogar os silêncios; um desejo de conhecer as histórias por meio das narrativas dos envolvidos diretamente nos acontecimentos que esta-

1 O Serviço Social do Comércio

- Sesc 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 de seu público prioritário e da comunidade em geral.

2 O ACNUR, criado em

dezembro de 1950 por resolução da Assembleia Geral da ONU, iniciou suas atividades em janeiro de 1951, para reassentar refugiados europeus que estavam sem lar após a Segunda Guerra Mundial.

3 Caritas é um organismo da

Igreja Católica Apostólica Romana presente em 200 países e territórios, na forma da rede Cáritas Internationalis, sediada em Roma, no Vaticano (originada em 1897). Essa rede está subdividida em 7 regiões: América Latina e Caribe, África, Europa, Oceania, Ásia, América do Norte e a chamada MONA – Oriente Médio e Norte da África.

Artigo 4Envelhecer longe de casa:
Aspectos culturais e sociais dos refugiados na cidade de São Paulo

mos investigando (MARTINELLI, 2012, p. 3); as entrevistas foram realizadas nos locais indicados pelos entrevistados, a maioria nas suas casas, e utilizamos gravador com consentimento.

A DIMENSÃO DA VELHICE E DO ENVELHECIMENTO PARA O REFUGIADO

Envelhecer é uma experiência que se coloca como possível para os viventes. Entre a velhice e a vida, não há escolha. As leis brasileiras garantem a todos, independentemente da idade, os direitos fundamentais como pessoa, além de direitos especiais a partir dos 60 anos.⁴

A proposta desse nosso estudo é ir além de simplesmente apresentar a realidade inquietante do refugiado no Brasil de nossos dias. Queremos provocar o olhar e suscitar reflexão sobre as condições de extrema vulnerabilidade dessa população, pois entendemos que a produção de direitos para os refugiados, particularmente os idosos, torna-se urgente.

Em abril de 2002, na Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madri, as questões relativas aos idosos refugiados e deslocados internos ocuparam um lugar importante entre os muitos pontos apresentados na agenda, diferentemente da Primeira Assembleia, em Viena, duas décadas antes.

Convocada por solicitação da Assembleia Geral das Nações Unidas, a segunda reunião intergovernamental foi organizada a fim de, primeiramente avaliar os progressos na implantação do Plano de Ação sobre o Envelhecimento, decidido no encontro anterior; e depois no intuito de acatar novas e mais relevantes contribuições ao plano. Assim, no encontro de Madri, o Plano de Ação Internacional contemplou, por consenso, vários compromissos na busca por resposta às necessidades específicas dos idosos refugiados e deslocados internos.

Diante de tragédias humanitárias, causadas por guerras, conflitos armados ou desastres ambientais, a sobrevivência de idosos depende de uma espécie de seleção, levada a cabo por agências humanitárias. Trata-se de uma “priorização” de recursos, dado que as necessidades das pessoas de mais idade são consideradas de menor importância, comparadas às de mulheres e crianças.

O processo de incluir idosos refugiados em programas de reabilitação e de reinserção social é lento e exige atenção redobrada para que possam participar e, mais do que isso, contribuir para a sociedade que os acolhe, por meio da troca de experiências e ajuda diante de situações limites.

4 PCf.: Estatuto do Idoso – Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003.

Soma-se a esse “consenso na priorização dos recursos” o fato de que, quando se trata de atender às necessidades dos idosos refugiados, as opções de programas são na maioria das vezes limitadas. A maior parte dos profissionais de agências humanitárias tem consciência da escassez de tempo e de recursos e da enormidade de problemas mais específicos enfrentados pelas pessoas mais velhas. Além disso, têm de lidar com a pressão dos doadores, da sociedade e dos governos anfitriões por apresentação de resultados.

O Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados - ACNUR e outras agências humanitárias reconhecem os idosos refugiados como uma população vulnerável, que merece, e de fato requer, especial atenção. O objetivo do ACNUR é colocar em prática iniciativas que auxiliem esses idosos em sua reinserção social por meio da recolocação profissional, pois, com isso, serão capazes de auxiliar no sustento de suas famílias e no de si próprios.

No melhor dos casos, podem dispensar a ajuda governamental e ainda oferecer sua experiência de acolhida e assistência às pessoas recém-chegadas em território brasileiro. Aliás, é justamente pela valorização de seus conhecimentos e experiências que esses idosos poderão desempenhar valioso papel em suas respectivas comunidades, ou junto de sua família, auxiliando entidades e agências humanitárias.

Em 1999, durante o Ano Internacional da Pessoa Idosa, o ACNUR elaborou um relatório com o objetivo de desenvolver e instituir uma política voltada ao idoso em situação de refúgio, definindo parâmetros de uma abordagem integrada e eficaz, aplicável em todas as situações nas quais o refugiado possa se encontrar.

Segundo o próprio ACNUR,

O Brasil teve um papel pioneiro e de liderança na proteção internacional dos refugiados. Foi o primeiro país do Cone Sul a ratificar, na década de 1960, a Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados de 1951. Foi ainda um dos primeiros países integrantes do Comitê Executivo do ACNUR, responsável pela aprovação dos programas e orçamentos anuais da agência.⁵

Particularmente, assume relevância a velhice dos refugiados também pelo fato de tratar-se de um grupo que, além de invisível, está sujeito a inúmeras adversidades, entre elas, as mais agudas são: o deslocamento forçado de sua terra natal, as dificuldades de construção de novos vínculos e a sociabilidade em terra alheia.

⁵ Disponível em: <<http://www.cidadevirtual.pt/acnur/sowr2000>>. Acesso em 19.set.2017

Artigo 4Envelhecer longe de casa:
Aspectos culturais e sociais dos refugiados na cidade de São Paulo

O processo de envelhecimento não é homogêneo, defende Beauvoir (1992), pois cada pessoa vive e tem uma história, uma inserção social e cultural que difere no que diz respeito à classe, ao gênero e à etnia. Essas distinções também estão relacionadas à saúde, à educação e às condições econômicas. No caso dos refugiados, tudo isso se exagera dado o rompimento de vínculos sociais, de laços de amizade e até mesmo familiares construídos ao longo de uma existência e que lhe conferiam uma condição de pertencimento a uma nacionalidade ou comunidade.

Mercadante (1997, p. 4), numa perspectiva cultural, situa uma multiplicidade de modos de envelhecer:

[...] a velhice é natural e, portanto, universal se apreendida como um fenômeno biológico, mas é também imediatamente um fato cultural na medida em que é revestida de conteúdos simbólicos, evidenciando formas diversas de ação e representação [...] um corpo biológico pode envelhecer das mais variadas formas, tendo em vista as diferenças socioculturais.

Em 1999, o problema do refugiado idoso sensibilizou a representante do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados Sadako Ogata,⁶ em razão do Ano Internacional das Pessoas Idosas, na ocasião declarou: *“les personnes âgées appartiennent au groupe de réfugiés et de personnes déplacées le plus invisible. J’espère changer cette situation”*.⁷

Giorgio Agamben (2002, p. 138) também chama a atenção para o problema do refugiado, que coloca em questão a noção de soberania moderna, baseada na assunção dos direitos universais de cidadãos vinculados ao nascimento e à nacionalidade:

[...] se os refugiados (cujo número nunca parou de crescer no nosso século [século XX], até incluir hoje uma porção não desprezível da humanidade) representam, no ordenamento do Estado-nação moderno, um elemento tão inquietante, é antes de tudo, porque rompendo a continuidade entre homem e cidadão, entre nascimento e nacionalidade, eles põem em crise a ficção originária da soberania moderna.

O que nos instiga nessa pesquisa é a questão da velhice, colocada na atualidade, como problema que vem sendo enfrentado por estudiosos da gerontologia social que apontam inúmeros e diversos mo-

6 Disponível em: <<http://www.unhcr.org/sadako-ogata-japan-1991-2000.html>>. Acesso em: 02 mai. 2014.

7 Os idosos pertencem ao grupo de refugiados e pessoas deslocadas como invisíveis. Espero que mude esta situação.

dos de envelhecer. A experiência da temporalidade está relacionada às vivências pessoais, à maneira como sentimos, pensamos e agimos. Assim, o envelhecimento se inscreve na temporalidade por meio de processos de distintas subjetividades.

Envelhecer pode significar desigualdade social, no sentido de menor oportunidade, menor participação e menor status, configurando categorias de idosos incluídos que desfrutam de direitos e benefícios das políticas sociais e aqueles excluídos e designados como dispendiosos. Por sua vez, existem também diferenças entre trajetórias de vida que se exprimem em modos distintos de se vivenciar a velhice.

Por isso faz-se necessário distinguir a noção de desigualdade social – que hierarquiza a população de velhos em privilegiados e dispendiosos –, da concepção de diferença – que diz respeito a variações e singularidades dos modos de envelhecer. É predominantemente no universo de desigualdades que se encontra esse grupo ainda mais vulnerável: os idosos em situação de refúgio. Mas também se distinguem em suas singularidades nos enfrentamentos das dificuldades, como veremos a seguir, nos depoimentos dos idosos refugiados que foram capazes de inventar saídas para sua condição adversa.

É imprescindível lembrar que em algumas sociedades e culturas os rituais e as crenças fazem parte da vida de cada sujeito, compondo sua história e sua experiência. Para muitas culturas, o velho foi – e ainda é – a figura que detém a tradição e tem a missão de transmiti-la aos mais jovens, na intenção de conservar a própria história e a de sua comunidade enquanto ser coletivo. Torna-se relevante fazermos essa inferência, dado que muitos de nossos entrevistados são oriundos de culturas nas quais o velho ocupa esse importante papel.

Veja ou outra somos impactados pela mídia por causa de tragédias de pessoas que tentam escapar de seus países por razões diversas: pobreza, guerra, perseguição, desastres ambientais etc. As cenas que chegam às nossas casas geralmente são de famílias compostas por crianças, homens e mulheres jovens. No entanto, entre os milhões de refugiados encontra-se um grupo, quase sempre invisível, talvez em condições de maior vulnerabilidade ainda: homens e mulheres que passaram dos 60 anos.

Na atualidade, assistimos aterrados às transmissões da mídia a respeito de grandes levas de refugiados sírios tentando atingir alguns países europeus que possam lhes oferecer condições de vida e de trabalho. Porém, as difusões midiáticas não conferem destaque aos idosos refugiados, apenas a jovens e crianças.

Artigo 4Envelhecer longe de casa:
Aspectos culturais e sociais dos refugiados na cidade de São Paulo

Na tentativa de afetar a sensibilidade de um público que acessa as informações, para um maior comprometimento crítico, o filósofo Walter Benjamim (2012, p. 219) já advertia: “Cada manhã recebemos notícias de todo o mundo. E, no entanto, somos pobres em notícias surpreendentes. A razão para tal é que todos os fatos já nos chegam impregnados de explicações”. O que queremos dizer é que deveríamos nos surpreender pelas condições a que esses velhos são submetidos em situações de refúgio.

Acreditamos que a maior razão para pesquisar o universo em que vivem os idosos refugiados atualmente consiste em trazer informações “surpreendentes” de pessoas “surpreendentes” que até os dias de hoje, no que se refere à realidade brasileira, ainda não foram ouvidas e muito menos lembradas. Nesse sentido, de posse das reflexões anteriores sobre refúgio e velhice, selecionamos a seguir as falas dos refugiados velhos que entrevistamos.

EMANCIPAÇÃO E ENVELHECER

O interesse pelo estudo acerca do envelhecimento entre pessoas em situação de refúgio ocorreu pela possibilidade de mostrar a vivência da velhice em condições adversas, bem como sensibilizar o poder público para o problema. Assim, nossa motivação consistiu prioritariamente na questão do envelhecimento e da velhice de sujeitos, de países e culturas distintas, forçados a refugiarem-se. Todavia, os motivos desse refúgio não constituíram o problema central de nosso estudo, pois nosso foco reside no envelhecimento e na velhice em condições de refúgio.

Com base nas entrevistas constatamos que o refugiado, independentemente de continente, país ou cultura de origem, almeja conquistar emancipação econômica, liberdade e autonomia de escolhas. A maioria dos entrevistados, forçada a se refugiar, escolheu o Brasil. Primeiramente, porque foram acolhidos e depois pelo fato de o país não oferecer, segundo seus relatos, empecilhos por crença religiosa, perseguição política ou aos modos de agir e de pensar distintos. O Brasil é visto por eles como um país que respeita as diversidades de crenças, de raças e etnias.

Nas entrevistas com refugiados com mais de 55 anos, apreendemos a potência de reinvenção de suas vidas, do esforço para a construção de novos laços afetivos e sociais, bem como o desejo de permanecerem no Brasil. A motivação desse estudo foi colocar em evidência um problema ainda não tocado, a saber: o da garantia plena de cidadania no âmbito da seguridade social a todos os refugiados a partir de 60 anos.

Para nós, esse representa um fator de extrema importância e que instiga o desejo de continuidade desta pesquisa, pois consideramos como um dos temas polêmicos a serem abordados a garantia da cidadania plena no âmbito da seguridade social a todos os refugiados com mais de 60 anos.

Trata-se de uma reivindicação que se defronta com muitos obstáculos. Poucos conseguem vencê-los, pois exigem ações cíveis da Procuradoria Pública em São Paulo, conforme nota a seguir:

O MPF ajuizou ação civil pública para garantir que três refugiados palestinos, todos com idade acima de 65 anos, recebam do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) o benefício assistencial mensal de um salário mínimo, garantido pela Lei Orgânica de Assistência Social. A ação, assinada pelo Procurador Regional dos Direitos do Cidadão [...], pede, ainda, que a autarquia seja condenada a multa diária de R\$ 1.000 caso descumpra a decisão. [...] Para o procurador, “somente a distribuição de uma renda mensal vitalícia aos refugiados palestinos maiores de 65 anos e sem condições de se sustentar permitiria alcançar a igualdade entre brasileiros e estrangeiros residentes no Brasil, preconizada e garantida na Constituição Federal.”⁸

A situação de refúgio enfrenta a ausência de direitos básicos. O refugiado vive a dependência econômica, social e emocional e sua condição é considerada um ônus aos cofres públicos, além de um peso à sociedade que o acolhe. Inúmeras pessoas o veem como alguém que quebra a rotina das cidades, perambula por ruas e bairros sem um destino certo.

É preciso saber que o refugiado possui dois grandes desejos. O primeiro é o de reingressar no mercado de trabalho, a fim de conquistar a sua autonomia econômica; o segundo, é justamente o da conquista da seguridade social. Sem exceção, os nove entrevistados que participaram desse estudo colocaram a questão do trabalho como condição para sua completa inserção na sociedade brasileira. Para eles, a dificuldade de colocação no mercado de trabalho não permite ultrapassarem a fronteira que separa a situação de estrangeiro da condição de cidadão.

Para A. R. P., de origem colombiana, trabalhar com vendas sempre foi sua habilidade. No Brasil, não encontrou grandes dificuldades no exercício dessa função. Na atualidade, entretanto, a intensificação da fiscalização aliada a seu problema de saúde tem dificultado

⁸ Disponível em: <http://www.prsp.mpf.gov.br/prdc/sala-de-imprensa/pdfs-das-noticias/ACP_Palestinos.pdf/view>. Acesso em: 15 jul. 2014.

Artigo 4Envelhecer longe de casa:
Aspectos culturais e sociais dos refugiados na cidade de São Paulo

seriamente sua subsistência. Seu relato revela não somente as dificuldades, mas as formas de vencê-las.

Eu vendia bijuterias por aí, pero antes não havia tantos rapazes (concorrência), por exemplo, no Largo da Concórdia. Ali não era parque e não havia tantas barracas de mercadoria [...]. Então eu me entrete-
nia. Eu já estava [havia] oito meses no albergue e vi que dava para pa-
gar um quarto. Saí para viver num hotel [hotel social], então me entre-
te-
nia assim. Hoje eu não posso fazer nada porque a polícia não deixa e
leva a bolsa com água, um problema [...]. E mesmo em Guaianases, em
São Mateus, a polícia não deixa.

A situação difícil vivenciada por muitos idosos brasileiros pobres, que demandam por políticas públicas, tem sido alvo de pesquisas e discussões por parte de profissionais ligados à gerontologia social. Os idosos no Brasil têm se organizado de diferentes formas para fiscalizar as políticas de governo e exigir o cumprimento dos direitos formalizados no Estatuto do Idoso.

O refugiado A. M., paquistanês, faz referência à falta de segurida-
de social, bem como de políticas públicas para a saúde e educação
em seu país de origem, onde, como diz a seguir, tudo se paga. Con-
tudo, ele tinha um negócio particular que lhe garantia o estudo e o
sustento da família e, com o refúgio, perdeu tudo. E agora, como fica
a sua aposentadoria? :

Minha aposentaria era minha serralheria, mas eu perdi tudo, deixei mi-
nha família sem ajuda, porque no meu país, tudo se paga, paga-se esco-
la, paga-se hospital, paga-se tudo. Meu filho mais velho era professor
de inglês e eu paguei muito dinheiro para ele estudar, meu filho mais
novo quer estudar para doutor.

A sérvia D. S. relata o seu percurso no aprendizado da língua por-
tuguesa a fim de conseguir uma colocação no mercado de trabalho:

O trabalho, o trabalho [...]. Para ter trabalho, você precisa ter
conhecimento, né? Eu comecei a falar o português melhor, pedi para
que minhas filhas falassem somente em português comigo para que
eu pudesse me inserir melhor no mercado de trabalho. [...] As crianças

não pensavam para falar, elas falavam de boa, enquanto eu precisava pensar para traduzir a minha língua para o inglês e do inglês para o português. Nessa época minhas filhas tinham seis e cinco anos. A mais velha já falava inglês fluentemente e ainda conhecia um pouco de alemão, além do idioma sérvio, que é a língua falada em nosso país.

O peruano C. E. S. L., num longo relato, expõe sua trajetória de aprendizado, que passou, inclusive, pela situação de terrorismo no Peru. Ele se lembra dos privilégios econômicos na casa de seus avós. Ainda na infância, se deu conta das injustiças e desigualdades sociais. Segundo ele, por se opor à própria família desenvolveu uma posição socialista, rompendo com a família ao desposar uma “indiazinha”, segundo sua denominação. Seguem trechos de seu depoimento:

[...] se eu vivesse no Peru [...]. olha, seria uma doença e eu era um idiota, eu não vivia; somente trabalhava, me sentia poderoso. Eu não vivia e isso não era o mundo, algo muito individualista e aí eu estava sendo egoísta. E esta coisa se quebrou e foi muito bom. Então, eu não tenho o que temer: hoje eu tenho minhas filhas, meu trabalho, agora um estacionamento, vou caminhando calmamente [...]. Minha família não foi querida por meus pais [no Peru], porque minha esposa é meio “indiazinha”, mas eu a amo. Imagina, eu rompi com toda a minha família porque eles não a querem; eu cortei com todos; ela é uma pessoa maravilhosa. [...]

Descortina-se um panorama que evidencia a precariedade na proteção dos direitos humanos e a reiterada relação de abandono e de exposição das “vidas nuas”, segundo Agamben (2002), em nossa sociedade. O esvaziamento de todo e qualquer sentido político do significado de cidadão, para esses sujeitos refugiados, insere suas vidas numa zona de indiferença, submetendo-as ao jogo cruel da sobrevivência.

PERSPECTIVA DA VELHICE PELO REFUGIADO

O objetivo central de nossa pesquisa consistiu numa escuta das vivências dos refugiados em relação ao envelhecer longe de casa. Independentemente da cultura e do país de origem, todos se revelaram, em suas falas, dispostos a dar início a uma nova vida no país que os acolheu.

Artigo 4Envelhecer longe de casa:
Aspectos culturais e sociais dos refugiados na cidade de São Paulo

As dificuldades enfrentadas são muitas, principalmente, como visto anteriormente, de ordem econômica, em razão da dificuldade de conseguir emprego, o que leva à dependência de pequenas ajudas humanitárias, além da ausência de direitos securitários. A totalidade dos entrevistados se referiu aos direitos garantidos aos cidadãos brasileiros, destacando: o direito dos idosos, de seguridade social, do acesso público à saúde, entre outros, destacando, em suas entrevistas, que esses direitos são ausentes em seus países de origem.

A colombiana M. E. S. C. afirma que “no Brasil, o mais difícil é você ter um trabalho”. Mas ela pondera com a seguinte observação em relação ao seu país de origem:

Sinto que aqui tem mais idosos do que na Colômbia, e aqui os idosos têm mais oportunidades do que na Colômbia. Para laborar na Colômbia, vai de 18 a 35 anos, e depois de 35 anos você não vai conseguir emprego assim tão fácil, então, acho que acá não importa isso, pode ser novo, velho, não importa isso, dá-se trabalho, então acá há mais oportunidade.

O colombiano A. R. P. destaca a sua profissão de comerciante que lhe assegurava uma boa condição financeira em seu país. Diferentemente disso, no Brasil, depende da ajuda financeira humanitária da Caritas e dos serviços do Sesc São Paulo. Porém, considera sua condição atual melhor do que a anterior na Colômbia e ainda refere-se à falta de ajuda de sua família, que continua residindo naquele país:

[...] agora, por exemplo, pergunto por que minha família não me encaminha uns cento e cinquenta reais, pois eu estou há uns seis ou sete meses a esperar, me entende, e eu estou aqui no Brasil, bem melhor. A Caritas me ajuda muito, sim, esta roupa, este sapato, [...], o Sesc, toda essa comunidade [...] Eu sempre reconheço [...] e eu procuro sempre reconhecer a cultura e os amigos.

A iraquiana preocupa-se com a dependência financeira de seu filho e com um possível corte, caso ele venha a se casar e ter seus filhos. Essa falta de uma seguridade social lhe dá receio da velhice. Contudo, ressalta que em seu país não existe uma seguridade pública para os idosos. Afirma N. K. D. que: “hoje meu filho ajuda muito pra mim; amanhã meu filho casa, vai ter família grande, vai ter sua vida... no final, você tem que ter dinheiro, se você tiver dinheiro, tem mais segurança.”

Tanto para a iraquiana N. K. D, quanto para o paquistanês A. M., a velhice em seus países de origem está a cargo da família, porque não existe uma seguridade social, aposentadoria e serviços de saúde de natureza pública.

Segundo N.K.D., “a mulher não mora sozinha, casa grande e família tudo junto, o filho vai cuidar da mãe, filho e mulher do filho vai cuidar da mãe, porque a mulher velha não vai trabalhar mais, [...] a mulher mais velha vai cuidar da casa, dos netos, tudo, tudo”. Nessa direção, afirma A. M. que “no Paquistão é difícil para o velho, quem ajuda o velho é a família e quem não tem família é muito difícil. Tudo lá é pago, tudo se paga no Paquistão e quem não tem dinheiro morre.”

O mais surpreendente dessas entrevistas foi uma referência positiva à velhice, a despeito de todas as dificuldades econômicas e de acesso aos direitos sociais. Para a refugiada senegalesa, conhecida como “Grande mama”, a velhice não lhe causa medo, tampouco é triste, pelo contrário: a longa vida é uma dádiva de Deus, pois permite ter filhos, ver os netos e bisnetos. Ela destaca a importância da saúde e não se amedronta com a morte:

[...] para o velho é importante ter saúde, sem saúde não é bom. Para mim, morrer é morrer, todo mundo vai morrer um dia. Para mim, não, não me preocupa o dia que eu vou morrer, eu falei para o meu filho que o dia que eu morrer eu quero que faça festa para todo mundo, não quero pessoa chorando, eu falei para minha família e eles perguntaram por que e eu falei: quando eu vim para o mundo, minha mãe grávida estava feliz, meu pai estava feliz, eu nasci e eles fizeram festa, me deram nome, então um dia eu vou voltar (morrer), eu quero a mesma festa, se tem dinheiro que quero matar tudo (animais), quero bebida, tudo, tudo. Eu não tenho medo da velhice, porque o dia que eu nasci, todo mundo falou “que Deus lhe dê longa vida”, e então, se Deus dá longa vida, você fica feliz, não é? Se Deus dá longa vida, você vê seu filho, vê neto, vê bisneto, tudo junto, então você conhece tudo. Então, morrer não é triste, quem vive muito fica velho e quem vive muito tem que morrer [risos].

Para o cubano F. M. B., o refúgio, a doença e a solidão vividos por ele o tornaram mais forte. Essas adversidades fizeram com que valorizasse a vida e experimentasse a sua potência de vencer situações difíceis. Já em idade avançada e acometido por uma doença que não quis revelar, ele tinha dificuldades para se locomover até o Sesc, mas tinha uma força que contagiava. Ele afirma:

Artigo 4Envelhecer longe de casa:
Aspectos culturais e sociais dos refugiados na cidade de São Paulo

[...] a solidão é nossa companheira, e será ao lado dela que passaremos a maior parte de nossas vidas, então, chama ela pro seu lado e dance com ela. Estar doente significa repensar a vida e ser um refugiado, então, mais ainda. Não importa se você é novo ou velho, o refúgio, assim como a doença, são desafios que você precisa enfrentar, e já que eu não morri de um ou de outro, estou vivo, então ficar velho é um presente, não é? Eu não sou uma pessoa solitária, mas eu gosto da solidão, e nisso o trabalho ajuda, ajuda a conviver com outras pessoas. Eu preciso e quero continuar trabalhando, para eu ter mais conforto, mas dentro do meu ritmo, e o ritmo eu respeito muito.

Para peruano C. E. S. L., “a velhice vai ser boa, aos 60, 70 [...]. Cada dia se vive todos os dias, e nisso eu tenho certeza de que não há nada de negativo”.

O SENTIDO DA “CASA” PARA O REFUGIADO

Se a vida não nos deu mais do que uma cela de reclusão, façamos por ornamentá-la, ainda que mais não seja, com as sombras de nossos sonhos, desenhos e cores [...]. Como todo o sonhador, senti sempre que o meu mister era criar. Como nunca soube fazer um esforço ou ativar uma intenção, criar coincidiu-me sempre com sonhar, querer ou desejar, e fazer gestos com sonhar os gestos que desejaria poder fazer (Fernando Pessoa, 1982).⁹

O sujeito dessa pesquisa é o refugiado, que difere do imigrante em razão de um exílio forçado do primeiro, diferentemente da decisão voluntária do segundo. Porém, podemos fazer uso de um relato de Novais e Schwarcz (2012) sobre uma situação de imigração, especificamente do imigrante, para introduzir a questão da casa.

Os autores descrevem a chegada dos imigrantes ao Brasil no começo do século XX por transporte marítimo, relatando que esses imigrantes conseguiam trazer alguns objetos pessoais que, de uma forma nostálgica, foram utilizados na decoração de suas novas casas:

Já assentado no Brasil, o imigrante busca amenizar o corte materializando, de várias formas, a lembrança da terra que deixou. Desse modo, o arranjo de sua casa tem características próprias, evidenciadas nos chamados objetos biográficos (NOVAIS; SCHWARCZ, 2012, p. 19).

⁹ Disponível em: <<http://arquivopessoa.net/textos/4267>>. Acesso em: 10 set. 2014.

O que gostaríamos de mencionar a respeito da citação anterior é a condição de muitos imigrantes que, ao decidirem deixar seu país em busca de melhores vidas ou mesmo de segurança física ou psicológica, puderam trazer em suas malas objetos que de alguma forma fizeram parte de suas histórias. Porém, os refugiados que chegam diariamente em solo brasileiro trazem como bagagem apenas a sua vida, não tendo a mínima condição de olhar para trás.

O sentido de casa nessa pesquisa compreende os aspectos geográfico, cultural e afetivo. Ao questionar o refugiado sobre o que seria para ele envelhecer longe de casa, tivemos, em alguns casos, de esclarecer o sentido que estávamos dando ao termo. Esforçamo-nos para evitar noções a priori, visando captar o sentido dado pelos próprios refugiados ao seu exílio e à construção de um novo espaço para se viver, o qual denominamos pelo termo casa.

A colombiana M. E. S. C. relata o seu sentido de casa. Ela salienta a ruptura com seu lugar de origem e enfatiza a necessidade de dar início a uma nova vida no Brasil. Segundo ela, não se vive lamentando as perdas, referindo-se às coisas que deixou para refugiar-se.

Sim, eu sinto aqui como mi casa. Sim, pero eu tenho que aceitar a nova vida, porque se ficar sempre pensando allá, o que era melhor, o que se tinha, o que se perdeu, você vai ficar muito apavorada pensando nisso e vai ficar amargurada [...]. As coisas têm que andar, aquilo passou [...]. Sim, acá, o que ficou para trás, lá está; você não pode trazer sua antiga casa para cá [risos]. [...] Sim, você não pode pensar no relógio que tinha lá, as coisas, já não as tem, e não tem como viver pensando nisso. Quando avaliamos as nossas vidas, sempre estamos pensando nas coisas que temos e que não queremos perder, e um dia deixamos tudo para trás. Então, minha casa é aqui no Brasil, e seria bom estar um pouco mais perto de minha igreja.

Nessa mesma direção, a refugiada D. S. insiste que vai viver a sua velhice no Brasil e procura se distanciar em pensamento de seu país de origem. Mesmo quando sua filha chama a sua atenção para essa atitude inconsciente de anular suas referências do país de origem como forma de se proteger da saudade, ela acredita que esquecer é a melhor saída. Seguem trechos do seu depoimento:

Artigo 4Envelhecer longe de casa:
Aspectos culturais e sociais dos refugiados na cidade de São Paulo

A minha velhice é aqui e assim, passa meses que eu não penso em meu país. Eu sonho em português, é verdade, não tem como... Não tem como e nem porque eu me ligar. [...] A minha filha mais velha me diz: “Mãe, você colocou no inconsciente e fechou e isso não sai. Você fechou para não sofrer, sentir saudades”. Pode ser até [que ela esteja certa], se isso foi uma maneira de me proteger minha cabeça e poder continuar a minha vida aqui normalmente. Por que não? E se for assim [...] envelhecer, como eu não estou pensando no envelhecer, acho que fica complicado pra responder. [...] Eu estou muito bem e vou continuar muito bem também.

A N. K. D., iraquiana, não deixa dúvidas em relação à posição de fazer do Brasil a sua primeira casa.

O Brasil é minha primeira casa, e não a segunda, verdade, aqui é minha casa, porque a minha casa lá é “ex”, entende? Agora não. Este é meu país, eu o respeito, respeito todos. As pessoas aqui abrem os braços para cuidar de todo mundo com amor. Meus filhos estão aqui, graças a Deus, e porque meu país já morreu, já acabou, não tenho mais ninguém lá. Não apenas eu, mas todo mundo tem de respeitar o país onde está, onde mora, onde respira o ar dele, onde come, onde vou [ao hospital] quando estou doente e não adianta dizer “ah, meu país, meu país” Ele já foi, acabou. O que mais precisa uma pessoa – saúde, trabalho, família, o que mais? Eu peço a Deus que cuide de meus filhos [...]. Dinheiro eu não vou levar comigo. A pessoa não precisa de muito.

Para D. D. F., senegalesa.:

Sim, eu gosto muito do Brasil, muito. Precisa saúde, sim, saúde é um problema no Brasil, mas na África tudo você tem que pagar, consulta tem que pagar, receita tem que pagar, tudo... E na África tem dinheiro, mas governo não faz coisa boa. [...] minha casa é aqui, onde moro, minha casa é especial. Se preciso sair [mudar de residência], eu não posso, porque toda gente lá tem muito respeito, homem, mulher todos me chamam de “Mama”. Se chego com coisa pesada e alguém me vê, pessoas vêm para me ajudar.

Para A. M., paquistanês:

O pastor disse: 'agora você vai embora para outro país'. [...] hoje o Brasil é minha casa, eu quero ficar, morrer aqui, quero ficar velho aqui. Muito abrigada Brasil, muito obrigada por ajudar minha vida e minha família.

Para F.M.B., cubano:

Minha casa é aqui. Depois de 32 anos de Brasil, não existe mais casa lá [Cuba], e sei que eu não estaria vivo se continuasse lá. Aas pessoas pensam que só existe uma morada [casa], mas não, a gente constrói nossa morada de acordo com o que esperamos dela. Para mim, a doença e a velhice me deixaram mais sereno, tranquilo, e a experiência da morte, por duas vezes, me fez olhar sempre pra frente e nunca pra trás, nunca como arrependimento, nunca.

O maliense M. D., embora destaque que o lugar em que se vive constitui a verdadeira casa, manifesta o desejo de retornar para sua terra natal, onde gostaria de morrer. É importante frisar que se torna compreensível fazer da terra natal sua última morada, pois se trata de uma importante liderança religiosa de seu povo. E acreditamos que seu desejo seria que seu povo promovesse sua passagem. Mas estas são inferências deduzidas da sua fala.

É isso que é preciso fazer: construir uma nova casa. Onde você mora, é ali que você vive, e ali está seu país. Nós amamos o Brasil, as autoridades não sabem quanto nós amamos esse país. Mas é preciso lhes oferecer a chance de produzir, [oferecer] sobretudo às mulheres. [...] Você precisa ir às cadeias para entender o sofrimento dos refugiados. Muitas mulheres refugiadas estão na cadeia. Sim, você sabe, eu sou idoso, gostaria de morrer na minha terra... Eu sonho com isso. Eu gosto muito do Brasil, tenho uma esposa aqui, tenho filhos. O Brasil me deu essa oportunidade de reconstruir a vida dos meus filhos. Isso não tem preço, não posso medir todo o amor que eu tenho pelo Brasil, mas amo meu país e quero retornar à minha terra.

Artigo 4Envelhecer longe de casa:
Aspectos culturais e sociais dos refugiados na cidade de São Paulo**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Iniciamos esse estudo com algumas reflexões de pensadores acerca da condição da velhice e do refúgio. Com base nas entrevistas com os refugiados mais velhos, discutimos as principais questões levantadas por suas perspectivas. Chamaram-nos a atenção as diversas saídas que eles encontraram para a sobrevivência e a construção de uma nova vida no Brasil. E, no caso dos entrevistados velhos, não percebemos nenhuma nostalgia em relação ao passado, país ou cultura de origem, e sim um profundo desejo de fazer do Brasil a sua casa.

Suas reivindicações são as mesmas da maioria dos idosos pobres que não passaram pela violência do refúgio, ou seja, a garantia de uma autonomia financeira para o sustento da família e de seguridade social para uma velhice digna. Destaca-se nesses relatos uma força vital por parte de todos os entrevistados para construir uma vida envelhecendo. Para encerrar, retomamos a afirmação da refugiada senegalesa D. D. F. quando mencionou que “não se desfruta de netos ou bisnetos se não se envelhece”. ☹

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGAMBEN, Giorgio. *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua*. Trad. Henrique Burigo. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2002.
- BEAUVOIR, Simone de. *A Velhice*. A realidade Incômoda. Trad. Heloysa de Lima Dantas. São Paulo; Rio de Janeiro: Difel, 1992.
- BENJAMIN, Walter. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. Trad. Sergio Paulo Rouanet. São Paulo: Brasiliense, 2012.
- BOSI, Ecléa. *O Tempo Vivo da Memória: ensaios de Psicologia Social*. São Paulo: Ateliê Editorial, 2012.
- BRASIL. Leis e decretos, Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/a-camara/programas-institucionais/inclusao-social-e-equidade/acessibilidade/legislacao-pdf/Legislaoidoso.pdf>. Acesso em 19.set.2017
- DEBERT, Guita Grin. *A reinvenção da velhice*. São Paulo: Edusp; Fapesp, 1999.
- MARTINELLI, Maria Lúcia. *História oral: exercício democrático da palavra*. São Paulo: Texto de apoio didático, 2012.
- MERCADANTE, Elisabeth, F. *A construção da identidade e da subjetividade do idoso*. 1997. 217 f. Tese. (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.
- NOVAIS, Fernando A.; SCHWARCZ, Lilia Moritz. *História da Vida Privada no Brasil São Paulo: Companhia das Letras, 2012. v. 2*
- PARDAL, L. et al. Língua e Integração: representações sociais de imigrantes. In: ANÇÁ, Maria. H. (Org). Aproximações à Língua Portuguesa, *Cadernos do LEIP*, Coleção Temas, n. 1, Universidade de Aveiro, Aveiro, 2007.
- REVUZ, Christine. A língua estrangeira entre o desejo de um outro lugar e o risco do exílio. In: SIGNORINI, Inês (Org). *Língua(gem) e identidade: elementos para uma discussão no campo aplicado*. Campinas: Mercado de Letras; São Paulo: Fapesp, 1998.
- SAID, Edward. *Reflexões sobre o exílio e outros ensaios*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.
- TEIXEIRA, J. A. C.; CORREIA, A. R. Fragilidade social e psicologia da saúde. Um exemplo de influências do contexto sobre a saúde. In: *Análise Psicológica*, v. 3, n. XX, 2002
- TODOROV, Tzvetan. *O homem desenraizado*. Tradução Christina Cabo. Rio de Janeiro: Record, 1999.
- TÓTORA, Silvana. Apontamentos para uma ética do envelhecimento. *Revista Kairós*, São Paulo, n. 11, v. 1, jun., 2008.
- TÓTORA, Silvana. *Velhice, uma estética da existência*. São Paulo: Educ; Fapesp, 2015.
- VOLPE, Miriam L. *Geografias de exílio*. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2005.
- WEIL, Simone. *O Enraizamento*. São Paulo: Edusc, 2001.



ENTREVISTA

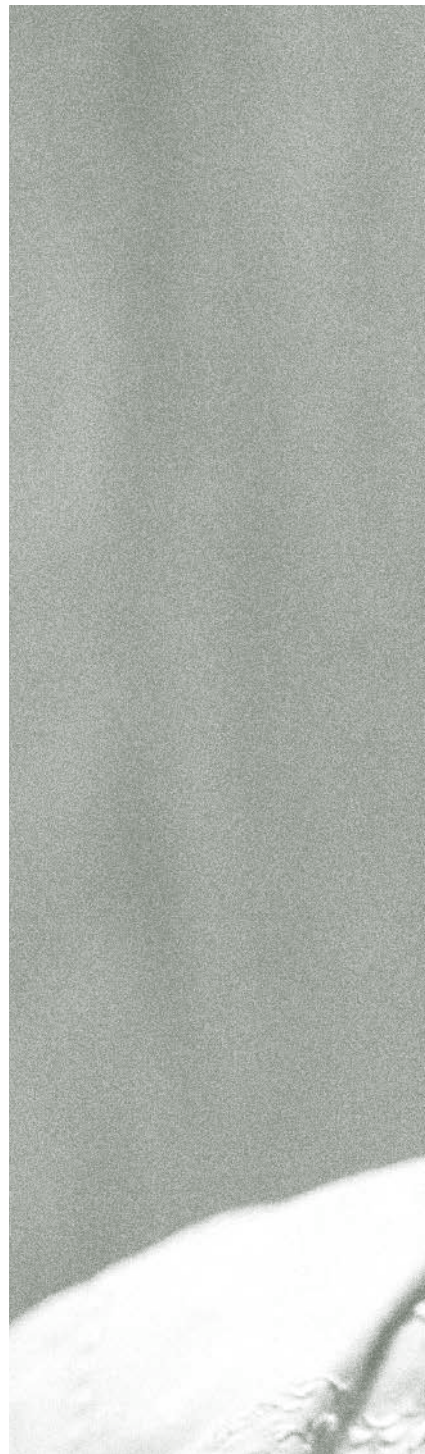
CALOSI MALONGA

65 anos, refugiado

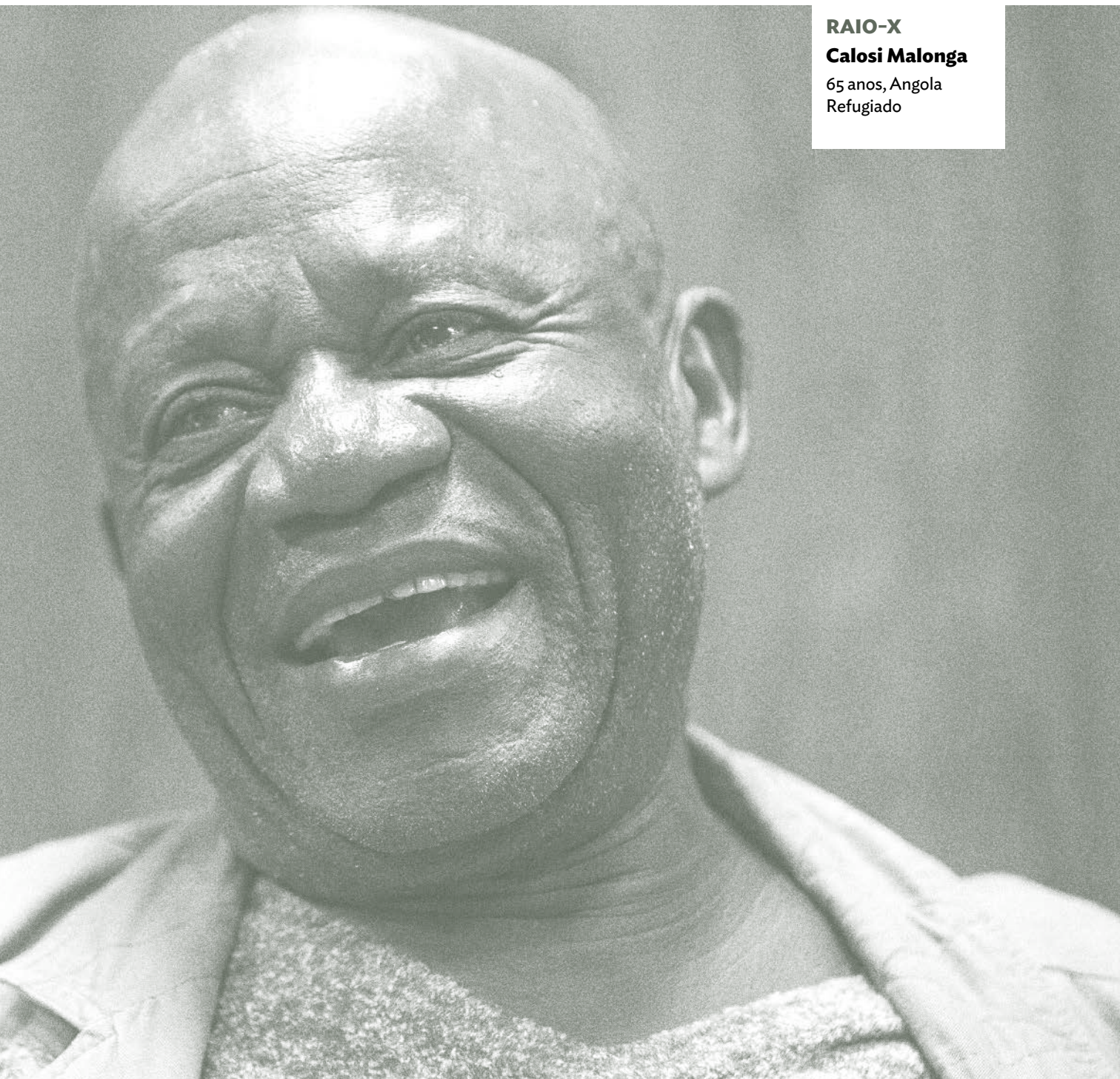
“Eu vou viver aqui.
Para mim, esse
viver já é tudo.”



Calosi Malonga nasceu em Angola e viveu grande parte de sua vida na República Democrática do Congo. Nossa entrevista aconteceu em clima de uma “pequena babel” fluente em francês, aprendiz do português, Malonga lançou mão do *lingala* – língua falada em grande parte do Congo e algumas regiões de Angola e da república Centro-Africana – para contar sua história e como as circunstâncias da vida o trouxeram, como refugiado ao Brasil, país que escolheu para envelhecer!



RAIO-X
Calosi Malonga
65 anos, Angola
Refugiado



A refugiado Calosi Malonga, durante a entrevista

FOTOS: ALEXANDRE NUNIS

Colônia da Bélgica até 1960, denominado Congo Belga, a República Democrática do Congo carrega uma história de conflitos. Com uma população atual de 82 819 171 habitantes¹ o país possui fronteiras demarcadas ao norte com a República Centro-Africana e com o Sudão do Sul, a leste com Uganda, Ruanda, Burundi e a Tanzânia, a leste e a sul com a Zâmbia, a sul com Angola e a oeste com o Oceano Atlântico.

MAIS 60 Sr. Malonga, obrigada por aceitar nosso convite para esta entrevista. Para que nossos leitores possam conhecê-lo, conte um pouco de sua história.

CALOSI MALONGA Minha história é muito antiga ((risos)), porque nasci em 1952, em Angola. Meu pai era congolês e minha mãe angolana. Estudei, fiz curso médio, mecânica, depois, fui para a tropa.

Foi para a tropa quer dizer que ingressou no exército? Em que ano?

Sim, entrei para o exército em 1972, no Congo. Fiz formação militar, em Israel. Treinamento militar.

Foi no século XIX que ações imperialistas – ou neocolonialistas – implantaram colônias como a que possibilitou tornar o Congo, no centro do continente africano, de 1885 a 1908 propriedade privada do rei Leopoldo II da Bélgica e ter seu território e população brutalmente explorados. Naquele momento, denominava-se “Estado Livre do Congo” e tal colonização foi ratificada pela Conferência de Berlim de 1885, que teve como objetivo “dividir” o continente entre as potências coloniais europeias.

¹ Disponível em http://countrymeters.info/pt/Democratic_Republic_of_the_Congo. Acesso em 07.out.2017.

A partir de 1908, após contínuas denúncias internacionais de atroz e abominável abuso contra a população, a Bélgica assume o Congo como colônia. Somente em 1960 o país torna-se independente, passa a chamar-se República do Congo, dando início, porém, a outro ciclo de instabilidade política. A partir de 1964 tem o nome alterado para República Democrática do Congo.

Esteve no exército durante o período de governo de Mobutu? Naquele momento, o país chamava-se Zaire?

Sim a mudança do nome foi durante o governo de Mobutu. Recebi treinamento militar durante seis meses, em Israel e depois mais um tempo na Bélgica. Ao retornar ao país ainda como militar ocupava a função de motorista.

Serviu ao exército até que ano?

Até 1992. Foi quando fugi do Congo para Angola sozinho. Lá permaneci com minha mãe, na verdade, com a família da minha mãe.

Mobutu permaneceu no poder até 1997. Você fugiu para Angola e lá ficou até quando e, como ex-militar, o que fez para viver?

Em Angola vivi até 2006 e trabalhei com comércio.

Mobutu Sese Seko assumiu o governo em 1965 e propôs um regresso às tradições africanas, entre outras medidas alterou o nome do país para Zaire. O nome República Democrática do Congo retornou em 1997, após a deposição de Mobutu por Laurent-Desiré Kabila.

Angola, também passou por um período convulsionado. O senhor viveu uma vida cheia de riscos, não?

Sim. Um trabalho de risco.

De risco, primeiro, como militar em um país convulsionado, com muitos conflitos, depois em Angola, que também passou por períodos delicados em sua política interna.

Sim, mesmo em minha vida trabalhando no comércio – lidando com dinheiro – corri risco com assaltantes de todo tipo. Viajava constantemente para negócios em Luanda, capital de Angola, o percurso era cheio de perigos.

O senhor nunca sofreu um acidente mais grave?

Sim, apenas um acidente no tempo em que fui militar no Congo. Foi um acidente com um tanque mas, nada grave.

Quando o senhor veio para o Brasil e o que o motivou a vir para cá?

Vim em 2006. A vida em Angola não estava boa, muita crise. Senti necessidade de sair daquele país, e com isso, escolhi o Brasil para morar.

Decidiu vir para o Brasil em busca de uma nova vida!

Na verdade eu fugi para cá quando houve a mudança de governo, quando Laurent-Desiré Kabila assumiu o governo.

Aqui no Brasil, chegou direto em São Paulo?
Sim.

E tinha alguém para te receber aqui?

Minha filha vivia aqui no Brasil, com seu marido e filhos. Ela me recebeu. Hoje ela mora na Bélgica.

Adaptou-se facilmente ao Brasil?

Bem, eu estava muito bem enquanto minha filha estava aqui. Eu ficava em casa com os netos e assim passavam os dias. Com a partida dela para a Bélgica me senti muito sozinho. Além disso, como não sei falar português muito bem, tudo fica mais difícil mas, vou me virando.

Mora sozinho?

Hoje vivo na Casa do Migrante.

Na “Casa do Migrante”, em São Paulo, a maior parte dos acolhidos são imigrantes e/ou solicitantes de refúgio. Em suas dependências, além de alojamento, são promovidas ações com objetivo de ampliar a sociabilização, a convivência e o intercâmbio cultural. Cursos de português também são ministrados aos imigrantes e pessoas solicitantes de refúgio.

Então, na verdade, o senhor vai tentando se adaptar, viver neste país mesmo sem conhecer bem a língua, vai tentando aos poucos refazer sua vida.

Sim, sim. Muito aos poucos ((risos)).

O ACNUR e a Cáritas concedem apoio às pessoas refugiadas, não é mesmo? O senhor tem relação com essas instituições?

Sim. Essas organizações auxiliam na busca de documentação, acolhida, transporte. Também, na busca por trabalho.

ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados foi criado pela Assembleia Geral da ONU em 1950, tem como objetivo básico a proteção às pessoas refugiadas. No Brasil, em cooperação com o Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE), ligado ao Ministério da Justiça, auxilia na organização da documentação e nas informações sobre os benefícios das políticas públicas de educação, saúde e habitação. O ACNUR atua, também, em parceria com diversas ONGs.

A Cáritas Brasileira, criada em 1956 pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, faz parte da Rede Cáritas Internacional, presta serviços de acolhida e integração às pessoas refugiadas em parceria com o ACNUR e Ministério da Justiça.



“Eu vou viver aqui. Para mim, esse viver já é tudo. A minha saúde está boa, quero trabalhar para ter algum dinheiro, para construir uma vida.”



Como é seu cotidiano, o que o senhor faz no dia a dia?

Por enquanto, não faço nada. Não consegui trabalho. Faço pequenos bicos. Encontrar trabalho está muito difícil.

O senhor frequenta os espaços apoiados por essas organizações? No Sesc, por exemplo, em parceria com a Cáritas são ministradas aulas de português. Há atividades culturais.

Sim, frequento aulas de português mas, gosto e prefiro ficar sozinho.

Frequenta alguma igreja?

Não frequento a igreja católica. Sou mulçumano. Vou à mesquita.

Criou algum grupo de amigos na mesquita?

Convivo com algumas pessoas mas, no dia a dia estou sozinho. Estou em busca de trabalho. Vou à Mesquita do Anhangabaú, do Pari, da Bela Vista e na Avenida do Estado.

Além do apoio da Cáritas e da Casa do Migrante, o recebe ajuda de mais alguém, de sua filha?

Não.

Tem outras pessoas de sua família aqui no Brasil?

Não.

Como é a vida longe de casa? Como é envelhecer em outro país, em outra cultura?

Bem, em Angola perdi minha casa em um incêndio, fiquei sozinho, se voltar posso morrer, e é por isso que eu não volto mais lá. Quero ficar aqui. O importante é que minha filha já está na Bélgica, em segurança e bem e eu estou aqui. Não preciso voltar mais para a África.

O senhor tem mais de 60 anos. Qual a diferença entre ter mais de 60 anos em Angola e aqui no Brasil? Percebe alguma diferença no tratamento aos mais velhos entre Angola e aqui no Brasil?

A África é muito pobre e sofre com conflitos há décadas. Aqui no Brasil há mais recursos para os velhos.

O que quero dizer é que uma coisa é a dificuldade econômica e situação histórica de exploração, com dificuldades de políticas sociais. Outra questão é o tratamento dado aos velhos, respeito, cuidado. Por exemplo, no Brasil sabemos dos preconceitos que cercam o velho e o envelhecimento. Como é essa questão em Angola?

Ah isso mudou e muito. Antigamente, os velhos eram mais respeitados. A família cuidava mais. Hoje não, cada um faz a sua vida, com a própria família que constitui.

O senhor acha que aqui no Brasil vai conseguir envelhecer com mais qualidade de vida?

Eu vou viver aqui. Para mim, esse viver já é tudo. A minha saúde está boa, quero trabalhar para ter algum dinheiro, para construir uma vida. Aqui no Brasil há mais recursos para os velhos. As pessoas morrem bem cedo na África.

Aqui no Brasil, a expectativa de vida para os homens é em torno de 72 anos variando um pouco de região para região. Você tem ideia da expectativa na África?

Na África acho que em torno de 65 anos, não sei. Há muita dificuldade, muita tristeza, até tristeza causa doença. Você não para de pensar no amanhã. Se terei algo para comer? Se meu filho terá o que comer? Essa a diferença! Aqui posso pensar “Minha filha está bem!”

O senhor tem algum hábito cultural que trouxe e consegue realizar aqui no Brasil? Algo que o ligue culturalmente à África? Alimentação, música...

Arroz, feijão, gostava muito e aqui também tem. Não sou ligado à música. Gosto de esporte, luta, judô, karatê. Treinava muito durante meu período no exército.

O que o senhor espera do futuro?

Nada, só a morte.

Mas antes da morte há vida...

Eu vou fazer o quê? Me preocupo porque ainda não tenho trabalho. Tenho 65 anos e tenho medo de não conseguir trabalho.

E o que gostaria de fazer aqui? Que tipo de trabalho?

Qualquer trabalho, o que eu conseguir.

Mas um desejo, assim... Se pudesse escolher.

Qualquer trabalho. Qualquer trabalho, posso fazer.

O senhor vê muitos velhos aqui no Brasil?

Muitos. Vejo muitos na Praça da Sé, dormindo na rua em colchões. Vejo, também, muitos negros na rua, mesmo jovens. A situação dos mais velhos daqui que estão na rua não é boa.

O senhor teve oportunidade de conhecer muitos lugares no Brasil?

Não. Fico o dia todo na “Casa do Migrante”. Só saio para ir à mesquita.

O senhor gostaria de falar mais alguma coisa? Sobre sua vinda para o Brasil, tem algum desejo, já que escolheu o Brasil para envelhecer!

Aqui, eu vivo bem, para o futuro eu só quero trabalho e, talvez, encontrar uma companheira.

Se pensa no futuro e quer encontrar uma companheira, pensa em algo mais do que trabalho, que é sobrevivência, mas, também, de reconstruir a vida.

Sim, isso mesmo. Eu estou pronto para isso.



ILUSTRAÇÃO

Lugares

/por Juliana Russo





RAIO-X

Juliana Russo

A paulistana Juliana Russo, desde 2002, mistura seu trabalho pessoal com ilustrações para revistas, jornais e livros.

Em 2015 lançou seu primeiro livro autoral, São Paulo Infinita, em 2017 foi selecionada para uma residência artística em Varsóvia na Polônia e participou da residência artística para desenhistas na Casa do Sol, para a criação da revista/livro Baiacu, editada por Laerte e Angeli e publicada pela editora todavia.

Atualmente desenvolve o projeto Sala Aberta, um espaço de exposições de desenhos, cartazes e publicações na sala da sua casa.

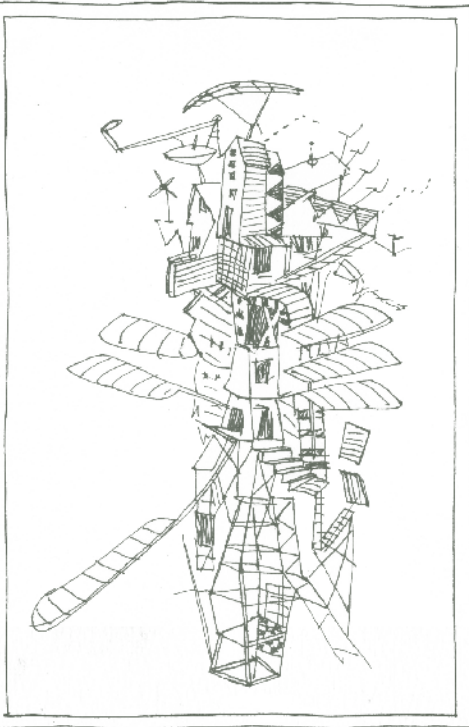
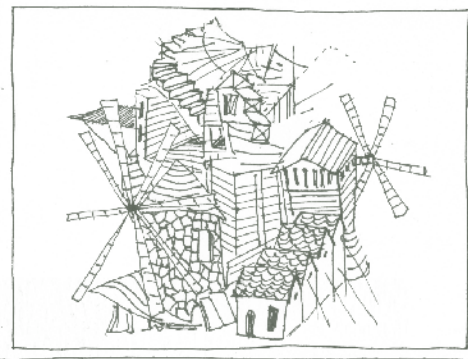
A matéria prima de seu trabalho é a observação da cidade como território do possível.

Para saber mais sobre seu trabalho, acesse jurusso.tumblr.com.



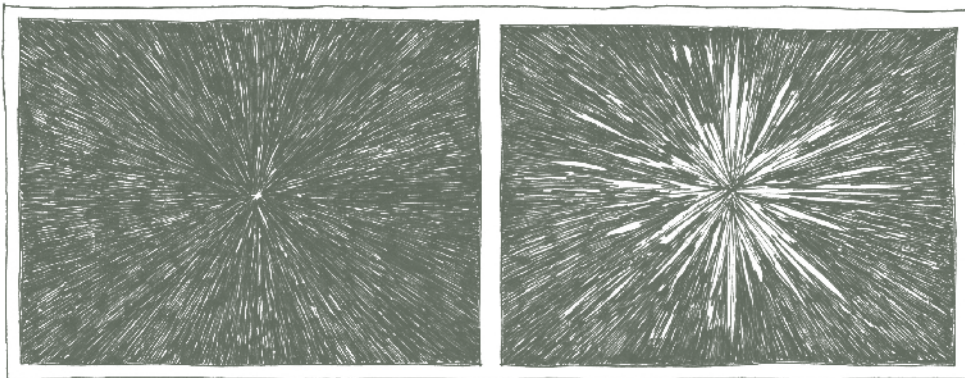
EU ME MOVIA RÁPIDAMENTE VOAVA
MUITO RENTE AO CHÃO PELOS
CORREDORES, BECOS ESCADAS

ENCONTREI VELHOS CONHECIDOS QUE EU
NÃO VIA HÁ MUITO TEMPO,
VI LUGARES SURPREENDENTES.



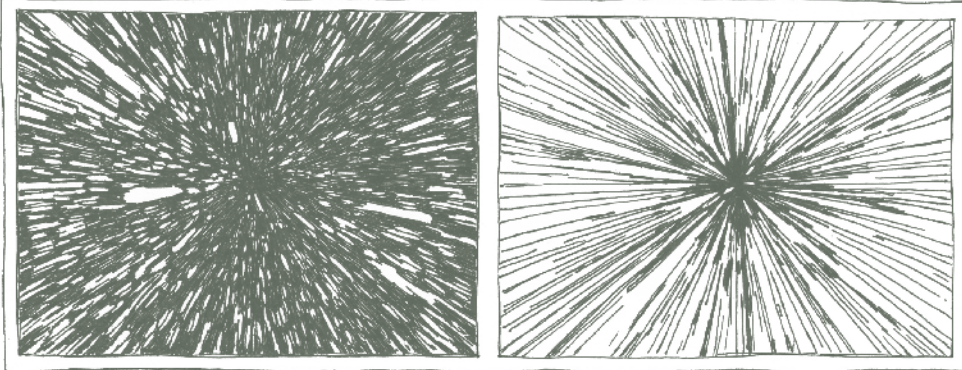
EU ERA PURO FLUXO



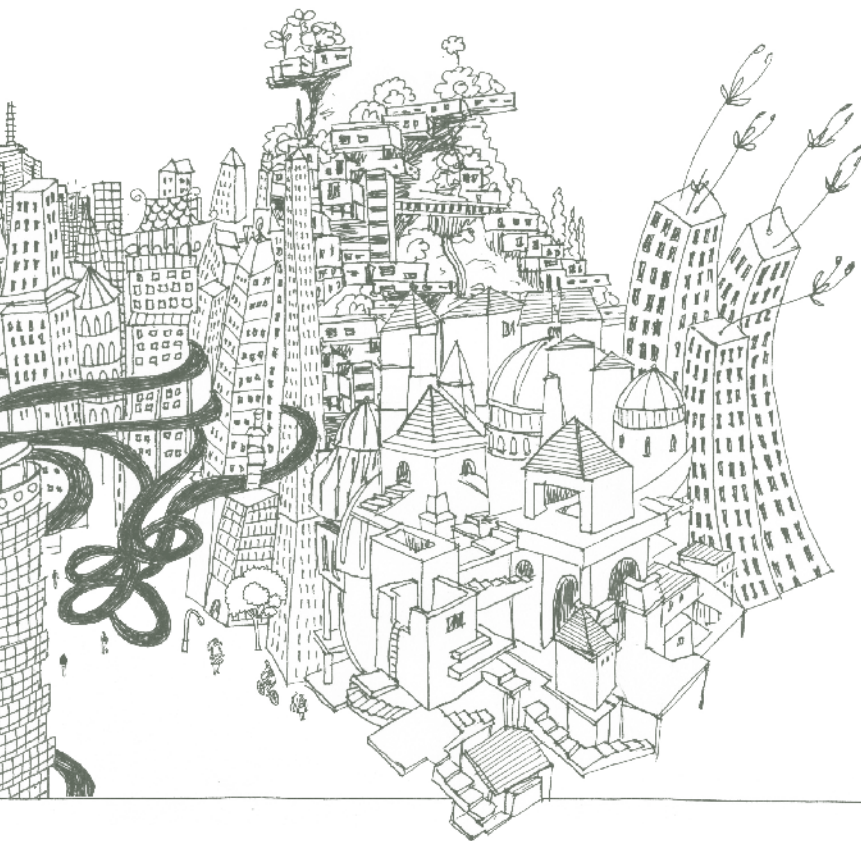


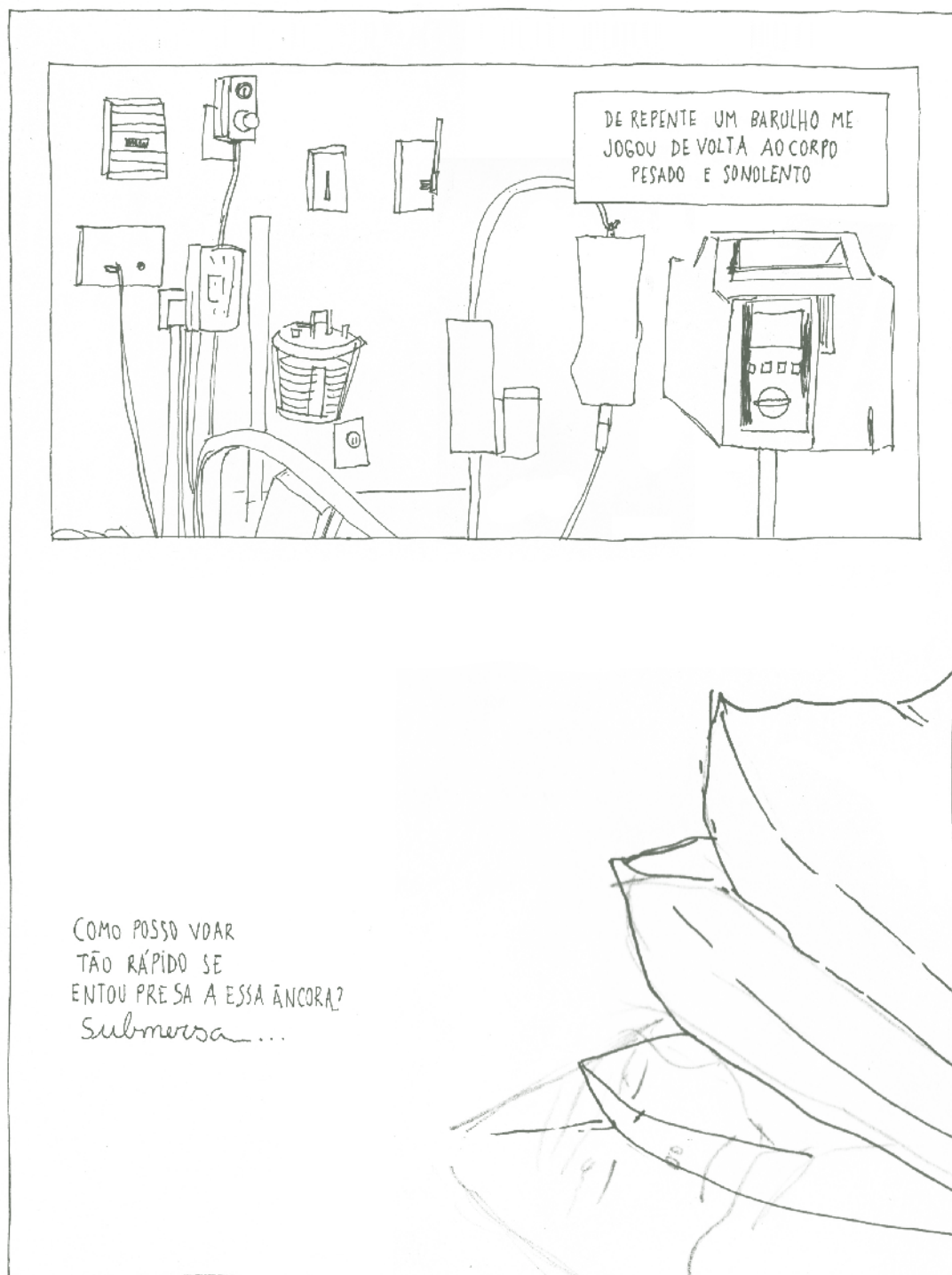
VIAJEI DURANTE DIAS
POR GALÁXIAS DISTANTES





E POR CIDADES IMPOSSÍVEIS.







ESSE CORPO ME É FAMILIAR

MAS DEFINITIVAMENTE NÃO ME PERTENCE



PAINEL DE EXPERIÊNCIAS

Hidroginástica: Corpo, Água e Eficiência

Desconstruir estereótipos e preconceitos representa um importante objetivo nas ações direcionadas ao público idoso, proporcionando reflexões e busca por novas experiências.

/por **Fernanda Romano**



O Serviço Social do Comércio – Sesc é uma instituição privada, que trouxe, desde sua criação pelo empresariado do comércio e serviços, em 1946, a marca da inovação e da transformação social, a educação como pressuposto para a transformação social com uma intensa atuação no campo da cultura e suas diferentes manifestações, destinadas a todos os públicos, em diversas faixas etárias e estratos sociais.

No Estado de São Paulo, conta com uma rede de 37 unidades, em sua maioria centros culturais e desportivos atuando em uma ação de educação, informal e permanente, com intuito de valorizar as pessoas ao estimular a autonomia, a interação e o contato com expressões e modos diversos de pensar, agir e sentir

Dentro das atividades de lazer encontram-se as programações físico-esportivas, das quais a Hidroginástica é a mais comumente procurada por idosos. No Sesc Santana, por exemplo, 618 pessoas com mais de 60 anos estão matriculadas nesse curso.





RAIO-X

Fernanda Romano

Instrutora de Atividades Físicas do Sesc Santana. Graduada em Educação Física pela FMU e Especialização em Fisiologia e treinamento no envelhecimento pela Faculdade de Medicina da USP.

fernandar@santana.
sescsp.org.br

A hidroginástica, assim como outras Práticas Aquáticas, encontra-se no escopo de cursos oferecidos no Programa de Atividades Aquáticas que atendem as pessoas no conjunto de piscinas e solarium, prevendo o desenvolvimento de competências aquáticas que levem ao aluno autonomia e segurança na água.

Com a procura tão elevada por parte dos idosos, enxergamos uma boa oportunidade de proporcionar a esses praticantes, por meio dessa experiência, efeitos fisiológicos positivos, que possam minimizar as perdas inerentes ao processo de envelhecimento, como a diminuição de força, velocidade, agilidade, equilíbrio, coordenação motora e flexibilidade; fatores que afetam diretamente a perda de funcionalidade,¹ contribuindo para o aumento na incidência de quedas, que representam 82% das mortes acidentais no lar.²

Num primeiro momento, enfrentamos alguns paradigmas, formulados pelos próprios praticantes e por alguns profissionais da área, a serem quebrados, como o entendimento de que a aula de hidroginástica trata-se apenas de um lugar de convívio social, ou que idosos não conseguem tirar o pé do fundo da piscina para realizar os exercícios, ou ainda que não gostam de molhar os cabelos. Desconstruir estereótipos e preconceitos representa um importante objetivo nas ações direcionadas ao público idoso, proporcionando reflexões e busca por novas experiências.

No Sesc Santana, entendemos ser possível ir além da sociabilização e, também, na proposta de ações que levem à reflexão sobre o processo de envelhecimento e à construção de novos conhecimentos quanto às possibilidades dos movimentos dos idosos e seus medos. Discutiu-se um planejamento de aulas considerando-se

que, conforme apontam as pesquisas: o corpo perde 90% de seu peso quando mergulhado em água até o ombro, o que alivia o inchaço e a dor nas articulações, proporcionando, assim, incremento da mobilidade e possibilitando a execução de exercícios que atuassem na modificação dos 5 componentes do condicionamento físico:³

1. **Condicionamento aeróbio:** na água pode-se trabalhar com uma intensidade um pouco mais elevada de frequência cardíaca, pois o ambiente favorece a vasodilatação, acarretando menos riscos, inclusive para os hipertensos.
2. **Força muscular:** a água oferece uma resistência que atua como se fosse um peso, oferecendo sobrecarga suficiente para aumentar força.
3. **Resistência muscular:** pela diminuição do peso, é possível realizar contrações musculares por mais tempo, o que faz com que se tenha um ganho de resistência.
4. **Flexibilidade:** a água ajuda no relaxamento da musculatura, permitindo à articulação movimentos de maior amplitude sem dores.
5. **Composição Corporal:** por se tratar de uma atividade física, é necessária a utilização de energia armazenada do corpo para realizá-la, o que gera gasto calórico e modificações da composição corporal.

Consideramos neste planejamento também que algumas alterações morfofuncionais da coluna, que modificam seu alinhamento, como a hipercifose torácica e a protrusão da cabeça, levam a quadros dolorosos com frequência⁴ e por isso poderíamos implementar exercícios que fortalecessem a musculatura envolvida nesses processos. O último critério adotado para este planejamento consistiu na grande incidência de Osteoporose, principalmente entre as mulheres idosas.

Para tanto, nos apoiamos em recente estudo da Professora Linda Pfrimer, cuja proposta de trabalho aquático preconiza um treino intervalado de alta intensidade para mulheres pós-menopausadas, chamado HydrOs, que vêm se mostrando eficiente na melhora da aptidão física e na diminuição da incidência de quedas dessas mulheres. Outro ganho foi a atenuação

do aumento da reabsorção óssea, evitando que as participantes desse grupo perdessem densidade mineral óssea no trocânter femoral, fato que ocorreu com o grupo controle deste estudo, ou seja, com as não praticantes de hidroginástica.⁵

Considerando todos esses fatores, elaboramos um cronograma de conteúdos que atendessem essas necessidades, conforme segue:

Período	Objetivo	Formato
Primeiro Mês	Força e Potência	Exercícios com implementos que aumentem a resistência imposta pela água, gradativamente, variando com exercícios de potência.
Segundo Mês	Resistência Aeróbia e Coordenação Motora	Exercícios de maior duração, com implementos que ofereçam baixa resistência, mas exijam coordenação motora; Jogos de Coordenação e Exercícios Rítmicos
Terceiro Mês	Fortalecimento Postural e Habilidades Aquáticas	Exercícios para estabilizadores do Core e exercícios em flutuação
Quarto Mês	Potência e Agilidade	Exercícios de agilidade, com mudanças rápidas de direção, exercícios de velocidade rápida de contração muscular, principalmente para grandes grupos musculares
Quinto Mês	Equilíbrio e Habilidades Aquáticas	Exercícios em flutuação com e sem auxílio de implemento, com acionamento da propriocepção
Sexto Mês	Coordenação motora e ritmo	Exercícios ritmados com utilização de membros superiores e inferiores em movimentos anti-fásicos, exigindo coordenação motora.
Sétimo Mês	Potência	Exercícios de contração rápida para grandes grupos musculares
Oitavo Mês	Fortalecimento Postural e Habilidades Aquáticas	Exercícios para estabilizadores do Core e exercícios em flutuação
Nono Mês	Resistência Aeróbia	Exercícios de treinamento intervalado, com estímulo cardíaco moderado
Décimo Mês	Força e Potência	Exercícios com implementos que aumentem a resistência imposta pela água, gradativamente, variando com exercícios de grande velocidade
Décimo primeiro mês	Coordenação Motora	Exercícios que exigem pensar para fazer, com ênfase em coordenação entre Membros Inferiores e Superiores em alternância.

Para desenvolvimento desse cronograma, o primeiro passo foi sensibilizar os alunos para a proposta, explicando e orientando-os no início das atividades sobre quais seriam as nossas ações e como seriam divididas. Da mesma forma, conscientizá-los da necessidade da assiduidade e do comprometimento com os exercícios para obter bons resultados, tornando-os responsáveis nesse processo. Percebemos a motivação do grupo, e que passou a observar os efeitos do programa no seu próprio corpo e no seu dia a dia, uma vez que frequentemente referiam-se aos benefícios em seus relatos durante os encontros.

Os princípios de sobrecarga, adaptação e treinamento foram aplicados estimulando os alunos a aumentarem a velocidade na execução do movimento, ou a amplitude, ou ainda a superfície de contato com a água, disponibilizando materiais diferenciados.

Todos os participantes estavam aptos à prática, com liberação através de atestado médico

apresentado previamente. O trabalho foi desenvolvido em aulas de 50 minutos, duas vezes por semana, no ano de 2016.

Para constatar a adesão às aulas, realizamos levantamento do número de presenças e ausências dos alunos durante os anos de 2015 e de 2016, para efeito de comparação. Os dados foram obtidos através do Sistema Gestor de Cursos, um software que registra todas as matrículas em cada curso, procedendo a leitura do código de barras da credencial Sesc nas catracas de acesso à piscina e às salas de aula.

Além do registro de frequência dos alunos, foi solicitado, no décimo primeiro mês, envio de feedback escrito com as impressões de cada um sobre seu corpo, a funcionalidade em suas atividades de vida diária, ou suas considerações sobre as aulas.

Analisando os resultados, tivemos uma diminuição de 58,48%, de ausências em 2015, para 36,04% de ausências em 2016, conforme gráfico 1.

Gráfico 1

Média de Ausências nas Aulas de Hidroginástica nos anos de 2015 e 2016

Média de ausências nas aulas de Hidroginástica



Entendemos que essa redução se relacione ao aumento da motivação dos alunos na presença das aulas, ao perceberem que, de alguma maneira, estavam obtendo ganhos.

Assim, apoiando-nos em MURCIA et al. (2007),⁶ quando afirmam que a motivação é a repetição de um comportamento, resultando em sentimentos positivos em relação a essa atitude, inferimos que o aumento da frequência nas aulas é uma repetição de uma ação e, assim, um indicador de motivação intrínseca⁷ tendendo a ser uma demonstração de que o aluno tem alcançado suas metas, desenvolvido sentimentos positivos em relação aos resultados que tem obtido com a prática, fatos que ficam mais evidenciados quando passamos a analisar os discursos presentes nos relatos:

M. V. B. R. (81 anos): *“Eu morria de medo, fazia a aula, mas tinha muito medo e hoje estou com menos medo, não fico perto da borda a aula toda.”*

N. S. P. (70 anos) *“Eu percebi que estou com mais força nas pernas. Eu antes tinha muita dificuldade para subir no ônibus, agora subi rapidinho. O motorista está até contente.”*

M. A. T. (72 anos) *“Ah professora, agora eu sinto que a hidrogenástica funciona no meu corpo.”*

H. C. C. (78 anos) *“Não gosto de faltar porque eu melhorei tanto, viu... Além disso, eu caminho com muito mais segurança pela piscina, antes morria de medo.”*

L. F. G. (70 anos) *“Eu gosto de tudo, só não gosto muito dos exercícios em dupla porque eu sou muito baixinha e quando tem que carregar alguém, eu tenho muita dificuldade.”*

Percebemos que as aulas de hidrogenástica podem e devem contribuir para além do convívio social e proporcionar também a melhora da segurança e da autonomia na água e, sobretudo, das capacidades físicas e funcionais, em especial

para a população idosa. Torna-se, neste sentido, importante repensar os conteúdos e os estímulos comumente oferecidos nesta prática.

Para a instituição, proporcionar aos nossos frequentadores uma vida com mais qualidade, é um norte a ser alcançado, juntamente com o desenvolvimento de um novo olhar para o envelhecer. Neste texto, trouxemos uma demonstração de novas possibilidades de enxergar antigas práticas. ☺

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Fechini BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. Interscience Place [periódicos na internet]. Março 2012 [acesso em];20(1):106. Disponível em <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196>. Acesso em 15 de julho de 2016.
- 2 Skelton DA, McLaughlin A W. Training functional ability in old age. Physiotherapy. [periódicos na internet]. 1995 [acesso em];82(3):159-167. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031940605669167>. Acesso em 15 de julho de 2016.
- 3 Sova R. Hidrogenástica na Terceira idade. São Paulo: Manole; 1998.
- 4 Tavares GMS, Rocha TR, Santo CCE, Piazza L, Sperandio LP, Mazo GZ, Santos GM. Características Posturais de idosos praticantes de atividade física. Scientia Medica (Porto Alegre) 2013;23(4): 244-250.
- 5 Pfrimer LDFM. Efeitos de um programa de exercícios aquáticos de alta intensidade (Hydros) sobre parâmetros neuromusculares e metabolismo ósseo de mulheres menopausadas. São Paulo. Tese [Doutorado em Medicina] – UNIFESP; 2012.
- 6 Murcia, JA, Blanco MLSR, Galindo CM, Villodre NA, Coll DGC. Efeitos do gênero, a idade e a frequência de prática na motivação e o desfrute do exercício físico. Fitness & Performance Journal. Rio de Janeiro. 2007;6(3):141-46.



RESENHA/TEATRO

Jacy de Carne e Sopro

Visito os fatos, não te encontro.
Onde te ocultas, precária síntese,
penhor de meu sono, luz
dormindo acesa na varanda?
Carlos Drummond de Andrade /

por **Fernando Marineli**

RAIO-X

Fernando Marineli

Assistente Técnico da
GEDES - Gerência de
Estudos e Desenvolvimento,
do Sesc São Paulo. Formado
em Ciências Sociais pelo
Centro Universitário
Fundação Santo André.

fernandomarineli@sescsp.org.br



Na Alemanha dos anos 1920, quando Erwin Piscator professou a importância de o teatro se basear em histórias documentadas, incluindo os recursos audiovisuais nascentes, tratava-se de uma tentativa de (re)colocar problemas reais no centro das discussões estéticas, desmistificando a produção vigente que abordava temas privados com apelo sentimental, sem relação com questões contemporâneas. A autocracia imperial deixara o poder na Alemanha havia pouco tempo e o teatro ainda se voltava essencialmente ao gozo das classes dominantes.

Diversamente, a produção de Piscator buscava abordar questões políticas ligadas ao destino dos trabalhadores, criando não apenas um novo conteúdo, mas um novo público para o teatro, apontando para o contexto de contradições sociais agudas da República de Weimar, que criara um ambiente propício para esse teatro, sobretudo em Berlim. Assim, em lugar de camuflar os problemas para o prazer pacificador das horas vagas, o objetivo seria evidenciar tais problemas por meio de uma conjugação entre elementos factuais e representação dramática como forma de conscientização política.

As práticas do dramaturgo, mais até que seus escassos trabalhos teóricos, tiveram imenso impacto na produção cênica posterior: além de influenciar diretamente figuras como Bertolt Brecht, Piscator tornou-se mentor de outros importantes artistas do teatro e do cinema ao exilar-se nos Estados Unidos no final dos anos 1930, gozando de um reconhecimento que reverberou também no seu retorno à Alemanha já nos anos 1950.

Hoje, vemos uma acentuação de produções artísticas que fazem apelo à documentação nem sempre ressoando as lógicas sociais, talvez distantes da proposta de teatro de Piscator ainda que recorrendo a seus procedimentos. Assim, muitos discursos artísticos parecem produzir uma “impressão de autenticidade”¹, mirando o que parece ser uma ideia de inquestionabilidade. Frente a isso, uma proposta que lance mão desses recursos precisa debater essa própria banalização metodológica.

A peça teatral *Jacy* se constitui em torno de uma frasqueira encontrada na rua, motivando a busca pela história de uma idosa então desconhecida. A investigação do grupo potiguar Carmin traz algumas revelações: nascida em 1920 em Ceará-Mirim (RN), Jacy se apaixonou por um militar estadunidense durante a Segunda Guerra, atravessando a ditadura militar como secretária executiva de um medalhão no Rio de Janeiro, importante núcleo político do Brasil, apesar da transferência da capital para Brasília. Jacy terminou seus dias sozinha, na cidade de Natal.

Marca biográfica da personagem, os deslocamentos conjugam o desprendimento necessário para a partida com a dificuldade intransponível da chegada. No todo, sua vida representa uma tentativa algo resignada de agarrar o destino, tendo-a lançado em experiências transformadoras que, paradoxalmente, distanciaram-na das poucas relações profundas que construiu durante a vida. Mesmo aposentada, seu retorno para uma Natal transfigurada não garantiu a paz que vislumbra-va na cidade da sua memória.

Note-se que a ação dramática constrói uma outra realidade, onde Jacy de carne e osso torna-se uma segunda Jacy, tão ou mais real do que a efígie de partida, por se mostrar fruto de processos de que não dizem respeito só a ela, mas a muitos de nós – recurso que garante a relevância estética da proposta. Por essa razão, a vida e a morte da personagem nos tocam tanto quanto nos fazem pensar sobre a questão central da peça: o curso da vida que nos desenraiza, o processo de envelhecimento que exige nossa reinvenção contínua.

¹ O termo foi cunhado por Bill Nichols no livro “Introdução ao Documentário”, referindo-se a recursos tecnológicos e estilísticos que buscam provocar uma sensação de correspondência exata entre imagem e realidade.



Se o sentido da morte está relacionado com o percurso da vida, os caminhos contraditórios percorridos pela personagem e seu fim retirado do convívio permitem enxergar uma solidão sintomática, que não devemos imaginar apenas numa velhice vindoura, mas num cotidiano de relações o mais das vezes obrigatórias.

Em cena, a explicitação do processo de pesquisa, a partir dos documentos encontrados na fraseira e da busca por testemunhas, sustenta uma discussão sobre a concepção da peça. Tal tentativa de reconstituição aparece como uma certa frustração, talvez inerente ao fazer teatral. Apesar do recurso, sabiamente integrado à própria dramaturgia, a constante presença da primeira Jacy, com a referência reiterada aos documentos que compuseram o processo criativo, faz com que a segunda personagem perca algo de sua força particular e de seu impacto.

No entanto, para além de um sentimento de compaixão sugerido nas entrelinhas da peça, a velhice solitária de Jacy representa um traço essen-

cial da sociabilidade contemporânea. Se o sentido da morte está relacionado com o percurso da vida, os caminhos contraditórios percorridos pela personagem e seu fim retirado do convívio permitem enxergar uma solidão sintomática, que não devemos imaginar apenas numa velhice vindoura, mas num cotidiano de relações o mais das vezes obrigatórias.

Sem o apelo a uma politização hoje esfacelada, uma e outra Jacy nos questionam, em meio aos escombros da vida, se a dúvida que resulta da sujeição não é muito mais insuportável do que o preço do arbítrio. No teatro como na vida, a consciência política mais importante parece resultar essencialmente de uma prática metapolítica. ☞

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS REVISTA MAIS 60: ESTUDOS SOBRE ENVELHECIMENTO

A revista *mais 60: estudos sobre envelhecimento* é uma publicação multidisciplinar, editada desde 1988 pelo Sesc São Paulo, de periodicidade quadrimestral, e dirigida aos profissionais que atuam na área do envelhecimento. Tem como objetivo estimular a reflexão e a produção intelectual no campo da *Gerontologia*, seu propósito é publicar artigos técnicos e científicos nessa área, abordando os diversos aspectos da velhice (físico, psíquico, social, cultural, econômico etc.) e do processo de envelhecimento.

NORMAS GERAIS

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

- Os artigos não precisam ser inéditos, basta que se enquadrem nas normas para publicação, que serão apresentadas a seguir. Quando o artigo já tiver sido publicado deve ser informado em nota à parte sob qual forma e onde foi publicado (Revista; palestra; comunicação em congresso etc.)
- Ao(s) autor(es) será(ão) solicitado a Cessão de Direitos Autorais conforme modelo Sesc São Paulo – quando da aceitação de seu artigo. Os direitos de reprodução (copyright) serão de propriedade do Sesc São Paulo, podendo ser reproduzido novamente em outras publicações técnicas assim como no Portal Sesc São Paulo www.sescsp.org.br
- Os conceitos emitidos no artigo são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo, obrigatoriamente, a opinião da Comissão Editorial da Revista.
- Todos os artigos enviados, e **que estiverem de acordo com as Normas**, serão analisados pela Comissão Editorial que opinará sobre a pertinência ou não de sua publicação. No caso de aceitação do artigo, o(s) autor(es) será(ão) contatado(s) pelo correio eletrônico e terá(ão) direito a receber 01 (um) exemplar da edição em que seu artigo for publicado.
- Os artigos devem ser enviados para o endereço eletrônico revistamais60@sescsp.org.br
- Os artigos devem conter enviar uma breve nota biográfica do(s) autor(es) contendo: o(s) nome(s); endereço completo; endereço eletrônico, telefone para con-

tato; se for o caso, indicação da instituição principal à qual se vincula (ensino e/ou pesquisa) e cargo ou função que nela exerce.

- Os direitos de reprodução (copyright) dos trabalhos aceitos serão de propriedade do Sesc, podendo ser publicados novamente e o autor também autoriza disponibilização no sítio www.sescsp.org.br
- Os trabalhos aceitos serão submetidos à revisão editorial e apenas modificações substanciais serão submetidas ao(s) autor(es) antes da publicação.

APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

- a) Os **ARTIGOS** deverão ser apresentados em extensão .doc ou .docx e devem conter entre 20.000 e 32.000 caracteres, sem espaço, no total. Isto é, incluindo resumo, abstract, bibliografia.
- b) O **RESUMO** deve apresentar de forma concisa o objetivo do trabalho, os dados fundamentais da metodologia utilizada, os principais resultados e conclusões obtidas e conter cerca de **200 palavras**. Deve vir acompanhado por até cinco palavras que identifiquem o conteúdo do trabalho, as palavras-chave.
- c) O **ABSTRACT** também deve conter cerca de 200 palavras e vir acompanhado por até cinco palavras que identifiquem o conteúdo do trabalho, as keywords.
- d) O **ARTIGO** deve conter: Introdução, Desenvolvimento e Conclusão ou Considerações Finais, *não necessariamente com essa denominação*.
- e) As referências bibliográficas, notas de rodapé e citações no texto deverão seguir as normas da *ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas ou as Normas de Vancouver*.
- f) **CATEGORIAS DE ARTIGOS**: Resultados de pesquisa (empírica ou teórica), Relatos de experiência, Revisão de literatura.
- g) **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.
- h) **FOTOS**: No caso de utilização de fotos (necessariamente em alta resolução, mínimo de 300 dpi) devem vir acompanhadas de autorização de veiculação de imagem do fotografado e com crédito e autorização de publicação do fotógrafo. (Modelo Sesc São Paulo).



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 São Paulo conta com uma rede de 40 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 – 2014-2018

Presidente Abram Szajman

Diretor do Departamento Regional Danilo Santos de Miranda

Membros Efetivos Benedito Toso de Arruda, Carlos Roberto Moreira, Cícero Bueno Brandão Júnior, Eduardo Anastasi, Eládio Arroyo Martins, Euclides Carli, João Herrera Martins, José de Sousa Lima, José Maria de Faria, Luiz Carlos Motta, Manuel Henrique Farias Ramos, Milton Zamora, Paulo João de Oliveira Alonso, Rafik Hussein Saab, Roberto Eduardo Lefèvre, Rosana Aparecida da Silva, Wallace Garroux Sampaio

Membros Suplentes Ailton Nunes de Matos Junior, Aldo Minchillo, Alvaro Luiz Bruzadin Furtado, Ana Maria Mazarin da Silva, Antonio Cozzi Júnior, Arlindo Liberatti, Arnaldo José Pieralini, Atílio Machado Peppe, Célio Simões Cerri, Dan Guinsburg, Edison Severo Maltoni, João Eliezer Palhuca, Paulo Roberto Gullo, Pedro Abraão Além Neto, Reinaldo Pedro Correa, William Pedro Luz

REPRESENTANTES DO CONSELHO REGIONAL JUNTO AO CONSELHO NACIONAL

Membros Efetivos Abram Szajman, Ivo Dall’Acqua Júnior,
Rubens Torres Medrano

Membros Suplentes Costábile Matarazzo Junior,
Vicente Amato Sobrinho

mais60

ESTUDOS SOBRE ENVELHECIMENTO

Volume 28 | Número 68 | setembro de 2017

NESTA EDIÇÃO:

O que são cuidados paliativos? Testamento vital? Diretivas de vontade? Para o autor do artigo de capa *Cuidados Paliativos e dignidade no fim de vida*, desta edição, André Filipe Junqueira Santos, são instrumentos que relacionam-se diretamente com o exercício da cidadania. Para dialogar com o artigo que aborda o delicado tema dos cuidados paliativos, Juliana Russo criou uma série de ilustrações.

Velhice dependente e o serviço de cuidado no domicílio na política de assistência social; Ecos do envelhecimento na mídia; Envelhecer longe de casa: aspectos culturais e sociais dos refugiados na cidade de São Paulo compõem a seção de artigos.

Jacy de Carne e Sopro, resenha de Fernando Marineli, apresenta a peça teatral que tem como fio condutor da ação o encontro de uma frasqueira na rua, o que motiva a busca pela história de uma idosa então desconhecida.

A prática da hidroginástica é abordada de forma a ampliar a reflexão sobre o processo de envelhecimento, no *Painel de Experiências*. Completando a edição, entrevista a Calosi Malonga – refugiado do Congo -, aborda as circunstâncias que o trouxeram ao Brasil, país que escolheu para envelhecer.

sescsp.org.br



Baixe grátis essa e outras publicações do Sesc São Paulo disponíveis em



FSC